



AZIENDA  
OSPEDALIERO  
UNIVERSITARI  
A  
DI CAGLIARI

Direzione Medica P.O. Duilio Casula

S.C. Direzione Medica di Presidio  
DIRETTORE MEDICO DEI PP.OO. SOSTITUTO  
DOTT. LUIGI SERRELI

NP/744

Mon serrato, 15/2/2023

Al Direttore  
S.C. Farmacia  
Dott.ssa Arianna Cadeddu

E p.c.

Al Direttore  
S.C. Terapia Intensiva Neonatale  
Prof. Vassilios Fanos

**OGGETTO:** Acquisti sanitari per il Dipartimento Materno Infantile: S.C. Terapia Intensiva Neonatale.

Si trasmette la richiesta per l'acquisto di quanto sotto indicato, con l'autorizzazione della scrivente, per la S.C. di Terapia Intensiva Neonatale:

- Fabbisogno annuale Veal Oris.

Cordiali saluti.



Direttore Medico dei PP.OO. Sostituto  
(Dott.ssa Cinzia Aresu)

Resp.Proc.:Dr.ssa Michela Sanna  
A.A.: Sig.ra Bonaria Atzori



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA



AZIENDA  
OSPEDALIERO  
UNIVERSITARIA  
DI CAGLIARI

MODULO RICHIESTA

MODULO A

BENI SANITARI, ATTREZZATURE E  
APPARECCHIATURE - Tecnologia Sanitaria -,  
ARREDI.

ALLA DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO

**Dipartimento Materno Infantile Struttura Terapia Intensiva Neonatale**

**MC 000219**

**data 10.02.2023**

1. Tecnologia sanitaria / arredi richiesta

**VEA ORIS prodotto emolliente e lenitivo spray, a base di vitamina E, con dosatore mono paziente di piccole dimensioni adatto alle coane di un neonato prematuro, per la cura delle mucose nasali e orali**

2. Impiego per:

monitoraggio

X terapia

diagnostica

altro specificare:

**cura delle mucose orali e nasali dei neonati a termine e pretermine che necessitano di supporto ventilatorio**

3. Indicazioni cliniche/motivazionali della richiesta

**trattamento delle mucose nasali e orali nei neonati a termine e pretermine in ventilazione assistita**

4. La tecnologia / arredo è prevista dal programma di accreditamento

SI

NO

Se noto:

indicare il costo presunto € 11,00 / flacone

disponibilità di fondi

SI  NO  PARZIALE

Se disponibile allegare documentazione specifica

5. La tecnologia / arredo / presidio / altro richiesta è da valutare come:

innovazione (apparecchiatura/arredo/presidio/altro non presente in azienda) in questo caso si allega la relazione specifica seguendo lo schema "alta tecnologia o apparecchiature innovative o presidio o altro"

potenziamento

integrazione tecnologica (apparecchiatura già presente ma in numero insufficiente – indicare il numero delle apparecchiature presenti all'interno dell'unità \_\_\_\_\_)

nuova tecnologia / arredo (apparecchiatura non presente nell'unità)

aggiornamento tecnologia / arredo (processo di sostituzione di uno o più componenti con altri più recenti; la sostituzione ha lo scopo di risolvere dei difetti del precedente componente, migliorarne le prestazioni aggiungere nuove funzioni specificare \_\_\_\_\_)

sostituzione per fuori uso (allegare proposta/dichiarazione di fuori uso)

sostituzione per indisponibilità parti di ricambio (segnalare l'esistenza di apparecchiatura in sostituzione temporanea  SI  NO)

sostituzione per adeguamento a nuove norme

(segnalare i riferimenti normativi \_\_\_\_\_)

**ripristino scorta, fabbisogno annuale**

segnalare se la tecnologia / arredo può essere ricollocata  SI  NO

se sì:  come riserva  in altra sede specificare \_\_\_\_\_)

