



Modello Acquisto Nuova Apparecchiatura Sanitaria

**Al Direttore Generale
SEDE**

U.O. Proponente

Dipartimento		Unità Operativa	
Centro di Costo		Protocollo e Data	
Telefono		E-mail	
<input type="checkbox"/> Prima richiesta			
<input type="checkbox"/> Richiesta successiva (data prima richiesta __/__/____)			

1. CARATTERISTICHE DELLA TECNOLOGIA PROPOSTA

1.1 DESCRIZIONE

1.2 TIPOLOGIA DI ACQUISIZIONE

<input type="checkbox"/> Acquisto	<input type="checkbox"/> Noleggio	<input type="checkbox"/> Service
<input type="checkbox"/> Leasing	<input type="checkbox"/> Donazione	<input type="checkbox"/> Comodato d'uso

1.3 PRIORITA' PER IL REPARTO

<input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Media	<input type="checkbox"/> Bassa
-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

1.4 DESCRIZIONE DEL PROBLEMA CLINICO PER CUI VIENE PROPOSTA LA TECNOLOGIA

1.5 DESCRIZIONE DEL PROCESSO ASSISTENZIALE IN CUI SI INSERISCE LA TECNOLOGIA PROPOSTA

1.6 ALTRE INFORMAZIONI RELATIVE AL PROCESSO ASSISTENZIALE IN CUI SI INSERISCE LA TECNOLOGIA PROPOSTA

Regime assistenziale di erogazione della prestazione	<input type="checkbox"/> Degenza ordinaria <input type="checkbox"/> Day hospital/ day surgery <input type="checkbox"/> Ambulatoriale <input type="checkbox"/> Domiciliare <input type="checkbox"/> Attività territoriale/distrettuale
Indicazione clinica (Diagnosis code ICD 9 CM)	
Indicazione d'uso (Procedure code ICD 9 CM)	
Tipologia di impiego	<input type="checkbox"/> Monitoraggio <input type="checkbox"/> Diagnostica <input type="checkbox"/> Terapia <input type="checkbox"/> Altro _____
DRG collegati all'uso della tecnologia	

1.7 RISPETTO ALLE TECNOLOGIE DISPONIBILI PER IL PROCESSO ASSISTENZIALE DESCRITTO LA TECNOLOGIA PROPOSTA:

<input type="checkbox"/> È un'innovazione tecnologica	
<input type="checkbox"/> Sostituisce la seguente tecnologia: N° Inventario: _____ Modello: _____ Produttore: _____ Anno di acquisto: _____ Ubicazione: _____	Motivazioni della sostituzione <input type="checkbox"/> Guasto non riparabile <input type="checkbox"/> Obsolescenza <input type="checkbox"/> Affidabilità (n. guasti fermo macchina ____) <input type="checkbox"/> Rispondenza a normative sulla sicurezza <input type="checkbox"/> Rispondenza a normative di accreditamento <input type="checkbox"/> Rispondenza a linee guida <input type="checkbox"/> Economia di gestione <input type="checkbox"/> Indisponibilità ricambi in caso di fermo <input type="checkbox"/> Indisponibilità materiale consumabile
<input type="checkbox"/> Integra la seguente tecnologia: N° Inventario: _____ Modello: _____ Produttore: _____ Anno di acquisto: _____ Ubicazione: _____	Descrivere i vantaggi del potenziamento
<input type="checkbox"/> Apparecchiatura necessaria per l'adeguamento ai requisiti autorizzativi	
<input type="checkbox"/> Apparecchiatura prevista nell'ambito di piani/progetti di rilevanza nazionale o regionale (specificare se fondi vincolanti)	

1.8 LA TECNOLOGIA PROPOSTA SERVE A MIGLIORARE IL LIVELLO DI SICUREZZA E SALUTE NEGLI AMBIENTI DI LAVORO

<input type="checkbox"/> Sì (descrivere in che modo)	
--	--

<input type="checkbox"/> No	
-----------------------------	--

1.9 PREGRESSE ESPERIENZE SPERIMENTALI E/O CLINICHE LOCALI

Descrizione	
Sede	
Periodo	Prova visione dal __/__/____ al __/__/____
Fornitore	

2. IMPATTO CLINICO

2.1 EFFETTI SUL PAZIENTE

Effetti sulla qualità di vita, sociale o lavorativa	<input type="checkbox"/> Sì (quali) _____ <input type="checkbox"/> No
Effetti sui tempi di ricovero	<input type="checkbox"/> Sì (quali) _____ <input type="checkbox"/> No
Presenza di ostacoli di natura psicologica	<input type="checkbox"/> Sì (quali) _____ <input type="checkbox"/> No

