

MODULO UNICO AZIENDALE
RICHIESTA TECNOLOGIE SANITARIE

MODULO UNICO AZIENDALE
RICHIESTA TECNOLOGIE
SANITARIE

MODULO UNICO AZIENDALE RICHIESTA TECNOLOGIE SANITARIE

PROPONENTE	
ASSL: CAGLIARI	
P.O. SS TRINITA'	
U.O./Dipartimento/Ambulatorio Richiedente: RADIOLOGIA	Telefono: 0706095896
Centro di costo: RADIOLOGIA	Email: stefano.marcia@atssardegna.it
Responsabile: Dott. Stefano Marcia	

TIPO DI TECNOLOGIA <i>(indicare la categoria di appartenenza della tecnologia)</i>
<div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 10px;"> <div><input type="checkbox"/> Farmaci</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> Dispositivi medici</div> <div><input type="checkbox"/> Diagnostica per immagini</div> <div><input type="checkbox"/> Diagnostica di laboratorio</div> <div><input type="checkbox"/> Grandi apparecchiature*</div> </div>
<small>* esplicitare se: Mammografo, Angiografo, TC, RM, Robot Chirurgico, Gamma Camera, Acceleratore Lineare, Gamma Camera–TC, Pet-TC</small>

DESCRIZIONE DELLA TECNOLOGIA	
Denominazione	Sistema Cifoplastica percutanea Vessel-X® System – C.M.T. Inc.
Codice CND/ ATC	K010301 / 2039989 - P099001 / 232119/R
Per i Farmaci specificare forma farmaceutica e dosaggio	
Tipo di dispositivo medico	<input checked="" type="checkbox"/> D. lgs. 46/97 - Recepimento Direttiva 93/42/CEE (Dispositivi Medici) emendato col D. lgs. 37/2010 - Recepimento Direttiva 2007/47/CE <input type="checkbox"/> D. lgs. 507/92 – Recepimento Direttiva 90/385/CEE (Dispositivi Impiantabili Attivi) emendato col D. lgs. 37/2010 - Recepimento Direttiva 2007/47/CE

MODULO UNICO AZIENDALE RICHIESTA TECNOLOGIE SANITARIE

DESCRIZIONE DELLA TECNOLOGIA																																						
	<input type="checkbox"/> D. lgs. 332/2000 – Recepimento Direttiva 98/79/CE (Dispositivi medico-diagnostici in vitro) emendato col D. lgs. 37/2010 – Recepimento Direttiva 2007/47/CE																																					
Se dispositivo medico D. lgs. 46/97 indicare la relativa classe di rischio:	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input checked="" type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III																																					
<p>Per le Apparecchiature biomediche specificare accessori e materiale di consumo necessari per l'utilizzo previsto:</p> <p>Accessori:</p> <p><input type="checkbox"/> SI Infungibile: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">Descrizione</th> <th style="width: 20%;">Quantità</th> <th style="width: 40%;">Costo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">TOTALE</td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <p>Materiale di consumo:</p> <p><input type="checkbox"/> SI Infungibile: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">Descrizione Materiale</th> <th style="width: 20%;">Quantità annua</th> <th style="width: 40%;">Costo annuo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">TOTALE</td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>			Descrizione	Quantità	Costo													TOTALE			Descrizione Materiale	Quantità annua	Costo annuo													TOTALE		
Descrizione	Quantità	Costo																																				
TOTALE																																						
Descrizione Materiale	Quantità annua	Costo annuo																																				
TOTALE																																						

DESCRIZIONE DELLA RICHIESTA		
La tecnologia richiesta è prevista tra i requisiti per l'accreditamento?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>

