**Riesame dei criteri di efficacia, appropriatezza ed economicità (EAE) di una prestazione ammessa e rimborsata dall’assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie**

**Presentazione del tema**

Titolo del tema

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Richiedente** | |
| **1.1 Richiedente**  Istituzione / organizzazione / azienda  Cognome, nome  Indirizzo postale  N. di telefono  E-mail: |  |
| **1.2 Persona di contatto**  Istituzione / organizzazione / azienda  Cognome, nome  Indirizzo postale  N. di telefono  E-mail: |  |

Compilare il formulario in modo possibilmente esauriente.

|  |
| --- |
| **2. Prestazione da riesaminare** |
| **2.1 Descrizione della patologia/indicazione** (contesto medico, incidenza/prevalenza, sintomi, diagnosi ecc.) |
| **2.2 Descrizione della prestazione da riesaminare** (inclusa la posizione tariffale Tarmed o il codice DRG/ATC) |
| **2.3 Alternative** (inclusa la posizione tariffale Tarmed o il codice DRG/ATC, l’assenza d'interventi è un'alternativa possibile) |
| **2.4 Dati quantitativi sulla prestazione oggetto del riesame** (numero di confezioni vendute, numero di procedure effettuate ecc. all’anno) |
| **2.5 Costi della prestazione oggetto del riesame** (all’anno) |
| **2.6 I costi annui stimati per prestazioni alternative sono:**  superiori  uguali  inferiori |

|  |
| --- |
| **3. Motivi del riesame** |
| Fornire o allegare una breve motivazione e i relativi riferimenti (p. es. studi, rapporti HTA, metaanalisi, revisioni sistematiche, linee guida cliniche, raccomandazioni di associazioni di categoria, dichiarazioni di esperti). |
| **Efficacia** contestata o assente  Motivazione:  Riferimenti: |
| **Sicurezza** contestata o assente  Motivazione:  Riferimenti: |
| **Economicità** contestata o assente  Motivazione:  Riferimenti: |
| **Altri motivi** (p. es. etici, sociali, giuridici od organizzativi)  Motivazione:  Riferimenti: |
| **Quesito riepilogativo** |

|  |
| --- |
| **4. Misure proposte e possibili benefici** |
| **4.1 Misure proposte inerenti la prestazione oggetto della domanda** (sono possibili più opzioni)  Esclusione dall’AOMS  Limitazione delle indicazioni rimborsate  Limitazione a fornitori di prestazioni qualificati espressamente indicati  Altre  Descrizione / motivazione: |
| **4.2 Beneficio atteso delle misure proposte al punto 4.1** (sono possibili più opzioni)  Aumento della sicurezza  Miglioramento della qualità dellʼassistenza  Diminuzione dei costi pari a ………………. franchi annui  Altri  Descrizione / motivazione: |

|  |
| --- |
| **5. PICO** |
| Rappresentazione del quesito per mezzo dello schema PICO (popolazione/pazienti – intervento – comparatore – outcome)  **P:**  **I:**  **C:**  **O:** |

|  |
| --- |
| **6. Osservazioni** |
|  |

|  |
| --- |
| **7. Confidenzialità dei dati** |
| Nel seguito della procedura, le informazioni contenute in questo formulario saranno messe a disposizione dei collaboratori dell’UFSP, delle associazioni dei portatori d’interesse nel quadro della consultazione sulla priorizzazione dei temi, dei membri delle CFPF, CFAMA, CFM ed eventualmente di esperti esterni dell’UFSP, che l’Ufficio riterrà di coinvolgere nell’ambito della plausibilizzazione dei formulari sui temi. Queste persone sono evidentemente obbligate a trattare in via confidenziale le informazioni ricevute nel quadro della loro attività.  Il richiedente acconsente a che tutti i dati contenuti nel presente formulario siano inoltrati ai servizi summenzionati con l’obbligo di trattarli in via confidenziale  Il richiedente domanda che i dati seguenti non vengano inoltrati a servizi esterni all’UFSP e alle commissioni federali interessate:  Dati di cui al numero .... |

|  |
| --- |
| **8. Allegati e riferimenti** |
|  |

|  |
| --- |
| **9. Data e firma** |
| Luogo, data ......................................................... Firma: |

Il formulario deve essere inviato, per via elettronica o eventualmente in forma cartacea, a:

E-Mail: hta@bag.admin.ch

Ufficio federale della sanità pubblica UFSP

Unità di direzione Assicurazione malattia e infortunio

Divisione Prestazioni assicurazione malattia

3003 Berna