



**MODULO RICHIESTA SOSTITUZIONE
APPARECCHIATURE BIOMEDICHE**

PAAB - MOD.A

**(a cura del Direttore / Responsabile Servizio
richiedente)**

All'attenzione del

**Responsabile Servizio
Ingegneria Clinica**

SUA SEDE

Scheda proposta d'acquisto N. _____/ H - T del _____

(La numerazione è attribuita dal Servizio Ingegneria Clinica in base alla data di ricevimento della richiesta)

Presidio richiedente: Ospedale/Distretto di _____

I. Servizio: _____

II. Direttore/Responsabile: _____

III. Descrizione dell'acquisto (Tipo Apparecchiatura e Eventuali Caratteristiche tecniche):

IV. Motivo della sostituzione:

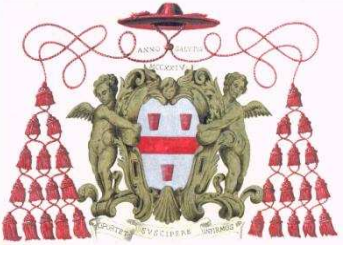
V. Apparecchiatura condivisa con altri reparti/servizi (se SI specificare):

☐ NO ☐ SI _____

Data _____

Firma Responsabile _____

Nulla Osta del Direttore del Dipartimento _____

	MODULO RICHIESTA ACQUISIZIONE APPARECCHIATURE BIOMEDICHE PAAB - MOD.B (a cura del Direttore / Responsabile Servizio richiedente)	All'attenzione del Responsabile Servizio Ingegneria Clinica <u>SUA SEDE</u>
---	---	---

Scheda proposta d'acquisto N. _____ del _____

(La numerazione è attribuita dal Servizio Ingegneria Clinica in base alla data di ricevimento della richiesta)

Presidio richiedente: Ospedale/Distretto di _____

I. Servizio: _____

II. Direttore/Responsabile: _____

III. Descrizione dell'acquisto (Tipo Apparecchiatura / Eventuali Caratteristiche tecniche):

IV. Motivo dell'acquisto:

- ☐ Nuova dotazione
- ☐ In aggiunta ad apparecchiatura esistente
- ☐ Aggiornamento/Completamento tecnologico di apparecchiatura esistente

V. Utilizzo previsto (indicare una stima del tempo di utilizzo settimanale):

- ☐ Continuativo _____
- ☐ Parziale _____
- ☐ Riserva

VI. Previsione di incremento attività (quantità/tipologia) già in essere (se SI specificare):

- ☐ NO ☐ SI _____
-
-



**MODULO RICHIESTA ACQUISIZIONE
APPARECCHIATURE BIOMEDICHE**

PAAB - MOD B

Rif.

Scheda proposta d'acquisto N. _____ del _____

VII. Condivisione dell'apparecchiatura con altri reparti/servizi (se SI specificare):

☐ NO ☐ SI _____

VIII. Attività annua prevista (in caso di nuova acquisizione/potenziamento):

Cod. Prestazione a Nomenclatore	numero di prestazioni	peso	valorizzazione da tariffario

IX. Personale necessario (in caso di nuova acquisizione/potenziamento):

Qualifica	Ore/anno



**MODULO RICHIESTA ACQUISIZIONE
APPARECCHIATURE BIOMEDICHE**

PAAB - MOD B

Rif.

Scheda proposta d'acquisto N. _____ del _____

X. Necessità di corsi di formazione per il personale in servizio

☐ NO ☐ SI _____

XI. L'apparecchio produce emissioni dannose/scorie/rifiuti tossici (se SI specificare la tipologia):

☐ NO ☐ SI _____

XII. Proposta di allocazione dell'apparecchiatura:

Data _____

Firma Responsabile _____

Nulla Osta del Direttore del Dipartimento

Osservazioni DM/DD

Data _____

Firma DM/DD _____



MODULO VALUTAZIONE

**RICHIESTA ACQUISIZIONE
APPARECCHIATURE BIOMEDICHE**

PAAB

MOD.1 SCHEDA C
(a cura del Servizio Tecnico)

Rif.

Scheda proposta d'acquisto N. _____ del _____

12. Lavori strutturali di allocazione (descrizione di massima / stima dei costi e dei tempi di adeguamento):

13. Lavori di adeguamento alle norme/Considerazioni sulla sicurezza (descrizione di massima / stima dei costi e dei tempi di adeguamento):

14. Valutazione di compatibilità elettrica-idraulica rispetto all'esistente (descrizione di massima / stima dei costi e dei tempi di adeguamento):

Data _____

Firma _____



MODULO VALUTAZIONE

**RICHIESTA ACQUISIZIONE
APPARECCHIATURE BIOMEDICHE**

PAAB - MOD.1 SCHEDA A

Parte Economica

(a cura del SIC)

Rif.

Scheda proposta d'acquisto N. _____ del _____

1. Costi presunti d'investimento (costo dell'attrezzatura):

2. Costi presunti di gestione (materiale di consumo):

Se sostituzione

3. Costi di gestione ultimo anno:

Se sostituzione

4. Valore residuo attrezzatura:

Se sostituzione

5. Costi di manutenzione ultimo anno:

Data _____

Firma _____

	MODULO VALUTAZIONE RICHIESTA ACQUISIZIONE APPARECCHIATURE BIOMEDICHE	PAAB - MOD.1 SCHEDA B Parte Tecnica (a cura del SIC)
---	---	---

Rif.

