## MODULO RICHIESTA ACQUISIZIONE APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

|  |
| --- |
| ***N.B. La scheda seguirà il flusso approvativo solamente se interamente compilata***  |
| **0. TIPOLOGIA RICHIESTA ACQUISIZIONE** |
|  **Richiesta da inserire nella programmazione acquisti**Data richiesta: ………./………./………. |
|  **Richiesta fuori programmazione** **Priorità ( Urgente -  Alta-  Media-  Bassa) – Giustificare la risposta:**Apparecchiatura prevista nell’ambito di progetti/piani di rilevanza nazionale o regionale:SI NO |
| **Motivazione richiesta*** Innovazione.
* Richiesta in ambito di piani/progetti regionali o nazionali.
* Integrazione.
* Adeguamento (a nuove normative o modifiche organizzative).
* Sostituzione.
* Aggiornamento tecnologico o completamento di apparecchiatura già installata.
 |
| 1. **IDENTIFICAZIONE DEL RICHIEDENTE**

*(è possibile specificare anche un gruppo di richiedenti)* |
| Dipartimento di:Direttore: |
| U.O.C. Richiedente:Centro di costo:Direttore Responsabile della U.O.C:* Tel:
* cell:
* e-mail:
 |
| Utilizzatore/i – Richiedente/i: * Tel:
* cell:
* e-mail:
 |
| 1. **OGGETTO DELLA RICHIESTA**
 |
| Tipologia apparecchiatura richiesta: Quantità di apparecchiature identiche richieste: |
| Impiego per:* Monitoraggio.
* Diagnostica.
* Terapia:
* Altro, specificare:

Descrizione delle prestazioni cliniche e del servizio per cui è richiesta l’apparecchiatura: |
| Tipologia di regime nel quale si inserisce:* Degenza Ordinaria.
* Day-Hospital/Day-Surgery.
* Ambulatoriale.
* Domiciliare.
* Attività territoriale/distrettuale.
 |
| Breve descrizione delle *caratteristiche tecnico-funzionali*: |
| Specifiche tecniche delle *attrezzature a supporto* o completamento (es., stampanti, carrelli, supporti specifici, etc.):

|  |  |
| --- | --- |
| Tipologia: |  |
| Costo unitario stimabile: |  |

 |
| Descrizione dei *materiali di consumo* (reagenti/monouso/monopaziente/riutilizzabili/sterilizzabili) eventualmente necessari:

|  |  |
| --- | --- |
| Tipologia di materiale: |  |
| Numero di unità necessarie in un anno |  |
| Costo unitario stimabile:  |  |

 |
| Disponibilità dell’apparecchiatura in provincia/regione – Specificare dove: |
| Evidenze di efficacia/efficienza:  |
| Documentazione a supporto (es., Health Technology Assessment Report, Studi primari e secondari): |
| 1. **MOTIVAZIONE RICHIESTA**

*(è possibile barrare più caselle, almeno una è obbligatoria)* |
| * INNOVAZIONE

NON è presente alcuna apparecchiatura in grado di effettuare le prestazioni cliniche richieste nella sezione 2. Pertanto ad oggi tali prestazioni: * non sono eseguite;
* sono eseguite provvedendo come di seguito descritto:
 |
| * RICHIESTA IN AMBITO DI PIANI/PROGETTI DI RILEVANZA NAZIONALE O REGIONALE

*Specificare se si tratta di fondi vincolati.* |
| * INTEGRAZIONE

(Apparecchiatura è già esistente, ma in quantità insufficiente)Tipologia apparecchiatura:Numero di apparecchiature attualmente presenti:  |
| * ADEGUAMENTO A NORMATIVE/LINEE GUIDA/REQUISITI DI ACCREDITAMENTO

(*citare gli estremi dei documenti, che devono essere necessariamente allegati**al modulo*):  |
| * ADEGUAMENTO ALLA SEGUENTE MODIFICA ORGANIZZATIVA AZIENDALE(ristrutturazione servizio o ampliamento di servizio, posti letto, etc.)