2.1 EFFETTI SUGLI UTILIZZATORI

Rischio connesso alla tecnologia	<input type="checkbox"/> Sì (quale) _____ <input type="checkbox"/> No
Ostacoli all'utilizzo di natura culturale o professionale da parte degli operatori.	<input type="checkbox"/> Sì (quali) _____ <input type="checkbox"/> No
Tempi per il raggiungimento dell'efficienza prevista	

3. IMPATTO ORGANIZZATIVO

3.1 ENTITA' DELLE PRESTAZIONI ANNUE EROGABILI

	Nr prestazioni		Valorizzazione economica	
	Attuali	Previste	Attuali	Previste
In ricovero ordinario				
In ricovero DH/Day surgery				
Per ambulatoriali esterni				
Altro (convenzioni)				

Tempi liste di attesa			-----	-----
-----------------------	--	--	-------	-------

3.2 ALTRE INFORMAZIONI DI CARATTERE ORGANIZZATIVO

Presenza di effetti della tecnologia sullo staff in termini di informazione, formazione o ambiente di lavoro	<input type="checkbox"/> Sì (quali) _____ <input type="checkbox"/> No
La tecnologia proposta può essere adattata all'interno dello scenario attuale	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
La tecnologia proposta avrà effetti su altri dipartimenti o altri servizi dell'ospedale	<input type="checkbox"/> Sì (quali) _____ <input type="checkbox"/> No
La tecnologia proposta è stata implementata in altri ospedali nazionali o a livelli internazionale	<input type="checkbox"/> Sì (quali) _____ <input type="checkbox"/> No

4. IMPATTO ECONOMICO

4.1 COSTI SORGENTI (stima annuale)

	Quantità	Euro
Costo unitario di acquisizione		
Costi strutturali		DA NON COMPILARE
Costi del personale aggiuntivo rispetto alla dotazione organica	n. _____ qualifica _____ _____	DA NON COMPILARE
Necessità di training specifico	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	DA NON COMPILARE
Strumentazione accessoria	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Specificare _____	
Manutenzione		DA NON COMPILARE
Materiali di consumo		
Rifiuti e smaltimento		
Altro		

4.2 COSTI CESSANTI (stima annuale)

	Quantità	Euro
Costo unitario di acquisizione		
Costi strutturali		DA NON COMPILARE
Costi del personale	n. _____	DA NON COMPILARE

	qualifica _____ _____	
Strumentazione accessoria		
Manutenzione		
Materiali di consumo		
Rifiuti e smaltimento		
Altro		

5. DOCUMENTAZIONE A SUPPORTO DELLA TECNOLOGIA PROPOSTA

5.1 DOCUMENTI ALLEGATI

HTA REPORT	<input type="checkbox"/> Lingua italiana <input type="checkbox"/> Lingua straniera _____
LINEE GUIDA	<input type="checkbox"/> Ministeriali <input type="checkbox"/> Regionali <input type="checkbox"/> Società scientifiche
NORMATIVA	<input type="checkbox"/> Nazionale <input type="checkbox"/> Regionale
STUDI SU EVIDENZA DI EFFICACIA	<input type="checkbox"/> Lingua Italiana n. citazioni _____ <input type="checkbox"/> Lingua Straniera n. citazioni _____
STUDI SU EVIDENZA DI EFFICIENZA	<input type="checkbox"/> Lingua Italiana n.citazioni _____ <input type="checkbox"/> Lingua Straniera n. citazioni _____

6. INFORMAZIONI PER L'EVENTUALE ACQUISTO

6.1 DITTE PRODUTTRICI/DISTRIBUTRICI (indicarne almeno tre)

1) 2) 3)

6.2 DITTE CHE COMMERCIALIZZANO

--

6.3 ESCLUSIVITA' DEL PRODOTTO (indicare sì nel caso in cui sussista la condizione indicata)

Il prodotto richiesto può essere fornito con requisiti tecnici e grado di perfezione richiesto solo ed esclusivamente dalla ditta indicata e non sono disponibili in commercio altri prodotti ugualmente idonei allo scopo.

Sì No

Il Responsabile della Struttura Proponente
