

Regione Lazio

Atti della Giunta Regionale e degli Assessori

Deliberazione 28 dicembre 2023, n. 977

Definizione dei livelli massimi di finanziamento e dei criteri di assegnazione dei budget 2024, determinazione delle regole di remunerazione, modifica parziale della Disciplina giuridica dell'Accordo/Contratto ex art. 8 quinquies D. Lgs. 502/92 e s.m.i. approvato con DGR n. 695/2022, come modificato dalla DGR n. 310/2023 e approvazione schema di Addendum contrattuale 2024

OGGETTO: Definizione dei livelli massimi di finanziamento e dei criteri di assegnazione dei budget 2024, determinazione delle regole di remunerazione, modifica parziale della Disciplina giuridica dell'Accordo/Contratto ex art. 8 quinquies D. Lgs. 502/92 e s.m.i. approvato con DGR n. 695/2022, come modificato dalla DGR n. 310/2023 e approvazione schema di *Addendum contrattuale 2024*

LA GIUNTA REGIONALE

Su proposta del Presidente;

VISTI:

- lo Statuto della Regione Lazio;
- la legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 e s.m.i. recante *“Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale”*;
- il regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale 6 settembre 2002, n. 1 e s.m.i.;
- la legge 7 agosto 1990, n. 241 e s.m.i.;

VISTA per quanto riguarda i poteri la Deliberazione della Giunta regionale 25 maggio 2023 n. 234, con cui è stato conferito al Dott. Andrea Urbani l'incarico di Direttore della Direzione Regionale Salute e integrazione sociosanitaria, ai sensi del regolamento di organizzazione 6 settembre 2002, n. 1 e s.m.i.;

VISTI, per quanto riguarda le norme in materia di contabilità e di bilancio:

- il decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, recante: *“Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42”* e relativi principi applicativi, come modificato dal decreto legislativo 10 agosto 2014, n. 126;
- la legge regionale 12 agosto 2020, n. 11, recante: *“Legge di contabilità regionale”*;
- il regolamento regionale 9 novembre 2017, n. 26, recante: *“Regolamento regionale di contabilità”* che, ai sensi dell'articolo 56, comma 2, della L.R. n. 11/2020 e fino alla data di entrata in vigore del regolamento di contabilità di cui all'articolo 55 della L.R. n. 11/2020, continua ad applicarsi per quanto compatibile con le disposizioni di cui alla medesima L.R. n. 11/2020;
- la DGR n. 1178/2022 recante: *“Ricognizione nell'ambito del bilancio regionale delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del servizio sanitario regionale, ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D. Lgs n. 118 del 23 giugno 2011 e s.m.i. – Perimetro Sanitario – Esercizio Finanziario 2022”*;
- la legge regionale 30 marzo 2023, n. 1, recante: *“Legge di stabilità regionale 2023”*;
- la legge regionale 30 marzo 2023, n. 2, recante: *“Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2023-2025”*;
- la Deliberazione della Giunta regionale 31 marzo 2023, n. 91, concernente: *“Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2023-2025. Approvazione del “Documento tecnico di accompagnamento”, ripartito in titoli, tipologie e categorie per le entrate e in missioni, programmi, titoli e macroaggregati per le spese”*;

- la Deliberazione della Giunta regionale 31 marzo 2023, n. 92, concernente: *“Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2023-2025. Approvazione del "Bilancio finanziario gestionale", ripartito in capitoli di entrata e di spesa e assegnazione delle risorse finanziarie ai dirigenti titolari dei centri di responsabilità amministrativa”*;
- la Deliberazione della Giunta Regionale 27 aprile 2023, n. 127, concernente: *“Indirizzi per la gestione del bilancio regionale 2023-2025 e approvazione del bilancio reticolare, ai sensi degli art. 30,31 e 32, della Legge Regionale 12 agosto 2020, n. 11”*;
- nota del Direttore Generale n. 866060 del 01/08/2023 con la quale sono state fornite le indicazioni operative per la gestione del bilancio regionale 2023-2025;

VISTI, per quanto riguarda la normativa statale e regionale in materia sanitaria:

- la Legge 27 dicembre 1978, n. 833 e s.m.i. concernente *“Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale”*;
- il Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 e successive modificazioni ed integrazioni, recante: *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”*;
- la Legge regionale 16 giugno 1994, n. 18 e s.m.i., recante *“Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere”*;
- il DPCM 29 novembre 2001, come modificato dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017, pubblicato il 18 marzo 2017 in Gazzetta Ufficiale (Supplemento ordinario n.15), recante *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”*;

VISTA la DGR n. 149 del 6 marzo 2007, con cui è stato recepito l’Accordo, siglato in data 28 febbraio 2007, tra il Ministero della salute, il Ministro dell’Economia e Finanze, la Regione Lazio, per l’approvazione del Piano di rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell’equilibrio economico ai sensi dell’art.1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n.311;

CONSIDERATO che ad oggi è ancora in vigore il Piano di rientro di cui sopra ed è in fase di adozione il documento *“Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2024-2026”*;

VISTE, in particolare, con riferimento al D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., le seguenti disposizioni:

- l’art. 8 *quater*, comma 2, secondo cui *“la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui al suddetto art. 8 *quinquies*”*;
- l’art. 8 *quater*, comma 8, secondo cui, *“in presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno determinato in base ai criteri di cui al comma 3, lettera b), le Regioni e le unità sanitarie locali, attraverso gli accordi contrattuali di cui all’art. 8 *quinquies*, sono tenute a porre a carico del servizio sanitario nazionale un volume di attività, comunque, non superiore a quello previsto dagli indirizzi della Programmazione nazionale”. In caso di superamento di tale limite, ed in assenza di uno specifico e adeguato intervento integrativo ai sensi dell’articolo 13, si procede, con le modalità di cui all’articolo 28, comma 9 e seguenti, della legge 23 dicembre 1998, n. 448, alla revoca dell’accreditamento della capacità produttiva in eccesso, in misura proporzionale al concorso a tale superamento*

apportato dalle strutture pubbliche ed equiparate, dalle strutture private non lucrative e dalle strutture private lucrative”;

- l'art. 8 quinquies, comma 2, che disciplina la stipula dei contratti con le strutture private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro associazioni rappresentative a livello regionale, che indicano, tra l'altro:
 - “b) il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima unità sanitaria locale, si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza...omissis...;*
 - d) il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extratariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali... omissis...;*
 - e bis) la modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni, concordato ai sensi della lettera d), prevedendo che, in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno dei valori unitari dei tariffari regionale, per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate, di cui alla lettera b), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lettera d), fatta salva la possibile stipula di accordi integrativi, nel rispetto dell'equilibrio economico finanziario programmato...omissis...”;*
- l'art. 8 quinquies, comma 2-quater, il quale prevede *“Le Regioni stipulano accordi con le Fondazioni istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (...) e contratti con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico privati, che sono definiti con le modalità di cui all'articolo 10, comma 2, del Decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288. Le Regioni stipulano, altresì, accordi con gli istituti, enti ed ospedali di cui agli articoli 41 e 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, che prevedano che l'attività assistenziale, attuata in coerenza con la Programmazione sanitaria regionale, sia finanziata a prestazione in base ai tetti di spesa ed ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla Programmazione regionale nel rispetto dei vincoli di bilancio...omissis...”;*
- l'art. 8 quinquies, comma 2 quinquies, che dispone espressamente che *“in caso di mancata stipula degli accordi di cui al presente articolo, l'accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8-quater delle strutture e dei professionisti eroganti prestazioni per conto del Servizio Sanitario Nazionale interessati è sospeso”;*
- l'art. 8-sexies, che stabilisce: *“Le strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale sono finanziate secondo un ammontare globale predefinito indicato negli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies e determinato in base alle funzioni assistenziali e alle attività svolte nell'ambito e per conto della rete dei servizi di riferimento. Ai fini della determinazione del finanziamento globale delle singole strutture, le funzioni assistenziali di cui al comma 2 sono remunerate in base al costo standard di produzione del programma di assistenza, mentre le attività di cui al comma 4 sono remunerate in base a tariffe predefinite per prestazione”;*
- l'art. 8 octies che demanda alle Regioni il compito, tra l'altro, di individuare i criteri per la verifica dell'appropriatezza delle prestazioni e dei ricoveri effettuati nonché delle forme e delle modalità di erogazione dell'assistenza;

VISTI, in particolare, per quanto riguarda le disposizioni in materia di autorizzazione e accreditamento e requisiti delle strutture private accreditate:

- la Legge Regionale 3 marzo 2003, n. 4 e s.m.i., avente ad oggetto *“Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all’esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, diaccredimento istituzionale e di accordi contrattuali”*;
- il Regolamento Regionale 6 novembre 2019, n. 20, concernente: *“Regolamento in materia di autorizzazione alla realizzazione, autorizzazione all’esercizio e accreditamento istituzionale di strutture sanitarie e socio-sanitarie: in attuazione dell’articolo 5, comma 1, lettera b), e dell’articolo 13, comma 3, della legge regionale 3 marzo 2003, n. 4 (Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all’esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali) e successive modifiche. Abrogazione del regolamento regionale 26 gennaio 2007, n. 2 in materia di autorizzazione all’esercizio e del regolamento regionale 13 novembre 2007, n. 13 in materia di accreditamento istituzionale”*;
- il Decreto del Commissario ad acta n. 8 del 3 febbraio 2011, avente ad oggetto *“Modifica dell’Allegato 1 al decreto del Commissario ad Acta 90/2010 per: a) attività di riabilitazione (cod.56), b) attività di lungodegenza (cod. 60); c) attività erogate nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per i livelli prestazionali: R1, R2, R2D e R3. Approvazione testo integrato e coordinato denominato “Requisiti minimi autorizzativi per l’esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie”*;
- il Decreto del Commissario ad acta n. U00282 del 6 luglio 2017, avente ad oggetto *“Revisione dei criteri di autorizzazione e di accreditamento per il rilascio dell’autorizzazione all’esercizio e dell’accredimento istituzionale dei Servizi Trasfusionali della Regione Lazio sulla scorta degli Accordi sanciti in sede di conferenza Stato, Regioni e Province autonome del 16 dicembre 2010 (rep. Atti. N. 242/CSR) e del 25 luglio 2012 (rep. Atti. N. 149/CSR) e coordinamento con le Intese in materia di accreditamento (rep. Atti. n. 259/CSR del 20 dicembre 2012 e rep. Atti. n. 32/CSR del 19 febbraio 2015)”*;
- il Decreto del Commissario ad acta n. U00283 del 7 luglio 2017, avente ad oggetto *“Adozione dei “Requisiti di accreditamento per le attività di cure domiciliari ex art. 22 DPCM 12 gennaio 2017”, proposta di determinazione delle tariffe, determinazione del percorso di accreditamento e linee guida per la selezione del contraente, individuazione del fabbisogno di assistenza e disposizioni conseguenti”*;
- il Decreto del Commissario ad acta n. 469 del 7 novembre 2017, avente ad oggetto: *“Modifica al DCA 410/2017 in materia di contrasto della L.R. 7/2014 al D. Lgs. 502/1992. Disposizioni in materia di autorizzazione a modifica ed integrazione del DCA 8/2011. Adozione del Manuale di accreditamento in attuazione del Patto per la salute 2010-2012”*;

CONSIDERATO che agli art. 19 e 24 del sopracitato R.R. n. 20/2019 viene stabilito, tra l’altro, che *“Il provvedimento di accreditamento è rilasciato verificati: la funzionalità rispetto al fabbisogno di assistenza ed alla quantità di prestazioni accreditabili in eccesso risultanti dall’atto programmatico di cui all’articolo 2, comma 1, lettera a), numero 2), della legge; ...omissis... La direzione regionale effettua la verifica di funzionalità della tipologia di attività sanitarie o socio-sanitarie da accreditare rispetto al fabbisogno di assistenza ed alla quantità di prestazioni accreditabili in eccesso, risultante dall’atto programmatico di cui all’articolo 2, comma 1, lettera a), numero 2), della legge, entro il termine di dieci giorni dalla ricezione della richiesta ...omissis... ”*;

CONSIDERATO che nel corso degli anni è emersa, sempre più, la necessità di assicurare che le strutture sanitarie private che erogano prestazioni con onere a carico del SSR posseggano, oltre ai requisiti tecnologici, strutturali ed organizzativi ulteriori per l’accredimento, anche requisiti

minimi di affidabilità e onorabilità in ordine ad una corretta gestione nel rapporto con la pubblica amministrazione anche al fine di elevare *standard* di qualità e trasparenza;

VISTO il D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modifiche dalla L. n. 135/2012 e s.m.i., recante *“Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”* e, in particolare:

- l’art. 15, comma 15, che così stabilisce: *“In deroga alla procedura prevista dall’articolo 8-sexies, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in materia di remunerazione delle strutture che erogano assistenza ospedaliera ed ambulatoriale a carico del servizio sanitario nazionale, il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, con proprio decreto, entro il 15 settembre 2012, determina le tariffe massime che le regioni e le province autonome possono corrispondere alle strutture accreditate, di cui all’articolo 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni, sulla base dei dati di costo disponibili e, ove ritenuti congrui ed adeguati, dei tariffari regionali, tenuto conto dell’esigenza di recuperare, anche tramite la determinazione tariffaria, margini di inappropriata ancora esistenti a livello locale e nazionale”*;
- l’art. 15, comma 16, che così dispone: *“Le tariffe massime delle strutture che erogano prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale di cui al decreto del Ministro della salute 18 ottobre 2012, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 23 del 28 gennaio 2013, nonché le tariffe delle prestazioni relative all’assistenza protesica di cui all’articolo 2, comma 380, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, continuano ad applicarsi fino all’adozione dei decreti ministeriali di cui all’articolo 64, commi 2 e 3, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017, da emanare entro il 28 febbraio 2018”*;
- l’art. 15, comma 17, che così prevede: *“Gli importi tariffari, fissati dalle singole regioni superiori alle tariffe massime di cui al comma 15 restano a carico dei bilanci regionali. Tale disposizione si intende comunque rispettata dalla regioni per le quali il tavolo di verifica degli adempimenti istituito ai sensi dell’art. 12 dell’Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano nelle sedute del 23 marzo 2005, abbia verificato il rispetto dell’equilibrio economico - finanziario del settore sanitario, fatto salvo quanto specificatamente previsto per le regioni che hanno sottoscritto l’accordo di cui all’art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004 n. 311 e successive modificazioni su un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione, o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, per le quali le tariffe massime costituiscono un limite invalicabile”*;

VISTO il Decreto del Ministero della Salute del 18 ottobre 2012, recante disposizioni in materia di *“Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale”*, che ha introdotto le tariffe nazionali per l’assistenza ospedaliera e specialistica;

VISTO il Decreto del Ministero della Salute, di concerto con il Ministero Economia e Finanze, del 23 giugno 2023, con cui sono state, tra l’altro, aggiornate le tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e protesica erogabili a carico del Servizio sanitario nazionale, pubblicato sulla GU in data 04 agosto 2023;

PRESO ATTO, altresì, dei seguenti provvedimenti vigenti, adottati dalla Regione Lazio in materia di programmazione sanitaria:

- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 869 del 7 dicembre 2023, avente ad oggetto “*Approvazione del Documento Tecnico “Programmazione della rete ospedaliera 2024-2026 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015”*”, con la quale, tra l’altro, è stato adottato il Documento Tecnico che individua un cronoprogramma, articolato in 3 fasi, per l’attuazione della Rete Ospedaliera;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. U00073 del 15 marzo 2018 e s.m.i. con il quale è stata effettuata la stima del fabbisogno di Assistenza specialistica ambulatoriale, sulla scorta dei dati presenti nel Sistema Informativo Assistenza Specialistica Anno 2015 (SIAS) della Regione Lazio;

VISTO, altresì, il “*Piano di programmazione dell’assistenza territoriale 2024 – 2026*” approvato con DGR n. 976 del 28 dicembre 2023;

CONSIDERATI tutti i provvedimenti vigenti adottati dalla Regione Lazio in materia di programmazione sanitaria, tariffe, criteri di budget e regole remunerazione, in materia di assistenza ospedaliera, territoriale e specialistica e, in particolare:

- per ciò che concerne l’**assistenza ospedaliera**:
 - i DCA nn. 310/2013, 332/2015 e 217/2017, con i quali sono stati approvati e adeguati, tra l’altro, i tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, di riabilitazione post-acuzie e di lungodegenza medica e i relativi valori soglia delle degenze oltre i quali viene riconosciuta una tariffa ridotta;
 - il DCA n. 444/2014, con cui è stata stabilita la tariffa per la remunerazione delle dimissioni da reparto cod. 75 e cod. 28 di soggetti affetti da Grave Cerebrolesione Acquisita e per i pazienti Mielolesi con una gravità di lesione A, B, C, secondo la classificazione A.S.I.A.;
 - il DCA n. 151/2019, con cui: **(i)** alla Tabella 7 dell’Allegato 4 è stata, da ultimo, rimodulata la stadiazione tariffaria dei DRG di ricovero per acuti, ad oggi vigente, in funzione della classe di erogatore individuata ai sensi del D. M. n. 70 del 02.04.2015 e del DM 18 ottobre 2012, e in funzione della complessità organizzativa verificata in sede di accreditamento, nonché sulla base dell’esperienza delle altre Regioni, così come previsto dal D.L. n. 95/2012 convertito dalla L. n. 135/2012; **(ii)** all’Allegato 4 è stata stabilita la rimodulazione tariffaria **(a)** per i ricoveri per frattura del femore in pazienti con età maggiore di 65 anni e **(b)** per i ricoveri con parto cesareo primario, ad oggi ancora vigente; **(iii)** è stata stabilita la decurtazione sui *Diagnosis Related Group* (DRG) a rischio di inappropriately, individuati nel relativo allegato 4F e successivamente aggiornati con nota prot. 0507358/2019, ad oggi in vigore;
 - il DCA n. 255/2017, con cui sono stati introdotti, al fine di garantire l’erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza, criteri di remunerazione, ad oggi vigenti, per i ricoveri per tumore maligno al polmone, per intervento chirurgico per colecistectomia laporoscopica, per infarto al miocardio acuto, legati al volume delle attività e della conseguente valutazione degli esiti;
 - il DCA n. 38/2015 e s.m.i., con cui sono stati introdotti i criteri di remunerazione in relazione agli interventi per tumore alla mammella, ad oggi in vigore;
 - il citato DCA n. 332/2015, con cui sono state introdotte **(i)** le disposizioni in merito alla contrattualizzazione delle strutture private accreditate che registrano un volume di parti inferiori a 500 unità, ad oggi in vigore, **(ii)** gli abbattimenti sulla provenienza del paziente in relazione agli episodi di ricovero in riabilitazione post-acuzie, eccetto per i ricoveri riconosciuti come GCA e GM ai sensi del DCA n. 444/2014, ad oggi in vigore;

- il DCA n. 50/2010, con cui è stato introdotto l'abbattimento del costo del DRG 410 in regime di ricovero diurno, nel caso di somministrazione dei farmaci oncologici addebitati sul flusso F a pazienti accettati in regime di ricovero in DH;
- il DCA n. 107/2011 con cui è stato stabilito, in relazione alle prestazioni di lungodegenza medica, che “...omissis... la fattispecie di paziente proveniente da domicilio non sarà in nessun caso remunerata”;
- per ciò che concerne l'**assistenza specialistica**:
 - il DCA n. 313/2013 e s.m.i., con il quale è stato approvato e adeguato, tra l'altro, il tariffario regionale per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica, in corso di aggiornamento con l'emanando provvedimento regionale, con il quale saranno recepite le tariffe del DM 23/06/2023, per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e protesica erogabili a carico del Servizio sanitario nazionale;

CONSIDERATI, altresì, i provvedimenti vigenti, adottati dalla Regione Lazio in materia di Agende digitali;

VISTO il DCA n. 218/2017, che ha introdotto modifiche al DCA n. 40/2012 in materia di controlli sulle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate, che ha disciplinato, tra l'altro, i controlli sulle attività di specialistica ambulatoriale, e che successivamente è stato modificato dal DCA n. 509/2018 e s.m.i., con riferimento, in particolare, agli esiti dei controlli e alla risoluzione delle discordanze;

VISTA la DGR 30 dicembre 2020, n. 1052, che, a modifica e integrazione del DCA n. 35 del 14 febbraio 2020, ha provveduto alla “Attuazione disposizioni di cui al Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 7 dicembre 2018 così come modificato e integrato dal Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 27 dicembre 2019 - Nodo di Smistamento degli Ordini (NSO)”;

VISTA la DGR n. 868 del 7 dicembre 2023, avente ad oggetto “Revisione del processo di rendicontazione e fatturazione delle prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogate a carico del SSR dalle strutture private accreditate”, con la quale è stato approvato, a far data dal 1° gennaio 2024, il nuovo processo di rendicontazione e fatturazione, con riferimento alle prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogate a carico del SSR dalle strutture private accreditate, ed è stato stabilito l'avvio di un monitoraggio sulla corrispondenza dei dati degli interventi chirurgici inseriti nei sistemi informativi Flusso Liste di Attesa Interventi Chirurgici e SIOXL, al fine di individuare le incongruenze tra i dati inseriti nei due flussi;

VISTA la DGR n. 642 del 26 luglio 2022, avente ad oggetto “Definizione dei livelli massimi di finanziamento e dei criteri di remunerazione per le prestazioni di assistenza sanitaria e sociosanitaria erogate da strutture private accreditate: triennio 2022 – 2024”;

CONSIDERATO che con la sopracitata DGR n. 642/2022, l'Amministrazione regionale aveva stabilito che:

- il livello massimo di finanziamento annuale per l'assistenza ospedaliera per l'anno 2024 era pari a euro 1.541.958.000,00, e che tale finanziamento comprendeva **(i)** il finanziamento per le funzioni assistenziali previste dall'art. 8 *sexies* del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.; **(ii)** il fondo per il recupero della mobilità passiva di cardiocirurgia; **(iii)** le funzioni per la copertura dei maggiori costi connessi alle attività di didattica e ricerca ex art. 7, comma 2, D. Lgs. n. 517/99; **(iii)** il finanziamento dovuto a percorsi di riorganizzazione o rimodulazione delle strutture private accreditate; **(iv)** il finanziamento per l'ampliamento/rimodulazione del numero di posti letto delle strutture private accreditate e/o per le strutture per le quali è stato rilasciato il titolo di accreditamento; **(v)** le risorse

necessarie per l'eventuale assegnazione e/o modifica del livello massimo di finanziamento nel caso di pronunce favorevoli a determinate strutture, all'esito di contenziosi; **(vi)** il finanziamento per le funzioni inerenti alle malattie infettive e tropicali volto ad assicurare la pronta disponibilità dei posti letto e una adeguata risposta di salute alla popolazione; **(vii)** il finanziamento per la riconduzione nell'alveo di quanto disposto dal D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. degli eventuali rapporti c.d. "extra ordinem";

- il livello massimo di finanziamento annuale per l'assistenza specialistica per l'anno 2024 era pari a euro 531.053,00; e che tale finanziamento comprendeva **(i)** il finanziamento per le prestazioni di dialisi e radioterapia; **(ii)** il finanziamento per le prestazioni di assistenza specialistica e di diagnostica erogate nei pronto soccorso regionali per accessi non seguiti da ricovero; **(iii)** il finanziamento per le strutture già accreditate per le quali è stato rilasciato il titolo di accreditamento di ulteriori branche o per le strutture per le quali è stato rilasciato il titolo di accreditamento *ex novo*, volto anche al potenziamento dell'offerta delle c.d. "prestazioni critiche"; **(iv)** le risorse necessarie per l'eventuale assegnazione e/o modifica del livello massimo di finanziamento nel caso di pronunce favorevoli a determinate strutture, all'esito di contenziosi; **(v)** il finanziamento per la riconduzione nell'alveo di quanto disposto dal D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. degli eventuali rapporti c.d. "extra ordinem"; **(vi)** il finanziamento per l'eventuale potenziamento e copertura delle prestazioni sanitarie necessarie alla popolazione, anche al fine di ridurre le liste d'attesa e la mobilità passiva;
- il livello massimo di finanziamento annuale per l'assistenza territoriale per l'anno 2024 era pari a € 808.714.000; e che tale finanziamento comprendeva **(i)** il potenziamento dell'offerta sanitaria ed il riequilibrio sul territorio regionale; **(ii)** il finanziamento dovuto a percorsi di riorganizzazione o rimodulazione delle strutture private accreditate; **(iii)** il finanziamento per l'ampliamento del numero di posti/trattamenti delle strutture private accreditate o per le strutture per le quali è stato rilasciato il titolo di accreditamento *ex novo*; **(iv)** le risorse necessarie per l'eventuale assegnazione e/o modifica del livello massimo di finanziamento nel caso di pronunce favorevoli a determinate strutture, all'esito di contenziosi;

CONSIDERATO, altresì, che con la sopracitata DGR n. 642/2022 era stato stabilito:

- il criterio di remunerazione 2022 per il riconoscimento del budget aggiuntivo FRAC dedicato all'acquisto di prestazioni di alta complessità rese a pazienti fuori regione, prevedendo che *"la produzione ordinaria 2022 di alta complessità erogata a pazienti residenti fuori regione - con esclusione della produzione relativa alle prestazioni erogate per garantire la gestione dell'emergenza COVID-19 - sarà remunerata attingendo integralmente dal budget aggiuntivo F.R.A.C. assegnato alle strutture private accreditate"*;
- la facoltà per le strutture private accreditate di richiedere il trasferimento, fino ad un massimo del 20% del budget assegnato per acuti (escluso il FRAC), incrementando per un equivalente valore esclusivamente il budget dedicato alle c.d. "prestazioni critiche" e/o agli APA, nonché la relativa procedura operativa;

VISTO per ciò che concerne l'acquisto di prestazioni di ricovero ad alta complessità e l'acquisto di prestazioni dagli IRCCS, l'art. 15, comma 14, del D.L. n. 95/2012 e s.m.i., che stabilisce *"...omissis... A decorrere dall'anno 2016, in considerazione del processo di riorganizzazione del settore ospedaliero privato accreditato in attuazione di quanto previsto dal regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, al fine di valorizzare il ruolo dell'alta specialità all'interno del territorio nazionale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono programmare l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, nonché di prestazioni erogate da parte degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) a favore di cittadini residenti in regioni diverse da quelle di appartenenza ricomprese negli accordi per la compensazione della mobilità interregionale di cui all'articolo 9 del Patto per la salute sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le*

regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano con intesa del 10 luglio 2014 (atto rep. 82/CSR), e negli accordi bilaterali fra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale, di cui all'articolo 19 del Patto per la salute sancito con intesa del 3 dicembre 2009, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 3 del 5 gennaio 2010, in deroga ai limiti previsti dal primo periodo ...omissis...";

RITENUTO NECESSARIO, al fine di procedere all'acquisto di prestazioni sanitarie dalle strutture private accreditate per il raggiungimento degli obiettivi pubblici di salute perseguiti dall'Amministrazione, definire un nuovo modello di gestione delle risorse, finalizzato, in particolare, a contenere il fenomeno del *boarding* nei Pronto Soccorso, la riduzione delle liste d'attesa per le prestazioni critiche e il rispetto dei tempi di attesa per l'esecuzione degli interventi chirurgici di cui al Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA);

RITENUTO NECESSARIO prevedere, per l'attuazione di tale nuovo modello, un monitoraggio periodico, che consenta di valutare i risultati ottenuti per effettuare eventuali modifiche in corso d'anno, a budget invariato, da parte della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria;

VISTA, la nota prot. n. 1413829 del 5 dicembre 2023, avente ad oggetto "*Definizione e assegnazione alle Aziende Sanitarie dei livelli massimi di finanziamento per l'anno 2024 per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale da privato a carico SSR - Comunicazione avvio procedimento di revisione del processo di definizione dei livelli massimi di finanziamento - Artt. 7 e ss. Legge n. 241/1990 e s.m.i.*", con la quale sono state condivise con le Associazioni di categoria le tematiche in oggetto, relativamente all'assistenza specialistica;

VISTA, la nota prot. n. 1418379 del 6 dicembre 2023, avente ad oggetto "*Comunicazione avvio procedimento di definizione dei livelli massimi di finanziamento e dei criteri assegnazione dei budget 2024, definizione delle regole di remunerazione, revisione parziale dello schema di Accordo/Contratto ex art. 8 quinquies D. Lgs. 502/92 e s.m.i. approvato con DGR n. 695/2022, come modificato dalla DGR n. 310/2023 - Artt. 7 e ss. Legge n. 241/1990 e s.m.i.*", con la quale sono state condivise con le Associazioni di categoria le tematiche in oggetto;

VISTA la successiva nota prot. n. 1424273, del 7 dicembre 2023, avente ad oggetto "*Invio Osservazioni ns note prot. n. 1413829 05/12/2023 e n. 1418379 06/12/2023*", con la quale è stato esclusivamente rettificato l'indirizzo PEC al quale le Associazioni di Categoria dovevano inviare, entro il termine stabilito, eventuali osservazioni in merito alle modifiche apportate e alle novità introdotte con il presente provvedimento;

VISTA la nota prot. n. 1462712 del 15 dicembre 2023, avente ad oggetto "*Integrazione comunicazione avvio procedimento prot. nn. 1413829/2023, 1418379/2023 e 142273/2023 – Trasmissione elenco interventi chirurgici – Schema Accordo/Contratto di Budget*";

CONSIDERATO che con l'avvio del procedimento di cui alle note prot. n. 1418379/2023 e n. 1462712/2023, sono stati condivisi, in relazione all'assistenza ospedaliera, con tutti i soggetti in indirizzo nella sopracitata nota: **(i)** i criteri per l'assegnazione dei budget 2024 per le prestazioni di ricovero per acuti, **(ii)** i criteri di remunerazione dell'attività ospedaliera, prevedendo la conferma delle regole di remunerazione vigenti nonché l'introduzione di nuove regole di remunerazione relativamente all'attività di ricovero per acuti per indirizzare l'offerta sanitaria delle strutture private accreditate rispetto agli obiettivi prefissati dal Sistema Sanitario Regionale, **(iii)** gli aggiornamenti che verranno apportati allo schema di Accordo-Contratto di Budget nel 2024;

CONSIDERATO che con l'avvio del procedimento di cui alla nota prot. n. 1424273/2023, sono stati condivisi, in relazione all'assistenza specialistica, con tutti i soggetti in indirizzo nella sopracitata nota, i criteri per l'assegnazione dei budget 2024, al fine di garantire ai cittadini una maggiore disponibilità nell'erogazione delle prestazioni critiche per agevolare una contrazione

dei tempi di attesa;

CONSIDERATO che, con riferimento all'assistenza territoriale, con le note di avvio del procedimento è stato, altresì, specificato che *“l'Amministrazione sta valutando la possibilità di un incremento dei livelli massimi di finanziamento per l'assistenza territoriale, in ragione dell'eventuale ampliamento della platea di prestazioni soggette a budget (tetto massimo), nonché dei livelli massimi di finanziamento per l'assistenza specialistica in ragione di specifici fabbisogni assistenziali”*;

TENUTO CONTO delle osservazioni pervenute da parte delle Associazioni di Categoria e delle strutture private accreditate, con le seguenti comunicazioni:

- ACOP, note acquisite al protocollo regionale con nn. 1456421 del 14/12/2023, 1469940 del 18/12/2023 e 1478324 del 20/12/23;
- AIOP, ARIS, UNINDUSTRIA SANITÀ, note a firme congiunte acquisite al protocollo regionale con nn. 1475461 del 19/12/2023 e 1492521 del 22/12/2023;
- ANISAP LAZIO, AISI, UNINDUSTRIA, CONFAPI SANITÀ, nota a firme congiunte acquisita al protocollo regionale con n. 1470040 del 18/12/2023;
- Policlinico Universitario Campus Biomedico, note acquisite al protocollo regionale con nn. 1443924 del 13/12/2023 e 1465335 del 18/12/2023;
- Fondazione Policlinico A. Gemelli, note acquisite al protocollo regionale con nn. 1470635 del 18/12/2023 e 1494596 del 22/12/2023;
- IRCCS Fondazione Santa Lucia, nota acquisita al protocollo regionale con n. 1465316 del 18/12/2023;
- Ospedale San Carlo di Nancy – GVM, nota acquisita al protocollo regionale con n. 1482023 del 20/12/2023;
- IRCCS Fondazione “G.B. BIETTI”, nota acquisita al protocollo regionale con n. 1457354 del 14/12/2023;

CONSIDERATO che le suddette osservazioni sono state accolte ove compatibili e coerenti con gli obiettivi pubblici di salute perseguiti dall'amministrazione attraverso la previsione del nuovo modello di gestione delle risorse, modificabile eventualmente in corso d'anno sulla base di specifici monitoraggi effettuati dalla Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, a tutela del diritto alla salute, a budget complessivo invariato;

CONSIDERATO altresì, che anche per tale motivo non sono state accolte le seguenti richieste, per le ragioni precisate accanto a ciascuna richiesta, come di seguito riportato:

- incremento dei livelli massimi di finanziamento: per preservare l'equilibrio economico-finanziario del sistema SSR;
- eliminazione dei vincoli per aree omogenee e/o osmosi dei budget: per garantire l'efficace tutela della salute dei cittadini, acquistando prestazioni rispondenti strettamente agli effettivi bisogni della collettività e gestendo le criticità esistenti con particolare riferimento al sovraffollamento dei P.S. e all'abbattimento delle liste d'attesa;
- revisione della metodologia di attribuzione dei budget, anche con riferimento al periodo temporale dei dati utilizzati per l'analisi e la definizione dei criteri: in quanto ciò comporterebbe un ritardo e un inutile aggravamento del procedimento, tenuto conto dei monitoraggi periodici previsti, a seguito dei quali l'Amministrazione si riserva di valutare eventuali modifiche/rimodulazioni, a budget complessivo invariato;

- eliminazione degli abbattimenti aggiuntivi: in quanto necessari per orientare efficacemente l'offerta pubblica di salute, a garanzia della qualità delle prestazioni erogate in favore dei cittadini;
- introduzione di un margine di tolleranza per l'esecuzione degli interventi chirurgici di classe A e B rispetto ai termini previsti dalla normativa vigente: in quanto non conforme alle disposizioni previste dal Piano Nazionale Governo delle Liste d'attesa (PNGLA);
- emissione delle note di credito solo in caso di controlli "concordati": in quanto tale previsione era già presente in precedenti schemi contrattuali ed è, inoltre, stabilito uno specifico obbligo in tal senso anche nella Disciplina Uniforme; l'emissione delle note di credito rientra, peraltro, nel comportamento di buona fede e correttezza contrattuale che gli erogatori privati devono tenere, come previsto espressamente nel contratto di budget sottoscritto (art. 4); l'emissione delle note di credito inerenti a qualsiasi titolo è, altresì, necessaria per garantire la trasparenza e l'ordine contabile, nonché la rappresentatività veritiera e corretta dei bilanci delle ASL; inoltre, la condotta inadempiente delle strutture private e dei fornitori del SSR, avendo determinato nei bilanci delle Aziende sanitarie saldi rilevanti di note di credito da ricevere, ha, peraltro, esposto l'Amministrazione alle contestazioni della Magistratura contabile e penale e, pertanto, non è più possibile acconsentire all'inadempienza di tale specifico obbligo.
- per quanto riguarda, infine, la richiesta di riduzione della percentuale del 50% di budget "dedicato" per le prestazioni critiche rispetto al budget "indistinto" per l'assistenza specialistica, in parziale accoglimento delle osservazioni, è stata prevista una percentuale del 40% di budget "dedicato" alle prestazioni critiche, eventualmente da rivedere in corso d'anno, a seguito dei monitoraggi da parte della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, in ragione del raggiungimento dell'obiettivo dell'abbattimento delle liste d'attesa, in quanto gli strumenti sino ad oggi previsti non sono stati sufficienti ad assicurare l'efficace tutela della salute;

TENUTO CONTO delle DGR n. 153/2023, n. 867/2023 e n. 899/2023, con le quali è stata data attuazione al "*Progetto sperimentale temporaneo gestione sovraffollamento dei Pronto Soccorso*" per supportare alcuni Ospedali del SSR del Lazio dotati di Pronto Soccorso e sono stati stanziati i livelli massimi di finanziamento, nonché assegnati i relativi budget alle strutture private accreditate interessate, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da privato con onere a carico del SSR;

CONSIDERATO che nella sopracitata DGR n. 867/2023 è stato stabilito, tra l'altro, che "*La Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, a seguito dell'adozione dell'atto di programmazione della rete ospedaliera 2024-2026, procederà con l'assegnazione del budget alla casa di cura Città di Aprilia per l'acquisto dei posti letto di area medica e di lungodegenza, al fine di limitare i trasferimenti dei pazienti presenti nel Pronto Soccorso di tale struttura verso l'Ospedale Santa Maria Goretti, nell'ambito della Deliberazione di Giunta Regionale di definizione dei livelli massimi di finanziamento di acquisto delle prestazioni da privato per l'esercizio 2024*";

PRESO ATTO della Determinazione n. 42 del 5 gennaio 2023, con cui è stato ratificato il Protocollo d'Intesa tra la Regione Lazio e le Associazioni di Categoria AIOP-ARIS-UNINDUSTRIA SANITA', inerente al "*Trasferimento da Pronto Soccorso per ricovero presso le strutture accreditate per acuti non dotate di Pronto Soccorso – Trasferimento dai reparti di Area medica ubicata presso ospedali sede di P.S. o DEA in Riabilitazione e Lungodegenza*";

RITENUTO NECESSARIO introdurre nell'ambito degli Accordi-Contratti di budget ex art. 8-quinquies del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. che verranno sottoscritti dagli erogatori privati accreditati nel 2024, le misure di cui all'art. 2 del sopracitato Protocollo d'Intesa, nelle parti ritenute

applicabili;

CONSIDERATA la necessità del Servizio Sanitario Regionale di garantire nel corso della settimana un flusso costante delle accettazioni nei/dai reparti di ricovero, compresi anche i giorni di sabato e domenica;

RITENUTO, pertanto, necessario introdurre le più opportune misure affinché le strutture private accreditate garantiscano un flusso costante di accettazioni, anche nei giorni di sabato e domenica, stabilendo a tal fine che, qualora, a fine anno, la media delle accettazioni nei reparti di degenza registrate nei giorni di sabato e domenica dovesse risultare del 10% inferiore rispetto alla media dei restanti giorni della settimana, nell'esercizio 2025 verrà applicato alla struttura privata accreditata un taglio del budget complessivo assegnato nel 2024 nella misura del 15%;

CONSIDERATO, altresì, che dall'analisi effettuata sui sistemi informativi regionali è stato rilevato che le strutture private accreditate non dotate di Pronto Soccorso hanno registrato nel corso del 2023 una significativa percentuale di rinvii di pazienti provenienti da Pronto Soccorso esterno sul totale dei pazienti con provenienza da P.S. gestiti nelle stesse strutture;

RITENUTO, pertanto, necessario prevedere le più opportune misure affinché tale percentuale si riduca, stabilendo a tal fine che, qualora risulti un "rinvio del paziente" presso un Ospedale dotato di P.S., per tutti gli episodi di ricovero ordinari con degenza maggiore di un giorno e con provenienza da P.S., gestiti dalle strutture private accreditate non dotate di P.S. nei reparti di Area Medica, verrà effettuato un abbattimento del 50% della tariffa riconosciuta in applicazione della normativa vigente; inoltre, nel caso in cui una struttura privata accreditata non dotata di P.S. dovesse registrare, a consuntivo, una percentuale di "rinvii di pazienti" superiore al 5% del totale degli episodi di ricovero gestiti presso la struttura con provenienza da P.S., nell'esercizio 2025 verrà effettuato un taglio del budget di Area medica assegnato nel 2024 nella misura del 10%;

CONSIDERATA, per ciò che concerne l'**assistenza ospedaliera**, l'istruttoria effettuata dalla Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria per l'adeguamento dei livelli massimi di finanziamento, le modalità di assegnazione ed utilizzo del budget, la conferma e introduzione di criteri di remunerazione e, nello specifico:

- la nota prot. n. 1500253/2023, con cui l'Area competente della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria ha comunicato l'opportunità di interrompere il progetto sperimentale per il recupero della mobilità passiva di Cardiochirurgia di cui alla Determina n. G08251/2022 in relazione all'esercizio 2024, visto che nessuna delle strutture private accreditate individuate ha raggiunto, negli esercizi 2021 e 2022, tutti e tre i valori *target* ad essi assegnati per ciascuno dei tre DRG 104, 105, 548 e che dall'analisi effettuata sui dati registrati sul sistema SIOXL nel periodo gennaio – settembre 2023 è stato, inoltre, rilevato che, anche per tale anno, le medesime strutture private accreditate non hanno raggiunto i sopracitati valori *target*;
- la nota prot. n. 0228333 del 28 febbraio 2023 con cui l'Area competente della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria ha concluso il procedimento avviato in relazione alla determinazione dei finanziamenti da assegnare alle strutture pubbliche e private per la copertura dei maggiori costi di attesa per fronteggiare eventi epidemici o pandemici, non disponendo l'assegnazione di tale finanziamento;
- le note prot. n.1495137 del 22 dicembre 2023 e n.1495144 del 22 dicembre 2023 con cui l'Area competente della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria ha richiesto, a valle di una specifica istruttoria che ha coinvolto l'Azienda Sanitaria Locale Roma 1 e l'AO San Camillo Forlanini, di procedere con l'acquisto di prestazioni sanitarie di ricovero per acuti, rispettivamente, dalle strutture private accreditate Aurelia Hospital e Ospedale Israelitico, per far fronte a specifiche esigenze di salute pubblica, a seguito della verifica dei titoli di accreditamento rispetto alla nuova Rete Ospedaliera 2024-2026;

- la nota prot. n.1495126 del 22 dicembre 2023, con cui l'Area competente della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria, in attuazione della DGR n. 867/2023, ha individuato, nel rispetto della Rete Ospedaliera 2024-2026, il fabbisogno aggiuntivo, in termini di posti letto di ricovero per acuti e lungodegenza medica, necessario al potenziamento dell'offerta sanitaria della Casa di cura Città di Aprilia al fine di limitare i trasferimenti dei pazienti presenti nel Pronto Soccorso di tale struttura verso l'Ospedale Santa Maria Goretti;
- l'incontro tenutosi in data 4 dicembre 2023 con le Associazioni di categoria e i Policlinici Universitari privati, nel corso del quale è stato condiviso il percorso avviato dalla Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria per la revisione dei criteri di definizione dei finanziamenti da assegnare per lo svolgimento delle funzioni assistenziali ospedaliere ex art. 8-sexies, comma 2, del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i., per le prestazioni di assistenza specialistica e di diagnostica erogate nei pronto soccorso regionali, nonché delle funzioni di didattica e ricerca connesse ad attività assistenziali di cui all'art 7, comma 2, del D. Lgs. n. 517/99 e s.m.i.;

RITENUTO che, qualora si dovesse concludere positivamente il procedimento nei confronti della struttura sanitaria denominata "Istituto Clinico Casalpallocco", si prevede l'assegnazione di un budget in misura omogenea rispetto alle altre strutture private accreditate, applicando una metodologia che tenga conto del livello medio di acquisto di posti letto (circa il 67%), in coerenza con la configurazione della nuova Rete ospedaliera di cui alla DGR n. 869/2023;

RITENUTO NECESSARIO, nelle more dell'attuazione dei nuovi interventi definiti con il presente provvedimento, stabilire per l'esercizio 2023 quanto segue:

- confermare, per l'anno 2023, l'applicazione dei criteri di remunerazione per il riconoscimento del "budget aggiuntivo FRAC 2022" di cui alla DGR n. 642/2022;
- confermare la metodologia adottata nell'esercizio 2022 per la determinazione dei finanziamenti 2023 da assegnare per lo svolgimento delle funzioni assistenziali ospedaliere ex art. 8-sexies, comma 2, del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. per le prestazioni di assistenza specialistica e di diagnostica erogate nei P.S. regionali, nonché delle funzioni di didattica e ricerca connesse ad attività assistenziali di cui all'art 7, comma 2, del D. Lgs. n. 517/99 e s.m.i., entro i livelli massimi di finanziamento stabiliti con la DGR n. 642/2022;

RITENUTO di stabilire, con riferimento **all'assistenza ospedaliera**, per l'esercizio 2024, all'esito dell'istruttoria di cui sopra, quanto segue:

- di non confermare le regole di remunerazione per il riconoscimento del "budget aggiuntivo FRAC 2022" di cui alla DGR n. 642/2022, prevedendo che il relativo budget venga attribuito per la remunerazione delle prestazioni erogate nel 2024, comprese anche quelle di alta specialità rese a pazienti residenti e non residenti;
- interrompere il progetto sperimentale di cardiocirurgia di cui alla sopra citata Determinazione n. G082151 del 24 giugno 2022, non prevedendo nell'esercizio 2024 le specifiche risorse finanziarie, in quanto i risultati raggiunti negli esercizi 2021-2023 non hanno consentito all'Amministrazione regionale di contrarre il saldo di mobilità passiva per le tipologie di ricovero individuate nell'ambito del suddetto progetto sperimentale;
- che il finanziamento inizialmente stanziato con la DGR n. 642/2022 per le funzioni inerenti alle malattie infettive e tropicali - e non assegnato per le ragioni esposte sopra - andrà ad incrementare i livelli massimi di finanziamento destinati alla copertura dei maggiori costi connessi allo svolgimento delle funzioni assistenziali ex art. 8-sexies, comma 2, del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i.;
- confermare i livelli massimi di finanziamento stanziati nella DGR n. 642/2022 per l'acquisto delle prestazioni di assistenza ospedaliera nell'esercizio 2024, pari a € **1.541.958.000,00**, e

che tale finanziamento comprende: **(i)** il finanziamento per l'acquisto delle prestazioni sanitarie afferenti all'assistenza ospedaliera dalle strutture private accreditate, ivi comprese le prestazioni di alta specialità e le prestazioni erogate dagli IRCSS privati di cui all'art. 15, comma 14, del D.L. n. 95/2012 e s.m.i.; **(ii)** il finanziamento per le funzioni assistenziali previste dall'art. 8 *sexies* del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.; **(iii)** le funzioni per la copertura dei maggiori costi connessi alle attività di didattica e ricerca *ex art.* 7, comma 2, D. Lgs. n. 517/99 e s.m.i.; **(iv)** il finanziamento dovuto a percorsi di riorganizzazione o rimodulazione delle strutture private accreditate; **(v)** il finanziamento per l'ampliamento/rimodulazione del numero di posti letto delle strutture private accreditate e/o per le strutture per le quali è stato rilasciato il titolo di accreditamento; **(vi)** le risorse necessarie per rispondere a specifiche esigenze di salute pubblica;

- che la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria procederà con l'attribuzione dei budget del valore complessivo pari a quelli assegnati nel 2023 secondo la metodologia definita con note prot. n. 1418379/2023 e n. 1462712/2023, avviando specifiche attività di monitoraggio periodiche, su base trimestrale, anche al fine di introdurre eventuali azioni correttive alla suddetta metodologia di attribuzione dei budget, a finanziamento complessivo invariato;
- che la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria procederà, in relazione alle attività di ricovero per acuti, con l'individuazione di una metodologia per l'incremento dei budget da assegnare alle strutture private accreditate in risposta a specifici fabbisogni di salute pubblica nonché per il potenziamento della Rete Ospedaliera nel corso del triennio 2024-2026, che preveda la definizione di un costo medio a posto letto che tenga conto della tipologia della disciplina e della classe di erogatore;
- approvare il documento tecnico (**Allegato 1**) denominato “*Criteri di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera (Acuti, Riabilitazione post-acuzie, Lungodegenza medica) – Esercizio 2024*”, allegato al presente provvedimento e parte integrante e sostanziale dello stesso, che prevede di: **(i)** confermare i criteri di remunerazione delle attività di ricovero afferenti all'assistenza ospedaliera ad oggi in vigore, **(ii)** introdurre le regole di remunerazione di cui alle note prot. n. 1418379/2023 e n. 1462712/2023, parzialmente modificate in considerazione delle osservazioni fornite dalle Associazioni di categoria e dalle strutture private accreditate, **(iii)** introdurre misure per garantire un flusso costante di accettazioni dei pazienti anche nei giorni di sabato e domenica, **(iv)** disincentivare i rinvii di pazienti dai reparti di ricovero per acuti di strutture non dotate di P.S. verso strutture ospedaliere appartenenti alla Rete di Emergenza-Urgenza;
- che la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, così come condiviso in occasione dell'incontro tenutosi in data 4 dicembre 2023 con le Associazioni di categoria e i Policlinici Universitari privati, proceda in considerazione dei fabbisogni assistenziali del SSR, a definire una nuova metodologia per la determinazione dei finanziamenti da assegnare per lo svolgimento delle funzioni assistenziali ospedaliere *ex art.* 8-*sexies*, comma 2, del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i., per le prestazioni di assistenza specialistica e di diagnostica erogate nei P.S. regionali, nonché delle funzioni di didattica e ricerca connesse ad attività assistenziali di cui all'art 7, comma 2, del D. Lgs. n. 517/99 e s.m.i., tenendo conto dei livelli massimi di finanziamento stabiliti con il presente provvedimento;
- che la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria proceda ad avviare il monitoraggio sulla corrispondenza dei dati degli interventi chirurgici inseriti nei sistemi informativi Flusso Liste di Attesa Interventi Chirurgici e SIOXL, individuando le più opportune misure volte a garantire la qualità dei dati registrati sui sistemi informativi regionali utili al potenziamento dei sistemi di programmazione sanitarie e controllo della spesa sanitaria;

VISTA, con riferimento all'assistenza territoriale e specialistica, la necessità di procedere ad un incremento dei livelli massimi di finanziamento in ragione dell'ampliamento della platea di prestazioni per le quali è prevista l'assegnazione del budget, nonché in ragione di specifici fabbisogni assistenziali;

CONSIDERATO in relazione all'assistenza specialistica:

- che con DCAU000246 del 01/07/2019, avente ad oggetto: “Definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2019 relativo all'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale a carico del SSR da privato accreditato. Direttive alle ASL”, ai fini del contenimento delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, erano state avviate manovre per implementare l'offerta di prestazioni sul territorio e ridurre contestualmente il fenomeno della mobilità passiva, tra le quali l'assegnazione di uno specifico budget dedicato alle prestazioni critiche erogate dalle strutture private accreditate (Ospedalità privata accreditata, con posti letto in regime di ricovero ordinario/DH);
- che con il suddetto DCAU000246/2019 era stato previsto, altresì, a partire dal 01 gennaio 2020, l'assegnazione di uno specifico budget dedicato all'erogazione delle prestazioni critiche anche per le strutture territoriali ambulatoriali (senza posti letto in regime di ricovero/DH), ma a seguito degli eventi pandemici si è provveduto a confermare i livelli di budget dell'anno 2019 rimandando a successivi provvedimenti l'assegnazione di tale specifico budget per le prestazioni critiche;

TENUTO CONTO, altresì, delle misure previste dalla DGR n. 310/2023 e degli interventi intrapresi dall'Amministrazione regionale, anche inclusi nell'emanando Programma Operativo 2024-2026, al fine di garantire ai cittadini una maggiore disponibilità nell'erogazione di prestazioni sanitarie, in particolare per quelle maggiormente “critiche” ai fini di un miglioramento e di una contrazione dei relativi tempi di attesa;

RITENUTO NECESSARIO, pertanto, prevedere, per l'esercizio 2024, la revisione dei criteri di assegnazione alle Aziende Sanitarie dei livelli massimi di finanziamento e di determinazione dei budget alle strutture private accreditate, destinati all'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale con onere a carico del SSR, in risposta ai bisogni assistenziali della popolazione regionale, al fine di garantire ai cittadini una maggiore disponibilità nell'erogazione delle prestazioni “critiche” nonché una contrazione dei relativi tempi di attesa;

STABILITO di procedere, ad una ridistribuzione della quota di budget, per il potenziamento delle prestazioni critiche, anche per le strutture territoriali ambulatoriali, fermo restando il budget complessivo assegnato;

STABILITO di prevedere per le strutture private accreditate (Ospedalità privata accreditata, con posti letto in regime di ricovero ordinario/DH) attualmente destinatarie di un budget dedicato per le prestazioni critiche:

- un incremento del budget dedicato alle prestazioni critiche fino alla quota pari al valore del 40% del budget assegnato per *Altra Specialistica Indistinto* per l'esercizio 2023;
- una rideterminazione del budget di *Altra Specialistica o Altra Specialistica Indistinto* escludendo, ai fini del calcolo della quota (40%) da destinare alle prestazioni critiche, la parte relativa alle prestazioni di laboratorio (cod. branca 00) e Fkt (cod. branca 56);
- una riduzione della quota del budget per *Altra Specialistica Indistinto* del valore pari a quello del suddetto incremento del budget per le prestazioni critiche, al fine di non generare ulteriori costi per il SSR;

STABILITO di prevedere per le strutture territoriali ambulatoriali (senza posti letto in regime di

ricovero/DH) accreditate per l'erogazione di prestazioni critiche:

- l'assegnazione di un budget dedicato all'esecuzione di prestazioni critiche del valore pari al 40% del budget assegnato per l'esercizio 2023 per *Altra Specialistica o Altra Specialistica Indistinto*;
- una rideterminazione del budget di *Altra Specialistica o Altra Specialistica Indistinto* escludendo, ai fini del calcolo della quota (40%) da destinare alle prestazioni critiche, la parte relativa alle prestazioni di laboratorio (cod. branca 00) e Fkt (cod. branca 56);
- una riduzione della quota del budget per *Altra Specialistica Indistinto* del valore pari a quello del suddetto incremento del budget per le prestazioni critiche, al fine di non generare ulteriori costi per il SSR;

STABILITO, altresì, che sono da ritenersi incluse tra le prestazioni critiche anche le prestazioni PET e PET/TC, secondo i codici di cui al DCA n. U00120/2019;

STABILITO che, al fine di preservare la possibilità per i pazienti già presi in carico dalla struttura di accedere direttamente alle cure previste dal percorso di *follow up*, qualora il budget di *Altra Specialistica Indistinto* sia completamente eroso, le prestazioni incluse in tale percorso, potranno essere remunerate con la quota di budget dedicato alle prestazioni critiche ancora disponibile;

RITENUTO di prevedere, anche per l'esercizio 2024, la possibilità per le strutture private accreditate di presentare istanza alla propria ASL di appartenenza per il trasferimento, fino ad un massimo del 20% del budget assegnato per acuti, incrementando per un equivalente valore, esclusivamente il budget dedicato all'erogazione di prestazioni critiche e/o APA, compatibilmente con il titolo autorizzativo e di accreditamento rilasciato alla struttura interessata;

STABILITO che il suddetto trasferimento dovrà essere preceduto da formale istanza presentata entro il 31 marzo 2024, da parte della singola struttura privata accreditata, alla propria ASL di appartenenza e, per conoscenza, alla Direzione Salute e integrazione sociosanitaria;

TENUTO CONTO, altresì, della necessità di procedere ad un incremento dei livelli massimi di finanziamento, volto anche al potenziamento dell'offerta delle c.d. "prestazioni critiche", in ragione **(i)** del riequilibrio del finanziamento pro-capite destinato all'assistenza specialistica in riferimento a ciascuna Azienda Sanitaria, **(ii)** di specifici fabbisogni assistenziali, **(iii)** delle strutture per le quali è stato rilasciato un nuovo titolo di accreditamento;

TENUTO CONTO che la Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria, così come condiviso in occasione dell'incontro tenutosi in data 4 dicembre 2023 con le Associazioni di categoria e i Policlinici Universitari privati, sta procedendo, in considerazione dei fabbisogni assistenziali del SSR, a definire una nuova metodologia per la determinazione dei finanziamenti da assegnare anche per le prestazioni di assistenza specialistica e di diagnostica erogate nei Pronto Soccorso regionali per accessi non seguiti da ricovero nonché per le prestazioni in Osservazione Breve Intensiva;

RITENUTO di stabilire, all'esito dell'istruttoria di cui sopra, per l'esercizio 2024 quanto segue:

- il livello massimo di finanziamento annuale per l'assistenza specialistica è pari a € **326.835.210,00**; tale finanziamento comprende anche **(i)** il potenziamento dell'offerta delle prestazioni critiche per l'abbattimento delle liste di attesa, **(ii)** il finanziamento per le strutture per le quali è stato rilasciato un nuovo titolo di accreditamento, **(iii)** il finanziamento per l'eventuale potenziamento e copertura delle prestazioni sanitarie necessarie alla popolazione, attraverso il riequilibrio del finanziamento pro-capite destinato all'assistenza specialistica in

riferimento a ciascuna Azienda Sanitaria, **(iv)** l'incremento di budget in ragione di specifici fabbisogni assistenziali;

- il finanziamento per le prestazioni di dialisi e radioterapia per l'anno 2024 è stimato in una quota pari a € **176.516.000,00**, calcolato sulla base della produzione 2023;

RILEVATO che, per l'**assistenza territoriale** (RSA, ADI, Hospice, Psichiatria e Riabilitazione territoriale), la sopra richiamata DGR n. 642/2022 stabiliva il livello massimo di finanziamento per l'anno 2024 in misura pari a € **808.714.000,00**;

TENUTO CONTO che, dalla data di adozione della DGR n. 642/2022 ad oggi, la Regione Lazio ha

- monitorato la copertura di assistiti over 65 in Assistenza Domiciliare Integrata, anche al fine di raggiungere gli obiettivi fissati dal PNRR;
- monitorato il percorso di riorganizzazione della riabilitazione territoriale avviato con la DGR n. 979/2020 ed integrato, negli anni successivi, con le DGR n. 138/2022 e n. 882/2022;
- potenziato l'offerta sul territorio, rilasciando l'accreditamento istituzionale a strutture che erogano prestazioni per persone non autosufficienti in RSA e per persone che necessitano di cure palliative residenziali e domiciliari;

TENUTO CONTO, altresì, che sul territorio della Regione Lazio insistono strutture private accreditate che erogano prestazioni residenziali e semiresidenziali, terapeutico riabilitative e pedagogico riabilitative, per persone con disturbi da abuso di sostanza o *addiction*;

RITENUTO NECESSARIO prevedere il tetto di spesa anche per le strutture accreditate residenziali e semiresidenziali, terapeutico riabilitative e pedagogico riabilitative, per persone con disturbi da abuso di sostanza o *addiction*;

STABILITO di incrementare il livello massimo di finanziamento per l'anno 2024 per l'**assistenza territoriale** in ragione **(i)** del fabbisogno di salute della popolazione, **(ii)** dell'incremento e della rimodulazione dell'offerta di strutture accreditate, **(iii)** del processo di riorganizzazione della riabilitazione territoriale, **(iv)** degli obiettivi di copertura di popolazione over 65 in assistenza domiciliare integrata previsti nel PNRR, **(v)** della necessità di ricondurre nell'alveo di quanto disposto dalla D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., con riferimento alla sottoscrizione degli accordi contrattuali, le strutture residenziali e semiresidenziali, terapeutico riabilitative e pedagogico riabilitative, per persone con disturbi da abuso di sostanza o *addiction*;

STABILITO che, all'esito dell'istruttoria di cui sopra, il livello massimo di finanziamento per l'anno 2024 per l'assistenza territoriale è pari a € **853.339.710,00**;

STABILITO che, con riferimento a tutte le tipologie assistenziali, nell'assegnazione dei budget 2024 alle strutture private accreditate, si terrà conto, altresì, della produzione erogata con onere carico del SSR, nonché di specifiche esigenze pubbliche per rispondere a fabbisogni assistenziali, anche in relazione a particolari ambiti territoriali, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del SSR;

CONSIDERATO che l'Amministrazione si riserva di valutare l'assegnazione di ulteriori finanziamenti a seguito dell'approvazione della Legge di Bilancio dello Stato 2024 e della successiva ripartizione del Fondo Sanitario Regionale, al fine di contenere ulteriormente il fenomeno del *boarding* nei Pronto Soccorso e il rispetto dei tempi di attesa per l'esecuzione degli interventi chirurgici di cui al Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA);