MODULO UNICO AZIENDALE RICHIESTA TECNOLOGIE SANITARIE

DESCRIZIONE DELLA RICHIESTA		
La tecnologia richiesta garantisce l'erogazione delle cure comprese nei L.E.A.?	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Motivazione della richiesta	<div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <div><input type="checkbox"/> Sostituzione bene (Compilare ALLEGATO 1)</div> <div><input type="checkbox"/> Tecnologia Innovativi Nuova Introduzione (Compilare ALLEGATO 2)</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> Tecnologia Infungibile (Compilare ALLEGATO 3)</div> <div><input type="checkbox"/> Potenziamento Tecnologica (Compilare ALLEGATO 4)</div> <div><input type="checkbox"/> Altro:</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div> </div>	
Livello di priorità della richiesta	<div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <div><input checked="" type="checkbox"/> Alta (essenziale per garantire la funzionalità dell'U.O. in condizioni di sicurezza; essenziale per l'accreditamento)</div> <div><input type="checkbox"/> Media (maggiore efficienza non risulta vantaggiosa la riparazione/adeguamento dell'esistente)</div> <div><input type="checkbox"/> Bassa (l'investimento è assicurato a garantire opzionali condizioni operative)</div> </div>	

**MODULO UNICO AZIENDALE
RICHIESTA TECNOLOGIE INNOVATIVE
(NUOVE INTRODUZIONI)**

ALLEGATO 2

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

1. Se tecnologia da sostituire “Allegato 1”
2. Se tecnologia/bene innovativo Nuova Introduzione “Allegato 2”
3. Se tecnologia/bene infungibile “Allegato 3”

IL MODULO DEVE ESSERE TRASMESSO AI SEGUENTI INDIRIZZI

- Nel caso di tecnologia di cui al punto 1 la richiesta deve essere inviata solo a
sc.ingegneriaclinica@atssardegna.it
- Nel caso di tecnologia rientrante al punto 2. la richiesta deve essere inviata agli indirizzi:
sc.techno.assessment@atssardegna.it
sc.ingegneriaclinica@atssardegna.it
e deve essere approvata anche dalla Direzione D’Area Socio Sanitaria Locale.
- Nel caso di tecnologia rientrante al punto 3. la richiesta deve essere inviata agli indirizzi:
sc.techno.assessment@atssardegna.it
sc.ingegneriaclinica@atssardegna.it
infungibili@atssardegna.it

ALLEGATO 3: “MODULO UNICO AZIENDALE RICHIESTA TECNOLOGIE INFUNGIBILI”

**MODULO UNICO AZIENDALE
RICHIESTA TECNOLOGIE INNOVATIVE
(NUOVE INTRODUZIONI)**

ALLEGATO 2

La tecnologia migliora:

- ☒ La sicurezza
- ☒ Gli esiti
- ☒ La *compliance*
- ☒ Gli aspetti organizzativi della gestione della malattia
- ☒ I servizi sanitari connessi al management della malattia

Mini-HTA delle Tecnologie

Tutte le informazioni inserite nel report di mini-HTA devono essere documentate

INFORMAZIONI SULLA CONOSCENZA DOCUMENTATA

Indicare come è stata effettuata la revisione della letteratura pertinente la tecnologia richiesta, la qualità delle informazioni/dati/studi, inclusi il materiale aggiuntivo (registri locali, dati di attività, etc.)

Lo scrivente è riconosciuto come opinion leader a livello internazionale sull'argomento essendo stato invited speaker ai seguenti congressi internazionali: CIRSE MEETING (Copenhagen, Dan, 2017)

ESNR (European Society of NeuroRadiology)- HQ Interventional Spine Neuro course (Catania, ITA, 2017)

ESNR MEETING (Belgrade, SER, 2016) ESNR Spine Week Course (Geneve, SWI, 2016) Sicily Spine, (Catania, ITA, 2015) ESNR MEETING (Napoli, ITA, 2015) Update Vertebroplastie Kyphoplastie (Marburg, GER, 2014)

Ha inoltre pubblicato lavori sull'argomento su riviste con elevato IF. Di conseguenza, è documentato ed aggiornato sulla letteratura (pubmed, cochrane, imbase).

Lista dei riferimenti bibliografici più significativi a supporto della richiesta di nuova tecnologia

1. B. Darwono , Vesselplasty: a novel concept of percutaneous treatment for stabilization and height restoration of vertebral compression fractures. J. Musculoskelet. Res. 11 (2008) 71 – 79 .
2. A.B. Darwono , Vesselplasty as an alternative to kyphoplasty: a preliminary report , Triennial APOA meeting , Kuala Lumpur, Malaysia , 2004; September 5-10.
3. A.B. Darwono , Surgical technique of vertebroplasty and vesselplasty , 13th APOA Spine Surgery Course , Coimbatore, India , 2007; March 8– 11.
4. A.B. Darwono , Vesselplasty as an alternative to Kyphoplasty: a new concept , 2nd CAMISS congress , Changsha, Hunan, PRChina , 2007; June 17.
5. A.B. Darwono , Vesselplasty as an alternative to kyphoplasty: 2 years follow-up study , 7 th PASMISS Congress , Qeongju, SouthKorea , 2007; August 17.
6. A.B. Darwono Vesselplasty , A new concept to treat vertebral compression fractures: 3 years follow-up study , 1st Panhellenic Congress , Athens, Greece , 2007; September 21.
7. P. Galibert , H. Deramond , P. Rosat , et al., Preliminary note on the treatment of vertebral angioma by percutaneous acrylic vertebroplasty , Neurochirurgie 33 (1987) 166 – 168 .
8. A. Gangi , S. Guth , J.P. Imbert , et al., Percutaneous vertebroplasty: indications, technique, and results , Radiographics 23 (2003) 10 .
9. O. Johnell , J. Kanis , A. Oden , et al., Mortality after osteoporotic fractures , Osteoporos. Int. 15 (2001) 35 – 42 .
10. D.M. Kado , M.H. Huang , A.S. Karlamangla , et al., Hyperkyphotic posture predicts mortality in older community-dwelling men and women: a prospective study , J. Am. Geriatr. Soc. 52 (2004) 1662 – 1667 .
11. C. Kasperk , J. Hillmeier , G. Noldge , et al., Treatment of painful vertebral fractures by kyphoplasty in patients with primary osteoporosis: a prospective nonrandomized controlled study , J. Bone Miner. Res. 20 (2005) 604 – 612 .
12. J.T. Ledlie , M.B. Renfro , Kyphoplasty treatment of vertebral fractures: 2-year outcomes show sustained benefits , Spine 31 (2006) 57 – 64 .

13. I.H. Lieberman , S. D udeney, M.K. Reinhardt, et al., Initial outcome and efficacy of “kyphoplasty” in the treatment of painful osteoporotic vertebral compression fractures , Spine 26 (2001) 1631 – 1638 .
14. M.E. Majd , S. Farley , R.T. Holt , Preliminary outcomes and efficacy of the first 360 consecutive kyphoplasties for the treatment of painful osteoporotic vertebral compression fractures , Spine J. 5 (2005) 244 – 255 .
15. D.B. Moreland , M.K. Landi , W. Grand , Vertebroplasty: techniques to avoid complications , Spine J. 1 (2001) 66 – 71 .
16. D.A. Nussbaum , P. Gailloud , K. Murphy , A review of complications associated with vertebroplasty and kyphoplasty as reported to the Food and Drug Administration medical device related website , J. Vasc. Interv. Radiol. 15 (2004) 1185 – 1192 .
17. R.D. Rao , M.D. Singrakhia , Painful osteoporotic vertebral fracture. Pathogenesis, evaluation, and roles of vertebroplasty and kyphoplasty in its management , J. Bone Joint Surg. Am. 85-A (2003) 2010 – 2022 .
18. J. Cauley , D. Thompson , K. Ensrud , et al., Risk of mortality following clinical fractures , Osteoporos. Int . 11 (2000) 556 – 561 .
19. W. Cockerill , M. Lunt , A. Silman , et al., Health-related quality of life and radiographic vertebral fracture , Osteoporos. Int . 15 (2004) 113 – 119 .

DIMENSIONI DI VALUTAZIONE

Quando si descrivono i risultati della valutazione all'interno delle Dimensioni di seguito indicate, comparare i risultati a quelli del/dei comparatori maggiormente rilevanti.

DIMENSIONE 1: RILEVANZA GENERALE DELLA PATOLOGIA E CARATTERISTICHE TECNICHE DELLA TECNOLOGIA PROPOSTA

Descrizione della patologia (condizione/malattia), della popolazione target (età, genere, numero pazienti anno) e della destinazione d'uso (prevenzione, screening, diagnosi, riabilitazione, etc.)

La Radiologia Interventistica ha consolidato negli anni un ruolo di primaria importanza nel trattamento delle fratture vertebrali traumatiche, osteoporotiche e neoplastiche. La PVP, eseguita per la prima volta in Francia nel 1984, consiste nell'iniezione di un cemento osseo, mediante un ago posizionato sotto guida fluoroscopica o TC, all'interno del corpo vertebrale fratturato, allo scopo di ottenere simultaneamente un effetto antalgico e consolidativo. La BKP, introdotta nel 1997, prevede la riespansione del corpo vertebrale fratturato mediante l'insufflazione di un palloncino per ciascun emisoma, prima dell'iniezione del cemento osseo. I sistemi di VA rappresentano l'evoluzione della cifoplastica e prevedono la riespansione del soma mediante sistemi metallici, o stent-balloon-expandible che poi vengono impiantati nel corpo vertebrale stesso. Le VCF che possono avere indicazione al trattamento percutaneo con vertebroplastica, cifoplastica o augmentation vertebrale sono quelle di tipo A (A1, A2, A3) secondo la classificazione di Magerl oppure quelle da A0 a A4 secondo AOSpine. Negli ultimi anni si sono sviluppati diversi sistemi di VA, quali evoluzione della stessa BKP.

**MODULO UNICO AZIENDALE
RICHIESTA TECNOLOGIE INNOVATIVE
(NUOVE INTRODUZIONI)****ALLEGATO 2**

Descrivere la tecnologia proposta e indicarne l'utilizzo

Sistema indicato nella stabilizzazione di fratture da compressione vertebrale (VCF Vertebral Compression Fracture), dovute ad osteoporosi, trauma o tumori del corpo vertebrale ed emangiomi vertebrali sintomatici. Il Sistema stabilisce un forte vincolo fra il cemento e le Trabecole Vertebrali grazie all'effetto dell'interdigitazione che si ottiene per mezzo della fuoriuscita del cemento dalla trama dell'impianto durante l'espansione senza causare leakage (fuoriuscita di materiale riempitivo dell'osso dalla vertebra). E un Impianto Biocompatibile con parti in lega di Titanio (6 4 Ti Al V) e in Polietilene Tereftalato (PET). Il doppio strato del PET ha trama Woven, non è stressabile e ha una porosità compresa tra 80-100 m. Il sistema è disponibile con misure di 20-25-30 mm e nelle versioni monoportale o biportale. Possibilità di essere sottoposti a trattamento percutaneo anziché chirurgico di stabilizzazione, mini-invasività con riduzione dei tempi di degenza

Indicare il motivo per cui la tecnologia proposta rappresenta un'alternativa o un trattamento aggiuntivo rispetto alle tecnologie usate nella pratica clinica abituale

DIMENSIONE 2: EFFICACIA CLINICA E SICUREZZA DEL PAZIENTE

Sintesi degli effetti in merito all'efficacia clinica della tecnologia richiesta rispetto ai comparatori (mortalità, severità e/o recidiva della patologia, trattamento, etc.)

Alta percentuale di successo (85%) e bassa di complicità, peraltro minori. Non preclude un successivo intervento chirurgico.

Sintesi degli effetti in merito alla sicurezza e ai potenziali eventi avversi della tecnologia richiesta rispetto ai comparatori (mortalità, morbidità, severità e/o recidiva della patologia, complicanze, durata ricovero, etc.)

Outcome superiore rispetto alla stabilizzazione chirurgica con barre e viti ed alla terapia conservativa.

Inoltre, riduzione dei tempi di degenza e dei costi legati alla sala operatoria

DIMENSIONE 3: IMPATTO ECONOMICO-ORGANIZZATIVO

Descrivere eventuali costi aggiuntivi e/o risparmiati per l'ospedale connesso alla nuova introduzione e le implicazioni quantitative in termini di rimborsi (p.e. mobilità passiva, durata degenza, visite ambulatoriali, DRG, etc.) Descrivere le implicazioni organizzative per l'azienda connesse all'introduzione della nuova tecnologia

Possibilità di essere sottoposti a trattamento percutaneo anziché chirurgico di stabilizzazione, mini-invasività con riduzione dei tempi di degenza e, di conseguenza, di recupero (pressoché immediato). Costi ridotti per la

**MODULO UNICO AZIENDALE
RICHIESTA TECNOLOGIE INNOVATIVE
(NUOVE INTRODUZIONI)****ALLEGATO 2**

possibilità di eseguire la procedura in DH (minore degenza, risparmio dei costi di sala operatoria) e tempi di recupero più rapidi, con minore impatto sociale in termini di qualità di vita ed assenza dal lavoro. Può inoltre essere utilizzato per trattamento multilivello in quanto con lo stesso device è possibile trattare più livelli senza costi aggiuntivi Procedura già consolidata in un centro unanimemente riconosciuto all'avanguardia nel panorama internazionale, come attestato dalle pubblicazioni scientifiche

Regime assistenziale di erogazione della prestazione:

Degenza ordinaria ☐ DH ☒

Diagnosi principale (ICD 9 CM): 73313 FRATTURA PATOLOGICA DELLE VERTEBRE

Diagnosi secondaria (se applicabile) (ICD 9 CM): 733.00 Osteoporosi non specificata
Deformità a cuneo del corpo vertebrale SAI; 733.81 Viziosa saldatura di frattura

Intervento principale (ICD 9 CM): 8166 CIFOPLASTICA PERCUTANEA

Intervento secondario (se applicabile) (ICD 9 CM):

DRG: 233-234

Numero prestazioni/anno previste: 30±50%

Ambulatoriale ☐

Codici identificativi delle prestazioni: _____

Numero prestazioni/anno previste: _____

Forma di acquisizione proposta (se si conosce):

☒ Acquisto☐ Noleggio☐ Service☐ Partenariato Pubblico Privato☐ Altro

Specificare _____

Costo unitario di acquisizione/canone annuale: 135000€

**MODULO UNICO AZIENDALE
RICHIESTA TECNOLOGIE INNOVATIVE
(NUOVE INTRODUZIONI)**

ALLEGATO 2

Indicare la tipologia di finanziamento proposta, se si conosce (specificare tipologia e importo):

- | | |
|--|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Fondi propri | Specificare _____ |
| <input type="checkbox"/> Finanziamento regionale | Specificare _____ |
| <input type="checkbox"/> Donazione | Specificare _____ |
| <input type="checkbox"/> Progetti finalizzati | Specificare _____ |
| <input type="checkbox"/> Altro | Specificare _____ |

Se trattasi di apparecchiatura biomedica indicare gli aspetti attinenti:

☐ Manutenzione periodica:

Tecnologia	Quantità annua	Costo annuo
Descrizione Materiale	Quantità annua	Costo annuo
TOTALE		

☐ Logistica:

Intervento*	Quantità annua	Costo annuo
TOTALE		

* Es. necessità di spazi aggiuntivi, opere murarie, opere di cablaggio.

