## 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 NO  In 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 NO  In 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 NO  Se 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 FAVOREVOLE  Motivazione:  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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |