**Alla Direzione Strategica**

**Introduzione**

**1. Chi è il proponente?**

|  |  |
| --- | --- |
| *Dati della Struttura* | *Specificare* |
|  |  |  |
|  | Presidio Ospedaliero |  |
|  |  |  |
|  | Dipartimento Sanitario |  |
|  |  |  |
|  | Distretto Sanitario  |  |
|  |  |  |
|  | Unità Operativa Complessa |  |
|  |  |  |
|  | Singolo soggetto |  |

|  |
| --- |
| *Dati del proponente*  |
| **nome** | **cognome** |
| **Telefono/fax** | **email** |

|  |
| --- |
| **2. Chi sono i soggetti coinvolti nella proposta?** *Spesso è vantaggioso poter discutere una proposta con la commissione farmaci, con la commissione dispositivi medici, con altri dipartimenti interessati o in forum specifici. Indicare con chi è stata discussa la proposta e, se del caso, riportare sommariamente le conclusioni* |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**La Tecnologia**

|  |
| --- |
| **3. Quale è il nome e il destinatario della tecnologia sanitaria?** *Indicare lo specifico oggetto della richiesta - es. un nuovo farmaco per un determinato gruppo di Pazienti* |
|  |
|  |
|  |
| **4. Per quali indicazioni la tecnologia sarà usata?** *Specificare per quale indicazione la tecnologia verrà utilizzata (per esempio, diagnosi o procedura)* |
|  |
|  |
|  |
| **5. In che modo la tecnologia risulta innovativa rispetto alla pratica in uso?** *Una nuova tecnologia, in genere, sostituisce un’altra. Indicate in che modo la proposta è nuova rispetto alla pratica in uso e se esistono altre alternative ad essa. Effettuate una valutazione dei vantaggi e degli svantaggi con la pratica in uso ed ogni altra alternativa* |
|  |
|  |
|  |
| **6. E’ stata effettuata un'analisi della letteratura (dal Dipartimento o da altri soggetti interni****alla struttura)?** *Un HTA dovrebbe essere basato su conoscenze documentate. Una valutazione dell’evidenza si deve**basare sulla ricerca della letteratura/prove disponibili* |
|  |
|  |
| **7. Identificare le evidenze più rilevanti e valutarne la forza.** *La documentazione sugli effetti della tecnologia dovrebbe essere basata sulle evidenze disponibili e di più alto livello. Può essere usato, a tale scopo, uno strumento specifico per valutare il livello dell'evidenza* |
|  |
|  |
|  |
| **8. Quale è l’effetto della tecnologia per il paziente in termini di diagnosi, trattamento, cura,****riabilitazione e prevenzione?** *Preparare una breve sintesi delle più importanti conclusioni delle referenze sopra citate (es. l’effetto della tecnologia su mortalità, morbilità, capacità funzionale, qualità della vita ecc. del paziente* |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **9. La tecnologia implica qualche rischio, effetti avversi o altri eventi avversi?** *I rischi e gli effetti avversi dovrebbero essere valutati in relazione ai benefici. Questi svantaggi devono essere comparati con quelli della pratica corrente e di ogni alternativa* |
|  |
|  |
|  |
| **10. Esistono studi in corso sugli effetti della tecnologia in altri ospedali in Italia o all’estero?***Indicare gli studi in corso sulla tecnologia oggetto di valutazione*  |
|  |
|  |
|  |
| **11. La tecnologia è stata segnalata e/o prevista da organismi sanitari nazionali, da società scientifiche, da associazioni mediche, ecc.? Se SI , indicate l’istituzione.** *Indicare le istituzioni che hanno segnalato la tecnologia e le raccomandazioni*  |
|  |
|  |
|  |
| **12. La tecnologia è stata precedentemente richiesta o visionata?** *Indicare se l’uso della tecnologia è stato già sperimentato (su cosa, dove e quando) e, se rifiutato l'uso, indicare le ragioni di esclusione* |
|  |
|  |
|  |

**Il Paziente**

|  |
| --- |
| **13. La tecnologia ha implicato considerazioni etiche o psicologiche?** *Indicare gli aspetti etici e psicologici della tecnologia. Occorre chiarire se la tecnologia potrebbe influenzare gli aspetti psicologici del paziente (insicurezza, disagio, ansia). La valutazione deve essere messa in relazione alla pratica corrente e ad ogni alternativa* |
|  |
|  |
|  |
| **14. Ci si aspetta che la tecnologia abbia influenza sulla qualità della vita del paziente, sulla****situazione sociale o lavorativa?** *Indicare se – e, se si, come - la qualità della vita del paziente, la situazione sociale o lavorativa possono essere influenzate dalla tecnologia. La valutazione deve essere messa in relazione alla pratica corrente e ad ogni alternativa* |
|  |
|  |
|  |

