

DIPARTIMENTO MEDICINA
Dott. LUCA MORICONI

RICHIESTA ACQUISTO APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE

U.O.C.: PNEUMOLOGIA

SEDE: OSPEDALE GENERALE PROVINCIALE S. CAMILLO DE LELLIS

- PIANIFICAZIONE TRIENNALE
 POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

1- DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELLA TECNOLOGIA ELETTROMEDICALE RICHIESTA

N° CINQUE PULSOSSIMETRI CON MEMORIA PER REGISTRAZIONE DINAMICA E RELATIVO SOFTWARE DI ELABORAZIONE DATI

N.B.: nel caso di bene "esclusivo", ovvero il «prodotto o la tecnica è coperto da brevetto e/o privativa industriale» (Anac – Linee Guida Procedure negoziali n. 10.2015) o di bene "infungibile", ovvero «mancanza di una alternativa diagnostica e/o terapeutica» (Anac Linee Guida Servizi e forniture infungibili n. 8.2018) si chiede di predisporre la documentazione attestante la casistica e la denominazione del Fornitore.

2- INDICARE IL COSTO PRESUNTO: circa 1.000 Euro cadauno

3- SPECIFICARE SE NECESSITA DI MATERIALE DI CONSUMO SI NO

4- IN CASO AfferMATIVO, ELENCAre LA TIPOLOGIA E I QUANTITATIVI ANNUI DEL MATERIALE DI CONSUMO
PILE RICARICABILI

5- NECESSITA' DI LAVORI EDILI/IMPIANTISTICI O INFORMATICI parere di massima

SI

NO

6- MODALITÀ PROPOSTA PER L' ACQUISIZIONE

- Acquisto Service/Comodato Noleggio/Locazione/Leasing
 Altro (specificare) _____

**7- LA TECNOLOGIA RICHIESTA RIENTRA NELLA SEGUENTE FATTISPECIE:**

INNOVAZIONE (trattasi di una apparecchiatura non presente nella mia Unità Operativa) in tal caso esplicitare con una relazione descrittiva l'efficacia clinica, l'appropriatezza della metodica, gli impatti sugli esiti e sui volumi tenuto conto dell'attuale disponibilità di personale, nonché l'eventuale esigenza di formazione

POTENZIAMENTO (trattasi di una apparecchiatura che consente un incremento di attività e/o un miglioramento della qualità) in tal caso specificare l'ambito:

INTEGRAZIONE TECNOLOGICA (apparecchiatura/tecnologia già presente in azienda, ma in numero considerato non congruo rispetto alla domanda) in tal caso indicare il numero delle apparecchiature presenti, la loro collocazione, il numero di esami diagnostici effettuati nell'ultimo triennio:

Attualmente sono presenti presso la UO di Pneumologia n° 6 pulsossimetri con memoria oramai obsoleti e con prevedibile scarsa funzionalità residua. Inoltre l'uscita dal mercato italiano del prodotto in uso (tecnologia in uso KONICA MINOLTA) comporta impossibilità di riparazione o sostituzione. Le apparecchiature vengono utilizzate per la titolazione notturna dell'ossigenoterapia terapia, della terapia con CPAP, per lo screening delle sospette forme severe di OSAS e per l'esecuzione del test del cammino. Vengono eseguiti annualmente oltre 1.500 esami.

AGGIORNAMENTO DELLA TECNOLOGIA IN USO (up-grade);

ADEGUAMENTO A NUOVE NORMATIVE (in questo caso indicare i riferimenti normativi):
.....

SOSTITUZIONE (trattasi di una apparecchiatura da sostituire) specificare

1 PULSOX 3IA MINOLTA	S/N31033524	56740
2 PULSOX 3IA MINOLTA	S/N31030981	59810
3 PULSOX 300i MINOLTA	B31038877	61339
4 PULSOX 3IA MINOLTA	B31036419	57799
5 PULSOX 3IA MINOLTA	B31030099	57800
6 PULSOX 3IA MINOLTA	B31036845	56741

Motivazione della sostituzione:

avanzato stato di usura

8- SPECIFICARE LE CARATTERISTICHE TECNICHE MINIME DELL'APPARECCHIATURA:

- Facile utilizzo
- Dimensioni ridotte, da indossare come un normale orologio
- Display luminoso con dati relativi a saturazione ossiemoglobinica, frequenza cardiaca, livello batteria
- Dotato di software scarico ed elaborazione dati con accurate analisi dei tracciati e creazione report



- Batteria di lunga durata
- Tecnologia in grado di effettuare misurazioni anche in situazioni difficili (in movimento o in presenza di bassa perfusione)
- Range misurazione SaO₂ 0%-100%
- Range misurazione polso 18-330 pulsazioni/min
- Memoria con capacità di immagazzinamento dati per almeno 96 ore
- Utilizzo sia con sonda per adulto che pediatrica
- Tempo di campionamento adeguatamente corto per individuare episodi di desaturazione in corso di apnea o ipopnee

9- INDICARE IL LUOGO DI UTILIZZO, NONCHE' IL NUMERO ORIENTATIVO DI PRESTAZIONI PREVISTE ANNUE A PARITA' DI DOTAZIONE ORGANICA:

UO Pneumologia, domicilio del paziente e reparti di degenza Numero annuo prestazioni previste: intorno a 1.500

10- L'APPARECCHIATURA RICHIESTA NON RICHIEDE UN INCREMENTO DELLE RISORSE IN TERMINI DI PERSONALE SANITARIO

Data 15/02/2022

U.O.C.:PNEUMOLOGIA

Nome e cognome del Responsabile della U.O.
(in stampatello)

DONATELLA MANCINI

Firma del Responsabile della U.O.
(leggibile con timbro)

Dott.ssa Donatella Mancini
11010190165001

N.B.: Il presente modulo va compilato dal Direttore/Dirigente della U.O. richiedente e trasmesso al Direttore del Dipartimento/D.M.O./Distretto di afferenza.

U.O.S.D. Ingegneria Biomedica Clinica e HTA

Ing. E.PACE

VALUTAZIONE CLINICO-SCIENTIFICA DELLA RICHIESTA DI ACQUISTO

N° CINQUE PULSOSSIMETRI CON MEMORIA PER REGISTRAZIONE DINAMICA E RELATIVO SOFTWARE DI ELABORAZIONE DATI

DIPARTIMENTO MEDICINA

U.O. RICHIEDENTE: UOC PNEUMOLOGIA



PIANIFICAZIONE TRIENNALE



POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

SEDE DI ASSEGNAZIONE: UOC PNEUMOLOGIA

1- RELAZIONE SANITARIA PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ACQUISTO:

L'utilizzo del pulsossimetro con memoria è indicata nella titolazione dell'ossigenoterapia nelle ore notturno, nello screening di sospette forme gravi di OSA, nel monitoraggio della ventilazione notturna e nell'esecuzione del test del cammino, attività cliniche giornaliere ed importanti nell'ambito della specialistica pneumologica

2- RISULTATI DELLA RICERCA BIGLIOGRAFICA:

- BTS Guideline far Home Oxygen use in adult. Thorax 2015, Vol 70 Supplement 1
- Ann E Holland et al: An official European Respiratory Society/ American Thoracic Society technical standard: field walking tests in chronic respiratory disease. Eur Respir J 2014; 44: 1428-1446
- Sériès F et al: Prospective evaluation of nocturnal oximetry far detection of sleep-related breathing disturbances in patients with chronic heart failure. Chest 2005;127(5):1507-1514
- Jennum P et al: Epidemiology of sleep apnoea/hypopnoea syndrome and sleep-disordered breathing. Eur Respir J 2009;33:907-914
- N.Netzer, A.H. Eliasson et al. Overnight pulse oximetry for sleep disordered breathing in adults: a review. Chest 2001; 120:625-633

RILASCIO PARERE AUTORIZZAZIONE ALL'ACQUISTO

Rispetto alla richiesta della U.O.C. PNEUMOLOGIA, relativa all'acquisizione dell'apparecchiatura elettromedicale, in allegato, si esprime parere:

- FAVOREVOLE
 NON FAVOREVOLE

INDICANDO IL SEGUENTE GRADO DI PRIORITA'

- URGENTE
 PROGRAMMABILE
 DIFFERIBILE

Data 15/02/2022

DIPARTIMENTO: MEDICINA

Nome e cognome
(in stampatello)

LUCA MORICONI

A.S.L. Rieti
Dott. Luca Moriconi
Direttore UOC Medicina Interna

Firma del Direttore del Dipartimento Medicina.
(leggibile con timbro)

N.B.: Il presente modulo va compilato dal Direttore del Dipartimento/D.M.O. Distretto e trasmesso alla U.O.S.D. Ingegneria Biomedica Clinica HTA, allegando la richiesta del Direttore/Dirigente/Responsabile U.O.