

Allegato B

PROCEDURA RICHIESTA DI AGGIORNAMENTO DEL NOMENCLATORE TARIFFARIO REGIONALE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Al fine di effettuare le specifiche richieste è stata predisposta una **Scheda di richiesta di aggiornamento** che prevede, per ogni proposta:

- un razionale fondato sulla medicina basata sull'evidenza (evidence-based medicine o EBM);
- la compilazione della griglia con le informazioni dettagliate richieste;
- la bibliografia di riferimento;

Ogni sezione dovrà essere compilata secondo i **criteri esplicativi** allegati alla Scheda di richiesta.

Iter procedurale:

La richiesta di aggiornamento deve essere effettuata utilizzando la Scheda allegata che dovrà essere trasmessa alla Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali. La stessa sarà sottoposta alla valutazione del gruppo di lavoro regionale costituito dai Direttori Sanitari delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione che semestralmente, anche con il contributo di medici delle diverse specialità, in caso di valutazione positiva, proporrà l'aggiornamento ai competenti organi regionali per l'emanazione dell'apposito atto amministrativo.

SCHEMA RICHIESTA DI AGGIORNAMENTO DEL NOMENCLATORE TARIFFARIO REGIONALE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Barrare la casella in relazione al tipo di proposta che si intende effettuare:

- Assimilazione:** si propone di aggiungere una prestazione all'interno del campo *Descrizione* di una prestazione esistente nel Nomenclatore Tariffario Regionale in vigore, della quale si adotta, quindi, stesso *Codice* e *Tariffa*
- Introduzione:** si propone di introdurre una nuova prestazione per la quale si renderà necessario definire *Codice*, *Nota*, *Descrizione*, *Branca* e *Tariffa*
- Eliminazione:** si propone di eliminare una prestazione prevista dal Nomenclatore Tariffario Regionale in vigore
- Modifica:** si propone di apportare una modifica ad una prestazione esistente nel Nomenclatore Tariffario Regionale in vigore relativamente alla *Descrizione*
- Tariffa:** si propone di modificare l'importo (*Tariffa*) relativo ad una prestazione del Nomenclatore Tariffario Regionale in vigore
- Accorpamento:** si propone di accoppare due o più prestazioni (presenti nel Nomenclatore Tariffario Regionale o di nuova introduzione), in relazione a profili di trattamento predefiniti, definendone *Codice* e *Tariffa*

A. Razionale:

B. Griglia:

CODICE	NOTA	DESCRIZIONE	BRANCHE	TARIFFA

C. Bibliografia di riferimento:

D. Determinazione dei costi attraverso una stima del personale, T/h, materiali e attrezzature utilizzati per l'esecuzione della prestazione.*

* è consigliabile rivolgersi alla propria struttura di Controllo gestione per reperire le informazioni necessarie al fine di giungere ad una valutazione oggettiva del costo della prestazione.

CRITERI PER L'AGGIORNAMENTO DEL NOMENCLATORE TARIFFARIO DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Nella Sezione A. **Razionale** esplicitare sinteticamente la *ratio* delle scelte effettuate:

- in caso di prestazione da **assimilare**, descriverne la motivazione tecnica o clinica tenendo in considerazione la tipologia della prestazione, la metodologia di esecuzione, la durata di effettuazione e l'analogia dell'indicazione clinica;
- in caso di prestazione da **introdurre**, la richiesta deve soddisfare i seguenti criteri:
 - prestazione di efficacia dimostrata (in accordo con le più recenti acquisizioni della EBM);
 - prestazione che risponde a criteri di appropriatezza di livello di erogazione;
 - prestazione che risponde a criteri di compatibilità economica ed organizzativa;
 - prestazione che dimostra il miglioramento dell'efficacia diagnostica e/o terapeutica rispetto all'esistente;
 - prestazione effettuata con nuove tecnologie già diffuse e di consolidata efficacia, in grado di permettere la contemporanea esecuzione di interventi diagnostici e terapeutici;
 - prestazione meno invasiva rispetto all'attuale e che comporti minori rischi per il paziente e conseguentemente maggiore accettabilità da parte dello stesso;
- in caso di prestazione di cui proporre l'**eliminazione**, riportarne sinteticamente le ragioni, in particolare se si tratta di prestazione:
 - priva di efficacia dimostrata secondo EBM;
 - superata da altre metodiche (ad es. per maggiore efficacia, per minori costi, per minore invasività, per maggiore accettabilità da parte del paziente, per maggiore facilità di esecuzione);
 - non in grado di garantire la sicurezza durante l'esecuzione;
- in caso di proposta di modificare la **descrizione** per una migliore chiarezza prescrittiva e di esecuzione;
- in caso di prestazione da **accorpare**, specificare nella motivazione se si tratta di:
 - prestazioni da accorpare che rispondono a criteri clinici da un lato e a criteri gestionali dall'altro;
 - prestazioni in serie ed erogabili in momenti successivi.

Compilazione della sezione **B. Griglia**:

Nel campo **Codice**:

- riportare il codice identificativo esistente nel caso la prestazione sia già presente nel Nomenclatore tariffario in vigore;
- nel caso venga introdotta una nuova prestazione, è necessario proporre il relativo codice tenendo presente, come riferimento per la definizione e la codifica delle singole prestazioni, la traduzione italiana dell'ICD-9-CM.

Nel campo **Nota**:

- indicare sia la sede di erogabilità che la necessità di specifiche linee guida clinico-diagnostiche, utilizzando i simboli di seguito elencati per le prestazioni di nuova introduzione:

R erogabili solo in ambulatori dotati di particolari requisiti

I nuovi inserimenti di prestazioni che la Regione Umbria ha deciso di erogare nel proprio territorio e che non sono presenti nel D.M. 22.7.96

H prestazioni erogabili in ambulatori situati presso istituzioni di ricovero ovvero ambulatori protetti

Nel campo **Descrizione**, ai fini della stesura delle descrizioni delle singole prestazioni, si raccomanda di avvalersi della simbologia di seguito riportata:

() le parentesi tonde includono termini descrittivi della prestazione che non implicano una variazione della scelta del codice

[] le parentesi quadre includono sinonimi o termini esplicativi e, per le prestazioni di laboratorio, la definizione del materiale nel quale si dosa l'analita

NAS "Non Altrimenti Specificato"

Escluso indica procedure o prestazioni che non sono comprese nella descrizione

Incluso raggruppa ulteriori specificazioni o esempi di prestazioni o procedure che devono intendersi comprese in quel codice

Nel campo **Branca** vanno indicate le branche specialistiche, di seguito elencate, che si intendono associare alla prestazione:

Codice Descrizione

01	ANESTESIA
02	CARDIOLOGIA
03	CHIRURGIA GENERALE
04	CHIRURGIA PLASTICA
05	CHIRURGIA VASCOLARE-ANGIOLOGIA
06	DERMOSIFILOPATIA
07	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDICINA NUCLEARE
08	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA
09	ENDOCRINOLOGIA
10	GASTROENTEROLOGIA-CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA
11	LABORATORIO DI ANALISI CHIMICO CLINICHE

12	MEDICINA FISICA E DI RIABILITAZIONE
13	NEFROLOGIA
14	NEUROCHIRURGIA
15	NEUROLOGIA
16	OCULISTICA
17	ODONTOSTOMATOLOGIA-CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE
18	ONCOLOGIA
19	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
20	OSTETRICIA E GINECOLOGIA
21	OTORINOLARINGOATRIA
22	PNEUMOLOGIA
23	PSICHIATRIA
24	RADIOTERAPIA
25	UROLOGIA
26	ALTRE PRESTAZIONI

Nel campo **Tariffa**, se la prestazione è di nuova introduzione, la proposta di una tariffa va effettuata considerando i parametri di riferimento riportati nella Sezione D - Determinazione dei costi.

Nella Sezione C. **Bibliografia** indicare la principale bibliografia di riferimento.