6. Successivamente all'acquisizione la tecnologia / arredo richiede servizi di assistenza richiedenti contratti onerosi:

SI  NO

Se noto indicare il costo presunto € \_\_\_\_\_

7. Acquisizione caratterizzata da presupposti di infungibilità:

SI  NO

Descrivere le motivazioni cui si riconduce la mancanza di una alternativa diagnostica, terapeutica o tecnica, e gli aspetti funzionali o di risultato per cui il prodotto non è sostituibile con altro similare nello svolgimento di una determinata funzione

- **attualmente non si ha conoscenza di prodotti con analoghe caratteristiche**

8. Acquisizione caratterizzata da presupposti di esclusività:

X  SI  NO

Descrivere le motivazioni di privativa industriale e/o il funzionamento che permette di ottenere differenti prestazioni o risultati rispetto a analoghi dispositivi in commercio

---

---

IL MEDICO PROPONENTE

IL DIRETTORE DI STRUTTURA

IL CAPO DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE SANITARIO

A.U.U. di CAGLIARI - P.U. Monserrato

TERAPIA INTENSIVA NEONATALI

Prof. Massimo Fano



Monserrato 18.03.2021

SCHEMA ALTA TECNOLOGIA E/O APPARECCHIATURA INNOVATIVA		
PRESIDIO O ALTRO		
BENEFICI ATTESI	CLINICI efficacia ed efficienza della tecnologia (bisogno di salute, aumento dell'appropriatezza, aumento dell'efficacia, minore invasività, altro)	X
	GESTIONALI miglioramento qualitativo inerente l'introduzione della tecnologia (minore impegno di personale, riduzione dei tempi diagnostici, riduzione tempi di assistenza, riduzione ricorso ad altre prestazioni, utilizzo in ambito dipartimentale dell'attrezzatura, altro)	X
	STRUTTURALI IMPIANTISTICI adeguamenti strutturali e impiantistici (necessità di adeguamenti rispetto alle norme di accreditamento, necessità di spazi aggiuntivi, altro)	
	SICUREZZA riduzione rischi per i pazienti/operatori	X
PRESUPPOSTI CLINICI	BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO (allegare almeno tre studi clinici)	
	ESISTENZA LINEE GUIDA PER L'IMPIEGO DELL'APPARECCHIATURA (allegare)	
ESIGENZE PER L'INTRODUZIONE DELL'ATTREZZATURA	PERSONALE numero eventuale di operatori coinvolti e loro qualifica professionale e necessità di risorse umane aggiuntive (presenza di personale dedicato, standard numerici distinti per profilo professionale, necessità di esperto esterno per avvio procedura, altro)	
	FORMAZIONE (necessità di formare/aggiornare/addestrare il personale, con quali modalità e con quali tempi, altro)	
	RICADUTE SUL PERCORSO ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE (durata della degenza, necessità di ulteriori prestazioni, variabilità tipologia di ricovero, altro)	X

	MATERIALE DI CONSUMO (tipologia, quantità, costo per procedura, costo per paziente, esclusività, compatibilità con altre attrezzature già presenti, necessità di disinfezione, sterilizzazione, particolari necessità di smaltimento, altro)	n.300 <b>flaconi</b> <b>monopaziente</b>
	ESPOSIZIONE A RISCHI PARTICOLARI (radiologico, chimico, laser, biologico, altro)	
ULTERIORI INFORMAZIONI	CODICE PRESTAZIONE	<b>9607</b>  <b>9660</b>
	NUMERO PRESUNTO PRESTAZIONI/ANNO stima prestazioni esami/effettuabili	~ 300
	COSTI/BENEFICI (nuovi costi di acquisto, costi cessati delle precedenti procedure in uso)	
	ORE UTILIZZO SETTIMANALE	
	PREVISIONE DI UTILIZZO DIPARTIMENTALE	
	COSTO DELL'ATTREZZATURA	~ € 3.300,00 + IVA
	ALTRI COSTI	