(*Descrivere l’intervento e indicare la data di attivazione*):  |
| * SOSTITUZIONE DELL’APPARECCHIATURA IDENTIFICATA TRAMITE:
* Numero Inventario:
* Marca:
* Modello:

**MOTIVAZIONE**:* L’apparecchiatura è INUTILIZZABILE.
* L’apparecchiatura è funzionante ma è caratterizzata da obsolescenza funzionale o “inaffidabilità tecnica” e inadeguata alle esigenze cliniche per i seguenti motivi:

E’ stata già fornita un’apparecchiatura sostitutiva?SI NO |
| * AGGIORNAMENTO TECNOLOGICO O COMPLETAMENTO DI APPARECCHIATURA ATTUALMENTE INSTALLATA IDENTIFICATA TRAMITE:
* Numero Inventario:
* Marca:
* Modello:
 |
| 1. **IMPATTO LOGISTICO**
 |
| Indicare il sito di installazione dell’apparecchiatura - *Con riferimento all’attuale utilizzazione dell’ambiente*: |
| Sono necessari lavori di adeguamento/ristrutturazione dei locali?SI NOIn caso di risposta affermativa, fornire suggerimenti su come procedere: |
| Specificare se è necessaria integrazione con altra strumentazione o sistemi informatici: |
| 1. **IMPATTO ECONOMICO - ORGANIZZATIVO**
 |
| Se noto, indicare i seguenti costi:* Costo unitario di acquisizione (in euro):
* Costi di installazione:
* Costi presunti di manutenzione:
 |
| In caso di necessità di lavori impiantistici, edilizi o di altra natura, indicarne i costi presunti: |
| E’ necessario un training specifico?SI NO |
| E’ necessario prevedere un aumento e/o un adeguamento di organico?SI NOIn caso di risposta affermativa, specificare:* n.:
* qualifica:
 |
| Se noti, indicare eventuali costi cessanti (stima annuale): |
| Disponibilità di fondi dedicati: SI NO |
| **STIMA DELLE PRESTAZIONI ANNUE PREVISTE** *(Dati da verificare/richiedere al Controllo di Gestione)* |
| * Mantenimento del numero e qualità delle prestazioni/anno già effettuate.
* Incremento del numero di prestazioni già effettuate che passeranno da\_\_\_\_\_\_ prestazioni/anno a \_\_\_\_\_\_ prestazioni/anno (valori stimati) – *Motivare la risposta*:
* Incremento della qualità (in termini di rapidità, efficacia, sicurezza, precisione, etc.) delle prestazioni cliniche già effettuate – *Motivare la risposta*:
 |
|  | **Numero prestazioni** | **Valorizzazione Economica/DRG** |
| Ricovero Ordinario |  |  |
| DH/Day Surgery |  |  |
| Ambulatori esterni |  |  |
| Altro (convenzioni) |  |  |
| **Ore/die per gg/settimana previste per l’utilizzo** |   |
| 1. **INFORMAZIONI PER EVENTUALE ACQUISIZIONE**
 |
| **APPARECCHIATURA INFUNGIBILE**Si tratta di un bene infungibile? SI NOSe sì, allegare alla richiesta una relazione di esclusività/infungibilità nella quale devono essere specificati:* Costruttore, Fornitore, Modello.
* Fornire documentazione a supporto della dichiarazione di infungibilità.
 |
| Se note, indicare almeno 3 ditte produttrici/distributrici: |
| Pregresse esperienze sperimentali (apparecchiatura in visione):Fornitore:Periodo:  |
| Suggerimento su tipologia di acquisizione:* Acquisto.
* Leasing per n.\_\_\_anni
* Service per n.\_\_\_anni
* Noleggio per n.\_\_\_anni
 |
| **Direttore UO Richiedente** | Data: ………./………./……….Firma:  |
| **Direttore di Dipartimento** | Data: ………./………./……….Firma:  |

|  |
| --- |
| **PARERE TECNICO** |
| **A cura del Direttore della UOC Progettazione Sviluppo e Manutenzione Immobili ed Impianti, Sistemi informatici e ICT**□FAVOREVOLE □ NON FAVOREVOLEMotivazione:Data: ………./………./……….Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **PARERE CLINICO e AUTORIZZAZIONE** |
| **A cura del** **Direttore Medico di Presidio** □ FAVOREVOLE  □ NON FAVOREVOLE□ Richiesta parere Nucleo HTA Motivazione:Data: ………./………./……….Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **PARERE NUCLEO HTA** |
| **Esito valutazione a cura del Presidente del Nucleo HTA**□ FAVOREVOLE  □ NON FAVOREVOLE□ Richiesta parere Nucleo HTA Motivazione:Data: ………./………./……….Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **PER ACCETTAZIONE** |
| **A cura del Direttore dell’Unità Operativa Complessa Acquisizione Beni e Servizi**Data: ………./………./……….Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |