

ALLEGATO 1 – MODULO RICHIESTA ACQUISIZIONE PRODOTTO/SERVIZIO INFUNGIBILE ED ESCLUSIVO

STRUTTURA/U.O. RICHIEDENTE Endoscopia Digestiva ASSL Carbonia
 TIPOLOGIA PRODOTTO/SERVIZIO Sperimentazione rete ATS videocapsula del tenue (VCE)
 PRESTAZIONE RIENTRANTE NEI L.E.A.: **SI** **NO**

Indicazione terapeutica per specifica patologia

Non prevista. La rete VCE ha lo scopo di portare il servizio diagnostico per le emorragie occulte, per alcune tipologie di Morbo di Crohn e di celiachia e per i tumori del tenue, a livello di presidio/paziente.

Indicazione terapeutica per specifici casi clinici

Come sopra

Altro (specificare)

L'elemento fondamentale della rete è un software di collegamento HUB/SPOKE a marchio CE. I consumabili previsti sono 250-300 VCE all'anno, più dotazioni hardware e licenze software per il numero di centri individuati dall'ATS (da 6 a 9)

PRODUTTORE/FORNITORE Medtronic
 COSTO PER SINGOLA PRESTAZIONE Euro 620 per VCE, più costi software e hardware quantizzabili solo a livello di ATS
 NUMERO DI PRESTAZIONI RICHIESTE (per le specifiche vedasi oltre)
250-300 anno

COSTO TOTALE PREVENTIVATO Dipende da accordi tra ATS e fornitore, in base al progetto

FORMA DI ACQUISIZIONE PROPOSTA
Service

EVENTUALI MATERIALI DI CONSUMO DEDICATI: **SI** **NO**

SE SI E' RISPOSTO "SI" ALLA PRECEDENTE DOMANDA, INDICARE TIPOLOGIA E QUANTITATIVI PRESUNTI, NONCHE' RELATIVI COSTI PER IL PERIODO CONSIDERATO:
software di gestione/comunicazione a marchio CE, 250-300 VCE, 6-9 workstation, cinture rifevamento, registratori

PRODOTTO GIÀ IN USO IN ALTRE UU.OO.: **S(VCE)** **NO** **X** (software di rete)

L'ACQUISIZIONE DEL BENE/SERVIZIO IMPLICA INCREMENTO DI PERSONALE? **SI** **NO**

SE SI', SPECIFICARE NUMERO E PROFILI PROFESSIONALI:

Particolari esigenze di formazione del personale

Formazione del personale di comparto e medico per l'uso della VCE, creazione e mantenimento di registro clinico/casi per la durata del progetto

Stima delle prestazioni eseguibili in un anno 250-300

Previsione dei consumi per anno (incluso ogni voce di costo)

Non applicabile

Dichiarazione di unicità ed infungibilità

A meglio di vostra migliore conoscenza e al meglio della mia esperienza

I sottoscritti consapevoli delle conseguenti responsabilità PENALI, CIVILI, AMMINISTRATIVE E CONTABILI, dichiarano che per le indicazioni cliniche sopraindicate, non sono disponibili ~~prodotti alternativi~~ software a marchio CE equivalenti dal punto di vista clinico-terapeutico, ovvero con effetto terapeutico comparabile e dichiarano di non versare in conflitto d'interesse ai sensi degli artt. 42 e 77 del D.Lgs 50/2016 e relative norme di rinvio di cui si è presa visione essendo allegate al modulo che si sottoscrive congiuntamente alla presente.

Data 7 novembre 2018

Dirigente richiedente Sergio Cadoni

Direttore Struttura/U.O. richiedente

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Dichiarazione di unicità ed infungibilità

I sottoscritti consapevoli delle conseguenti responsabilità PENALI, CIVILI, AMMINISTRATIVE E CONTABILI, dichiarano che le valutazioni sopra descritte sono rese secondo scienza e coscienza e dichiarano di non versare in conflitto d'interesse ai sensi degli artt. 42 e 77 del D.Lgs 50/2016 e relative norme di rinvio di cui si è presa visione essendo allegato al modulo che si sottoscrive congiuntamente alla presente.

Data 7 novembre 2018

TIMBRO E FIRMA Sergio Cadoni

TRASMISSIONE ALLE VARIE STRUTTURE INTERESSATE (DD.MM.PP. / DISTRETTUALI/ DIPARTIMENTALI)

.....
.....

ESITI ISTRUTTORIA TRA STRUTTURE (DD.MM.PP. / DISTRETTUALI/ DIPARTIMENTALI) (specificare chi abbia eventualmente aderito alla richiesta e i fabbisogni complessivi ripartiti per Area Socio Sanitaria):

.....
.....

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE:

- tutti i valori debbono essere indicati al netto dell'IVA;
- nelle domande a risposta guidata "SI" "NO", barrare la risposta scelta.

ALLEGATO 2:

PARTE A:

PARERE SC QUALITÀ, APPROPRIATEZZA, CLINICAL GOVERNANCE E RISK MANAGEMENT

ESITO:

POSITIVO

NEGATIVO

Motivazione

parere

negativo:

Trasmissione Direzione e comunicazione al richiedente del parere negativo: PROT. N. _____

DISPOSIZIONI DELLA DIREZIONE O DECORSO DEL TERMINE DI 30 GIORNI SENZA ALCUNA DISPOSIZIONE

CON CONSEQUENTE DEFINITIVITA' DEL PARERE NEGATIVO

Comunicazioni al richiedente della chiusura istruttoria o trasmissione al GRVR:

PARTE B:

SCHEMA VERBALE ATTIVITÀ GRVR

Data _____

Seduta N° _____

Commissione:

Ingegnere clinico _____

Ingegnere Clinico _____

Farmacista _____

Farmacista _____

Medico _____

Medico _____

..... _____

..... _____

Attività svolta, esiti indagini mercato:

Verbale commissione:

Parere:

FAVOREVOLE

CONTRARIO*

FAVOREVOLE CON OSSERVAZIONI:

* specificare se a causa votazione non unanime

Si allegano dichiarazioni insussistenza cause incompatibilità.

ALLEGATO 3 – SCHEDA RACCOLTA FABBISOGNO ATS

ASSL PROPONENTE	DESCRIZIONE RICHIESTA				PRIORITÀ		STIMA COSTO	
							€	-
FABBISOGNO ATS								
	ASSL CAGLIARI	ASSL CARBONIA	ASSL LANUSEI	ASSL NUORO	ASSL OLBIA	ASSL ORISTANO	ASSL SANLURI	ASSL SASSARI
QUANTITÀ								
PRIORITÀ								
COSTO TOTALE ATS	€ -							

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE:

- tutti i valori debbono essere indicati al netto dell'IVA.

