



AZIENDA SANITARIA LOCALE BR

Via Napoli, 8 – 72011 BRINDISI (Casale)

Cod. Fis. 01647800745

MODULO RICHIESTA DI NUOVA APPARECCHIATURA

PRESIDIO OSPEDALIERO	
UNITA' OPERATIVA RICHIEDENTE	
Centro di costo	
Telefono /E-mail	

Prima richiesta. Data _____

Richiesta successiva (data prima richiesta __/__/____)

APPARECCHIATURA RICHiesta	
MODELLO	

1. CARATTERISTICHE DELLA APPARECCHIATURA RICHiesta

1.1 DESCRIZIONE: _____

1.2 TIPOLOGIA DI ACQUISIZIONE

Acquisto Noleggio Service Leasing Donazione Comodato d'uso

1.3 PRIORITA' PER IL REPARTO

Alta Media Bassa

1.4 DESCRIZIONE DEL PROBLEMA CLINICO PER CUI VIENE PROPOSTA LA TECNOLOGIA _____ _____

- Incidenza _____
 Ambito territoriale _____

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
- Degenza ordinaria
- Day hospital/ day surgery
- Ambulatoriale
- Domiciliare
- Attività territoriale/distrettuale
- Indicazione clinica (Diagnosis code ICD 9 CM)
- Indicazione d'uso (Procedure code ICD 9 CM)
- Tipologia di impiego Monitoraggio
- Diagnostica
- Terapia
- Altro _____
- DRG collegati all'uso della tecnologia _____

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

- È un'innovazione tecnologica
- Sostituisce la seguente tecnologia:
 - N° Inventario: _____
 - Modello: _____
 - Produttore: _____
 - Anno di acquisto: _____
 - Ubicazione: _____
- Motivazioni della sostituzione
- Guasto non riparabile
- Obsolescenza
- Affidabilità (n. guasti fermo macchina ____)
- Rispondenza a normative sulla sicurezza
- Rispondenza a normative di accreditamento
- Rispondenza a linee guida
- Economia di gestione
- Indisponibilità ricambi in caso di fermo
- Indisponibilità materiale consumabile
- Integra la seguente tecnologia:
 - N° Inventario: _____
 - Modello: _____
 - Produttore: _____
 - Anno di acquisto: _____
 - Ubicazione: _____
- Descrivere i vantaggi del potenziamento
- Apparecchiatura necessaria per l'adeguamento ai requisiti autorizzativi
- 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

- Sì (descrivere in che modo) _____
 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

- Sì (quali) _____
 No

Effetti sui tempi di ricovero

- Sì (quali) _____
 No

Presenza di ostacoli di natura psicologica

- Sì (quali) _____
 No

2.1 EFFETTI SUGLI UTILIZZATORI

Rischio connesso alla tecnologia

- Sì (quale) _____
 No

Ostacoli all'utilizzo di natura culturale o professionale da parte degli operatori.

- Sì (quali) _____
 No

Tempi per il raggiungimento dell'efficienza prevista _____

3.IMPATTO ORGANIZZATIVO

3.1 ENTITA' DELLE PRESTAZIONI ANNUE EROGABILI

- Nr. Prestazioni attuali _____
 Nr prestazioni previste _____ Valorizzazione economica _____
 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

- Sì (quali) _____
- No

La tecnologia proposta può essere adattata all'interno dello scenario attuale

- Sì
- No

La tecnologia proposta avrà effetti su altri dipartimenti o altri servizi dell'ospedale

- Sì (quali) _____
- No

La tecnologia proposta è stata implementata in altri ospedali nazionali o a livelli internazionale

- Sì (quali) _____
- No

4. IMPATTO ECONOMICO

4.1 COSTI SORGENTI (stima annuale)

Costo unitario presunto di acquisizione _____

Eventuali costi strutturali per alloggiare la tecnologia _____

Costi del personale aggiuntivo rispetto alla dotazione organica n. _____ qualifica _____

Necessità di training specifico

- Sì
- No

Strumentazione accessoria

- Sì Specificare _____
- No

Manutenzione Dedicata

- Sì
- No

Materiali di consumo

- Sì
- No

Rifiuti e smaltimento

- Speciali sanitari
- Speciali ordinari
- Altro _____

4.2 COSTI CESSANTI Dovuti all'abbandono della vecchia tecnologia (stima annuale)

Costo unitario di acquisizione _____
Costi strutturali _____
Costi del personale n. _____ qualifica _____
Strumentazione accessoria _____
Manutenzione _____
Materiali di consumo _____
Rifiuti e smaltimento _____
Altro _____

5. DOCUMENTAZIONE A SUPPORTO DELLA TECNOLOGIA PROPOSTA

5.1 DOCUMENTI ALLEGATI

- HTA REPORT Lingua italiana/ straniera _____
- LINEE GUIDA Ministeriali Regionali Società scientifiche
- NORMATIVA Nazionale Regionale
- STUDI SU EVIDENZA DI EFFICACIA
Lingua Italiana n. citazioni _____
Lingua Straniera n. citazioni _____
- STUDI SU EVIDENZA DI EFFICIENZA
Lingua Italiana n.citazioni _____
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

Data _____

Il Responsabile della Struttura Proponente