Scheda proposta d'acquisto N. _____ del _____

6. Apparecchiature simili già in dotazione al reparto/servizio (se SI specificare numero, sede, livello d'utilizzo) :

☐ NO ☐ SI _____

7. Compatibilità con attrezzature pre-esistenti:

8. Interferenze con altre apparecchiature o standard esistenti (se SI specificare) :

☐ NO ☐ SI _____

9. Know-how del servizio di manutenzione aziendale: _____

Se sostituzione

10. Fermo-macchina nell'ultimo anno:

11. Qualora necessario acquisire un parere (Esperto Qualificato , Direttore del Sistema informativo, ...) allegare alla presente scheda

Data _____

Firma _____



PROGRAMMAZIONE AZIENDALE ACQUISTI

PIANO DI SOSTITUZIONE

PAAB - MOD.2

SEZIONE 1

Sostituzione

PIANO INVESTIMENTI TECNOLOGICI ANNO

RICHIESTA N.	Sede	Struttura	Descrizione	SPESA IVA inclusa	IPS	Graduatoria di priorità
TOTALE						

Firma Responsabile SIC _____

	PROGRAMMAZIONE AZIENDALE ACQUISTI	PAAB - MOD.2
	NUOVE ACQUISIZIONI	SEZIONE 2

PIANO INVESTIMENTI TECNOLOGICI ANNO
--

RICHIESTA N.	Sede	Struttura	Descrizione	Motivazione	SPESA IVA inclusa	Priorità clinica	Grado di priorità
TOTALE							

Motivazione: Completamento, Aggiornamento, Potenziamento, Nuova Acquisizione

Grado di Priorità 3=max, 2=media, 1=bassa

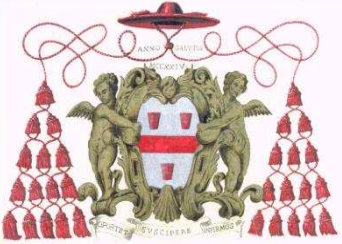
Firma DM/DD _____

	ANALISI LIVELLO DI UTILIZZO	PAAB - MOD.3
	RISORSE TECNOLOGICHE	

Compilatore				
Firma del compilatore				
Data Compilazione				
Tecnologia in esame:				
Periodo considerato: dal / / al / /				
Presidio:		Struttura:		
Identificativo apparecchiatura / Collocazione	Ore lavoro (Rif. Indicatori)	Ore funzionamento servizio	Tempi di indisponibilità	Saturazione risorsa

Note: Ore lavoro/(Ore funzionamento servizio - Tempi di indisponibilità) = Saturazione risorsa

Firma del Direttore Struttura Complessa _____

	VALUTAZIONE	PAAB - MOD.4
	NUOVA ACQUISIZIONE	

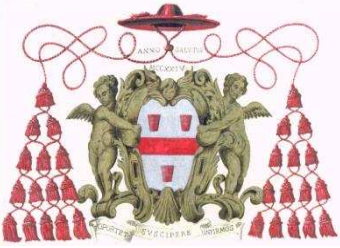
Rif. _____

Scheda proposta d'acquisto N. _____ del _____

ASSESSMENT DEI BISOGNI		
REQUISITI	S I	N O
Outcome		
Miglioramento dell'outcome dei pazienti/Qualità della vita	1	0
Aumento dell'accessibilità alle prestazioni sanitarie	1	0
Riduzione dei costi (rif. Indicatori)	1	0
Miglioramento dell'ambiente di lavoro	1	0
Utilizzatori		
Livello di conoscenza/competenza adeguato all'utilizzo	1	0
Livello di esperienza adeguato	1	0
Domanda		
Carico di lavoro futuro <= attuale	1	0
Livello di utilizzo stimato > livello minimo di saturazione accettabile	1	0
Urgenza		
Gravità delle patologie trattate in base ai dati epidemiologici	1	0
Rischi per il paziente in caso di mancato acquisto	1	0
Disponibilità di trattamenti alternativi	0	1

- ☐ Acquisizione necessaria
- ☐ Acquisizione non necessaria
- ☐ Da rivalutare in tempi successivi

Firma del DM / DD _____

	LIBRETTO APPARECCHIATURA	
---	--	--

NOTE

Presso il CPSE o il Capotecnico viene tenuto un registro (faldone) che contiene la storia manutentiva di ogni apparecchiatura in uso presso il reparto/ambulatorio.

Per ogni apparecchiatura è presente una Scheda del Bene che contiene i dati anagrafici e tecnici utili alla corretta ed univoca individuazione del bene.

Di seguito vengono allegati i report, inviati semestralmente, dal SIC funzionali ad una prima ricostruzione della storia del bene stesso.

Come esplicitato in procedura “Gestione delle tecnologie del Parco Tecnologico” è possibile accedere al dettaglio delle informazioni contenute nel report, reperibili presso il SIC, tramite richiesta scritta da parte del Direttore responsabile della struttura.