

## Allegato n. 2 Richiesta di valutazione di tecnologia

*Al Referente HTA*

Indicare se:

- si tratta di una PRIMA RICHIESTA
- ESISTE UNA PRECEDENTE RICHIESTA.

Inserire numero di protocollo e data o eventualmente, allegare la precedente richiesta sottomessa. Parte 1:

### Generale

*IA) Chi è il proponente?*

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_ Unità Operativa \_\_\_\_\_

Presidio \_\_\_\_\_

Dipartimento \_\_\_\_\_

Ruolo ricoperto \_\_\_\_\_

I Il Proponente può essere il Direttore del Dipartimento, il Direttore/Responsabile di Unità operativa

*IB) Chi è/sono il/i reale/i utilizzatore/i dell'innovazione?*

*IC) Elenicare le altre UU.OO. che utilizzerebbero l'innovazione all'interno della struttura aziendale*

*ID) Qual'è l'innovazione proposta?*

## Richiesta di valutazione di tecnologia

1E) In quale categoria è possibile collocare l'innovazione?

- Dispositivi n° CND
- Tecnologie sanitarie - Apparecchiature elettromedicali
- Percorsi tecnico - Organizzativi

### Parte 2: Innovazione

2A) Su quale indicazione clinica o organizzativa l'innovazione verrà utilizzata?

2B) In che modo la proposta è innovativa rispetto alla metodologia attualmente in uso? [max 1000 caratteri]

2C) Esiste la previsione di sostituire la metodologia attualmente in uso oppure si prevede di integrarla? [max 1000 caratteri]. In caso affermativo, in che modo?

2D) Inserire un breve abstract sulla base della letteratura disponibile in riferimento all'innovazione, [max 2500 caratteri]

2 E) Elencare le 5 referenze più significative ed i punti di forza principali della proposta [max 5000 caratteri]

2F) Qual è la ricaduta della proposta sui pazienti in termini di diagnosi, trattamento, cura, riabilitazione e prevenzione?

2G) La proposta implica dei rischi, degli effetti collaterali o eventi avversi?

## Richiesta di valutazione di tecnologia

2H) Ci sono degli studi in corso presso altre strutture in Sicilia/Italia/Europa/Extra E. U. sugli effetti della proposta? Se sì, indicare quali:

2I) La proposta è stata raccomandata da altre strutture:

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

In caso affermativo specificare i riferimenti:

2L) Il dipartimento ha in precedenza o in altre occasioni, richiesto l'introduzione della tecnologia? Indicare se l'uso della tecnologia è già stato sperimentato (su cosa e quando) e se rifiutato l'uso, indicare le ragioni dell'esclusione.

### Parte 3: Informazioni tecniche

3A) La tecnologia è coperta da brevetto?  SI  NO

3B) Nominativo della Società produttrice (in caso di risposta affermativa al punto 3A):

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

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ ; Fax: \_\_\_\_\_

- La U.O. è già dotata di analogia e/o simile apparecchiatura?:  si  no

- Il Dipartimento è già dotato di analogia apparecchiatura?:  si  no

## Richiesta di valutazione di tecnologia

3C) *Nominativi delle Società produttrici* ( in caso di risposta negativa al punto 3A)

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

Nome Ditta e Indirizzo:

Tel. \_\_\_\_\_ ; Fax: \_\_\_\_\_

Nome Ditta e Indirizzo:

Tel. \_\_\_\_\_ ; Fax: \_\_\_\_\_

Nome Ditta e Indirizzo:

Tel. \_\_\_\_\_ ; Fax: \_\_\_\_\_

- La U.O. è già dotata di analoga e/o simile apparecchiatura?:  si  no

- Il Dipartimento è già dotato di analoga apparecchiatura?:  si  no

3D) *La tipologia di apparecchiatura è insostituibile?*  si  no

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

3E) *L'apparecchiatura prevede l'uso di materiale di consumo?*  si  no

Il materiale di consumo dedicato è non sostituibile con altro ..... :  si  no

Elencare (in ogni caso) tipologia, fabbisogno presunto annuo e costo unitario del materiale di consumo:

## Richiesta di valutazione di tecnologia

*3F) La tipologia di apparecchiatura è caratterizzata da unicità funzionale?  si  no*

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

### Parte 4: Paziente

*4A) L'uso della tecnologia necessita di valutazioni etiche? In caso affermativo, aggiungere gli opportuni allegati. Per esempio, questionari, modelli di consenso informato etc.*

*4B) Qual è la ricaduta sulla qualità della vita o sulla situazione lavorativa e sociale del paziente?*

### Parte 5: Organizzazione

*5A) Quali sono gli effetti della proposta in termini di organizzazione?*

Elencare tutte le tipologie delle unità coinvolte:

- medici
- infermieri
- personale amministrativo
- studenti
- specializzandi
- altro

*5B) Dove potrà essere ubicata (Presidio, edificio, piano, stanza) l'innovazione proposta?*

*5C) Cosa serve per l'implementazione della proposta:*

Nuovi spazi o adeguamenti strutturali?  si  no

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

## Richiesta di valutazione di tecnologia

5D) La proposta influenzerà altri dipartimenti/settori dell'azienda? In caso affermativo, descrivere brevemente come.

5E) La proposta avrà una ricaduta sulle interazioni con altri ospedali o presidi sanitari territoriali (ad es. nel caso di attivazione di nuovi percorsi di cura)?

5F) Quando potrà essere implementata la proposta? Qual è la durata prevista per la messa a regime?

5G) La tecnologia è già stata implementata in altri ospedali italiani o internazionali? SI NO  
Se si indicare quali \_\_\_\_\_

### Parte 6: Economia

6A) Indicare il costo presunto della tecnologia

6B) Indicare il costo della tecnologia /anno

6A) Sono previsti costi di start-up per i macchinari, l'equipaggiamento in genere, la formazione, la ristrutturazione, etc. ?

6B) Quali sono le ricadute in termini di attività per il periodo di messa a regime previsto?

6C) Descrivere i vantaggi in termini di:  
 Output

## Richiesta di valutazione di tecnologia

- Outcome
- Efficacia clinica
- Bacino di utenza servito

### *6D) Effettuare l'analisi dei costi:*

- L'eventuale risparmio/spesa aggiuntiva annuale per paziente

- Eventuali ricadute economiche su altri servizi

---

---

---

Nome e cognome del richiedente

Direttore Medico di Presidio o  
Direttore Distretto di appartenenza .