**L’Organizzazione**

|  |
| --- |
| **15. Quali sono gli effetti della tecnologia sullo staff in termini di informazione, training o****ambiente di lavoro?** *Indicare gli aspetti relativi al personale conseguenti all'introduzione della tecnologia, compreso quale gruppo di lavoro può essere influenzato dall’implementazione della tecnologia. Le possibili conseguenze devono essere indicate in relazione alle necessità di informare, formare e condizionare l’ambiente di lavoro* |
|  |
|  |
|  |
| **16. Descrizione della gestione del personale da destinare all’utilizzo della tecnologia** (*n° operatori; qualifica e professionalità che si intende impiegare e specificare le ore/die per gg/settimana previste per l’uso della tecnologia)* |
|  |
|  |
|  |
| **17. La tecnologia può inserirsi nell’attuale contesto?** *Ai fini della programmazione indicare se la proposta può essere inserita nel contesto attuale. Se no, indicare come ciò potrebbe essere risolto* |
|  |
|  |
|  |
| **18. Nel caso di attrezzature precisare l’ambiente o l’area nella quale saranno collocate con riferimento anche all’attuale utilizzazione dell’ambiente.** |
|  |
|  |
|  |
| **19. La tecnologia può incidere sulle funzioni di altri dipartimenti o servizi dell’ospedale?***Spesso una tecnologia può indurre cambiamenti organizzativi nella collaborazione tra la struttura del proponente e le altre. Se questo è il caso, indicare in che modo ci si aspetta di influenzarla. Può trattarsi di un cambiamento nel modo di collaborare, dei carichi di lavoro, ecc.* |
|  |
|  |
|  |
| **20. Come la tecnologia incide nella collaborazione con altri ospedali, regioni, altri settori****primari ecc. (per esempio, in relazione alla richiesta di cambiamenti di percorsi di cura)?***La tecnologia spesso incide nella collaborazione con altri settori. Indicare i cambiamenti nei percorsi di cura, compreso il percorso degli esami preliminari, del trattamento e del ciclo post trattamento modo ci si aspetta di influenzarla. Può trattarsi di un cambiamento nel modo di collaborare, dei carichi di lavoro, ecc.* |
|  |
|  |
|  |
| **21. Quando la tecnologia può essere implementata?** *Ai fini della programmazione, indicare quando la tecnologia può essere implementata* |
|  |
|  |
|  |
| **22. La tecnologia è stata implementata in altri ospedali in Italia o all’estero?** *Ai fini della programmazione, indicare se la tecnologia è stata implementata – o si prevede di implementarla - in altre strutture. A seconda della natura della tecnologia può essere rilevante spiegare perché si considera necessario un maggiore decentramento* |
|  |
|  |
|  |

**L’Aspetto Economico**

|  |
| --- |
| **23. Entità delle prestazioni annue previste** *(indicare, per ogni ambito di intervento, la stima del numero dei pazienti che verranno sottoposti all’uso della tecnologia richiesta e descrivere la modalità ed i criteri utilizzati per la valorizzazione economica complessiva)* |
|  | **numero** | **valorizzazione economica complessiva** |
| **Per pazienti ricoverati in ric. ordinario** |  |  |
| **Per pazienti ricoverati in DH/day surgery** |  |  |
| **Per pazienti ambito territoriale** |  |  |
| **Altro (convenzioni)** |  |  |
| **Prevenzione** |  |  |

|  |
| --- |
| **24. Costi sorgenti (stima annuale)** |
|  | **quantità** | **euro** |
| **Costo unitario di acquisizione** |  |  |
| **Strutturali** |  | **DA NON COMPILARE** |
| **Personale (si intende aggiuntivo rispetto alla dotazione organica)** | **n. \_\_\_\_****qualifica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **DA NON COMPILARE** |
| **Necessità di training specifico** | **SI NO****Se SI n° operatori \_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **DA NON COMPILARE** |
| **Strumentazione accessoria** | **SI NO****Specificare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |
| **Manutenzione** |  | **DA NON COMPILARE** |
| **Materiali di consumo** |  |  |
| **Rifiuti e smaltimento** |  |  |
| **Altro** |  |  |

|  |
| --- |
| **25. Costi cessanti ( stima annuale)** |
|  | **quantità** | **euro** |
| **Costo unitario di acquisizione** |  |  |
| **Strutturali** |  | **DA NON COMPILARE** |
| **Personale** | **n. \_\_\_\_****qualifica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **DA NON COMPILARE** |
| **Strumentazione accessoria** |  |  |
| **Manutenzione** |  |  |
| **Materiali di consumo** |  |  |
| **Altro** |  |  |

|  |
| --- |
| ***ALTRI COMMENTI*** |
|  |
|  |
|  |
|  |

*Data Firma*