

**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 rationale 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.

## SCHEDA 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 accorpare 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	OTORINOLARINGOIATRIA
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.