**MODULO UNICO AZIENDALE
RICHIESTA TECNOLOGIE INNOVATIVE
(NUOVE INTRODUZIONI)**

ALLEGATO 2

Per tutte le richieste indicare le risorse umane utilizzatrici della tecnologia:

Qualifica	Presente SI/NO	Quantità	Costo formazione**	Costo lordo nuova assunzione
DIRIGENTE MEDICO	SI	3	Già formati	
INFERMIERI	SI	7	Già formati	
TSRM	SI	3	Già formati	
TOTALE				

** da compilare se vi è necessità di training specifico

DIMENSIONE 4 : ASPETTI STRATEGICI : IMPLICAZIONI ETICHE, LEGALI, SOCIALI

Indicare eventuali altri aspetti rispetto ai comparatori, quali condizioni specifiche per l'utilizzo della tecnologia (p.e. regime assistenziale, esigenze di monitoraggio del paziente e di trattamenti concomitanti), percezione del paziente (soddisfazione, *compliance*, *empowerment*), implicazioni strategiche, legali (p.e. marchiatura CE, approvazione FDA), fattori di influenza quali eticità, dinamiche familiari, etc.

Possibilità di eseguire la procedura in DH ed in anestesia locale, con soddisfazione del paziente che sempre più spesso richiede di evitare la chirurgia open. Questo consente un impatto psicologico migliore nei confronti del paziente e dei familiari.

APPROVATO CE

Indicare se la tecnologia proposta è stata introdotta in altri ospedali italiani o a livello internazionale, suggerita da organismi sanitari nazionali, da società scientifiche, da associazioni mediche e, in caso affermativo, indicare l'istituzione e il tipo di documento (Linee guida, raccomandazioni etc.)

(Per brevità vengono citati solamente quelli più rappresentativi):

Radiologia PO Perugia

Neuroradiologia PO Le Scotte Siena

Ortopedia PO Martina Franca Taranto

Ortopedia PO Castellaneta Taranto

Radiologia Clinica Guarnieri Roma

Ortopedia Clinica Ars Medica Roma

inoltre il sistema viene utilizzato in PO situati in Francia, Germania, Belgio, Olanda, Spagna e Portogallo.

**MODULO UNICO AZIENDALE
RICHIESTA TECNOLOGIE INNOVATIVE
(NUOVE INTRODUZIONI)**

ALLEGATO 2

Linee guida in via di stesura da parte della società italiana di Neuroradiologia con il coordinamento da parte dello scrivente

Indicare eventuali altre tecnologie associate all'utilizzo della tecnologia richiesta (prodotti farmaceutici, dispositivi medici e procedure), trattamenti concomitanti, test concomitanti, monitoraggio e indagini:

Tipologia	Descrizione	Codice
Farmaci		ATC
Dispositivi medici		CND
Procedure		ICD (ove applicabile)

TRASMISSIONE ALLE VARIE DD.MM DEI PP.OO E/O DI DISTRETTO (specificare i destinatari della trasmissione e chi abbia eventualmente aderito alla richiesta e i fabbisogni complessivi ripartiti per Area Socio Sanitaria):

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.

VAGLIO DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO/DISTRETTI

**MODULO UNICO AZIENDALE
RICHIESTA TECNOLOGIE INNOVATIVE
(NUOVE INTRODUZIONI)**

ALLEGATO 2

VAGLIO DIREZIONE D'AREA SOCIO SANITARIA LOCALE DI RIFERIMENTO

Livello di priorità della richiesta della Direzione D'Area Socio Sanitaria Locale	<input type="checkbox"/> Alta (essenziale per garantire la funzionalità dell'U.O. in condizioni di sicurezza; essenziale per l'accreditamento) <input type="checkbox"/> Media (maggiore efficienza non risulta vantaggiosa la riparazione/adeguamento dell'esistente) <input type="checkbox"/> Bassa (l'investimento è assicurato a garantire opzionali condizioni operative)
---	---

Data 7/06/2021

Firma