

Richiesta di valutazione di tecnologia sanitaria

Al Direttore Generale

Dati identificativi del richiedente ¹

Cognome _____ Nome _____

Recapito telefonico _____

E-mail _____

Unità Operativa _____

Dipartimento _____

Ruolo ricoperto _____

¹ Il Proponente può essere il Direttore del Dipartimento o il Direttore/Responsabile di Unità operativa

Indicare se:

- ☐ **Si tratta di una PRIMA RICHIESTA**
- ☐ **ESISTE UNA PRECEDENTE RICHIESTA.**

Inserire numero di protocollo e data o, eventualmente, allegare la precedente richiesta.

Chi sarebbero i principali utilizzatori della tecnologia sanitaria oggetto della valutazione?

Elencare le altre UU.OO. che utilizzerebbero l'innovazione all'interno della struttura Aziendale

Tipo di tecnologia

- ☐ Farmaci
- ☐ Dispositivi medici (codice CND: _____)
- ☐ Procedure cliniche, organizzative e gestionali
- ☐ Programmi di screening
- ☐ Programmi di educazione alla salute

Nome commerciale e descrizione tecnica dell'innovazione proposta

Su quale indicazione clinica o organizzativa l'innovazione verrà utilizzata?

In che modo la proposta è innovativa rispetto alla metodologia attualmente in uso?

Richiesta di valutazione di tecnologia sanitaria

La tecnologia sanitaria di cui si richiede la valutazione ha lo scopo di sostituire quella attualmente in uso oppure di integrarla? In caso affermativo, in che modo?

La tipologia di apparecchiatura è insostituibile? ☐ SI ☐ NO

Se "sì" elencare le ragioni di natura tecnica/applicativa che caratterizzano l'insostituibilità:

La tipologia di apparecchiatura è caratterizzata da unicità funzionale? ☐ SI ☐ NO

Se "no" descrivere le altre funzioni e applicazioni per le quali è utilizzabile:

Produrre una sintesi della letteratura disponibile relativa all'innovazione e l'elenco delle 5 referenze più significative.

La proposta è stata raccomandata da altre strutture:

- ☐ Organizzazione Mondiale della Sanità
- ☐ Linee Guida Unione Europea
- ☐ Ministero della Salute
- ☐ Assessorato alla Sanità – Regione Sicilia
- ☐ Società scientifiche
- ☐ Altro

In caso affermativo specificare i riferimenti:

La tecnologia è già stata implementata in altri ospedali italiani o internazionali? ☐ SI ☐ NO

Se sì indicare quali _____

La tecnologia è coperta da brevetto? ☐ SI ☐ NO

1. In caso di risposta affermativa

Nominativo della Società produttrice:

Nominativo e indirizzo della Società distributrice in esclusiva (se differente dalla ditta produttrice):

2. In caso di risposta negativa

Nominativi delle Società produttrici

Richiesta di valutazione di tecnologia sanitaria

Nominativi e indirizzi delle Società distributrici in esclusiva/non in esclusiva (se differenti dalle ditte produttrici)

Aspetti epidemiologici della condizione/patologia oggetto della tecnologia richiesta

Casistica aziendale attesa della condizione/patologia oggetto della tecnologia richiesta

Gravità/severità della condizione morbosa

☐ elevata ☐ moderata ☐ lieve

Qual è la ricaduta della proposta sui pazienti in termini di diagnosi, trattamento, cura, riabilitazione e prevenzione?

La proposta implica dei rischi, degli effetti collaterali o eventi avversi?

L'uso della tecnologia necessita di valutazioni etiche?

Qual è la ricaduta sulla qualità della vita o sulla situazione lavorativa e sociale del paziente?

Quali sono gli effetti della proposta in termini di organizzazione?

Dove potrà essere ubicata (Edificio, piano, stanza) l'innovazione proposta?

Servono nuovi spazi o adeguamenti strutturali? ☐ SI ☐ NO

Se sì, quali sono gli adeguamenti strutturali / spazi necessari?

La proposta influenzerà altri settori dell'azienda?

La proposta avrà una ricaduta sulle interazioni con altri ospedali o presidi sanitari territoriali?

Richiesta di valutazione di tecnologia sanitaria

Modalità di acquisizione (es. acquisto, leasing, ecc.) e fonte finanziaria della tecnologia

Costo di acquisizione

Tipologia e costi di manutenzione annua

Ciclo di vita previsto

L'apparecchiatura prevede l'uso di materiale di consumo: ☐ SI ☐ NO

☐ ***Il materiale di consumo dedicato è esclusivo (cioè non sostituibile con altro):*** ☐ SI ☐ NO

☐ ***Elencare tipologia, fabbisogno presunto annuo e costo unitario del materiale di consumo***

E' prevista la formazione del personale?

Indicare l'eventuale risparmio / spesa aggiuntiva annuale per paziente

Eventuali ricadute economiche su altri servizi

Nome, cognome e firma del richiedente

Nome, cognome e firma del Direttore di Dipartimento