VISTA la DGR n. 695 del 04 agosto 2022, avente ad oggetto "*Approvazione modifiche allo*

schema di accordo/contratto ex art. 8 quinquies del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. di cui al DCA n. 243/2019”, con la quale è stato approvato lo schema di accordo/contratto avente efficacia per il triennio 2022-2024, così come aggiornato con DGR n. 310 del 20 giugno 2023;

VISTO il DCA n. 247 del 2 luglio 2019, avente ad oggetto “*Approvazione modifiche alla Disciplina uniforme delle modalità di fatturazione e di pagamento dei crediti vantati nei confronti delle Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, IRCCS Pubblici, dell’Azienda ARES 118 e della Fondazione Policlinico Tor Vergata – ex DCA n. U00032 del 30 gennaio 2017*”, modificata da ultimo con la DGR n. 310 del 20 giugno 2023;

DATO ATTO che è in corso di revisione e aggiornamento la suddetta Disciplina Uniforme delle modalità di fatturazione e di pagamento dei crediti del SSR, di cui al citato DCA n. 247 del 2 luglio 2019 e s.m.i.;

CONSIDERATO che lo schema di contratto approvato con la sopra richiamata DGR n. 695/2022 e s.m.i. prevede, all’art. 9, comma 1, lett. j), il budget per le prestazioni residenziali e semiresidenziali, terapeutico riabilitative e pedagogico riabilitative, per persone con disturbi da abuso di sostanza o *addiction*;

PRESO ATTO che sul territorio della Regione Lazio insistono ulteriori strutture accreditate che erogano prestazioni per persone con disturbi da abuso di sostanza o *addiction*, di tipologia diversa da quelle indicate al punto precedente;

RITENUTO necessario aggiornare l’art. 9, comma 1, lett. j) dello schema di accordo/contratto approvato con la sopra richiamata DGR n. 695/2022 e s.m.i., ricomprendendo anche le ulteriori prestazioni erogate in favore di persone con disturbi da abuso di sostanza o *addiction*;

RIBADITO che, per quanto riguarda l’assistenza territoriale e specialistica, anche per il 2024 le singole ASL provvederanno all’assegnazione del budget alle strutture private accreditate che insistono sul proprio territorio;

VISTO il DCA n. 249, del 3 luglio 2017, avente ad oggetto “*Approvazione schema di accordo/contratto ai sensi dell’art. 8 quinquies del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. - Revisione parziale dello schema di accordo/contratto di cui ai DCA n. 324/2015 e 555/2015.*”, nel quale, con riferimento agli importi derivanti dagli esiti dei controlli esterni concordati e non concordati e a qualsiasi altro titolo, l’art. 12, comma 6, prevedeva espressamente l’emissione delle note di credito, a seguito di richiesta della ASL competente;

TENUTO CONTO, tuttavia, del comportamento diffuso e inadempiente di alcune strutture private accreditate che non provvedono all’emissione delle note di credito richieste dalle Aziende Sanitarie Locali entro i termini previsti dalla Disciplina Uniforme, procedendo, invece, alla cessione a terzi dei relativi crediti bloccati dalle Aziende;

RITENUTO di dover modificare e aggiornare la disciplina giuridica dello schema di accordo/contratto 2022-2024, approvato con la DGR n. 695/2022 e successivamente modificato e integrato con la DGR n. 310/2023, così come comunicato con le note prot. n. 1418379/2023 e n. 1462712/2023, in particolare con riferimento:

- (i) all’obbligo di emissione delle note di credito,
- (ii) alle cessioni, ivi comprese quelle effettuate ai sensi della L. n. 130/1999 e s.m.i.,
- (iii) all’organizzazione sistematica e regolare della documentazione sanitaria in formato digitale,
- (iv) all’obbligo della messa a disposizione delle Agende almeno per 12 mesi consecutivi, così come previsto nel Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA),
- (v) all’obbligo di garantire un flusso costante di accettazioni dei pazienti, anche di sabato e

domenica,

- (vi) all'assegnazione del tetto di spesa anche per le c.d. Unità Mobili che erogano prestazioni per persone con disturbi da abuso di sostanza o *addiction*,
- (vii) al nuovo processo di rendicontazione e fatturazione delle prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogate a carico del SSR dalle strutture private accreditate di cui alla DGR n. 868/2023, alla quale è allegato il documento tecnico che dovrà formare parte integrante del contratto di budget stesso;

STABILITO, pertanto, di approvare lo schema di *Addendum* contrattuale, allegato al presente provvedimento e parte integrante dello stesso (**Allegato 2**);

DATO ATTO che il presente atto non comporta oneri a carico del bilancio regionale, in quanto gli stessi gravano sui bilanci delle Aziende Sanitarie, nel rispetto della programmazione finanziaria annuale definita dalla Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria e nell'ambito della quota di finanziamento sanitario indistinto dalla stessa Direzione assegnata alle Aziende;

DELIBERA

per i motivi di cui in premessa che formano, unitamente agli allegati, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

1. di definire e approvare, al fine di procedere all'acquisto di prestazioni sanitarie dalle strutture private accreditate per il raggiungimento degli obiettivi pubblici di salute perseguiti dall'Amministrazione, un nuovo modello di gestione delle risorse, finalizzato, in particolare, a contenere il fenomeno del *boarding* nei Pronto Soccorso, la riduzione delle liste d'attesa per le prestazioni critiche e il rispetto dei tempi di attesa per l'esecuzione degli interventi chirurgici di cui al Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA);
2. di prevedere, per l'attuazione di tale nuovo modello, un monitoraggio periodico, che consenta di valutare i risultati ottenuti per effettuare eventuali modifiche in corso d'anno, a budget invariato, da parte della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria;
3. di stabilire per l'esercizio 2023, nelle more dell'attuazione dei nuovi interventi definiti con il presente provvedimento, quanto segue:
 - confermare, per l'anno 2023, l'applicazione dei criteri di remunerazione per il riconoscimento del "budget aggiuntivo FRAC 2022" di cui alla DGR n. 642/2022;
 - confermare la metodologia adottata nell'esercizio 2022 per la determinazione dei finanziamenti 2023 da assegnare per lo svolgimento delle funzioni assistenziali ospedaliere ex art. 8-sexies, comma 2, del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i, per le prestazioni di assistenza specialistica e di diagnostica erogate nei pronto soccorso regionali nonché delle funzioni di didattica e ricerca connesse ad attività assistenziali di cui all'art 7, comma 2, del D. Lgs. n. 517/99 e s.m.i., entro i livelli massimi di finanziamento stabiliti con la DGR n. 642/2022;
4. di prevedere le più opportune misure affinché le strutture private accreditate garantiscano un flusso costante di accettazioni, anche nei giorni di sabato e domenica, stabilendo a tal fine che qualora, a fine anno, la media delle accettazioni nei reparti di degenza registrate nei giorni di sabato e domenica dovesse risultare del 10% inferiore rispetto alla media dei restanti giorni della settimana, nell'esercizio 2025 verrà applicato alla struttura privata accreditata un taglio del budget complessivo assegnato nel 2024 nella misura del 15%;
5. di prevedere le più opportune misure affinché si riduca la percentuale (registrata nel 2023) di rinvii di pazienti provenienti da P.S. esterno sul totale dei pazienti con provenienza da P.S. gestiti nelle strutture private accreditate non dotate di Pronto Soccorso, stabilendo a tal fine che, qualora risulti un "rinvio del paziente" presso un Ospedale dotato di P.S., per tutti gli episodi di ricovero ordinari con degenza maggiore di un giorno e con provenienza da P.S.,

gestiti dalle strutture private accreditate non dotate di P.S. nei reparti di Area Medica, verrà effettuato un abbattimento del 50% della tariffa riconosciuta in applicazione della normativa vigente; inoltre, nel caso in cui una struttura privata accreditata non dotata di P.S. dovesse registrare, a consuntivo, una percentuale di “rinvii di pazienti” superiore al 5% del totale degli episodi di ricovero gestiti presso la struttura con provenienza da P.S., nell’esercizio 2025 verrà effettuato un taglio del budget di Area medica assegnato nel 2024 nella misura del 10%;

6. di stabilire, con riferimento **all’assistenza ospedaliera**, per l’esercizio 2024, all’esito dell’istruttoria di cui in premessa, quanto segue:

- non confermare le regole di remunerazione per il riconoscimento del “budget aggiuntivo FRAC 2022” di cui alla DGR n. 642/2022, prevedendo che il relativo budget venga attribuito per la remunerazione delle prestazioni erogate nel 2024, comprese anche quelle di alta specialità rese a pazienti residenti e non residenti;

- interrompere il progetto sperimentale per il recupero della mobilità passiva di Cardiocirurgia di cui alla Determina n. G08251/2022, non prevedendo nell’esercizio 2024 le specifiche risorse finanziarie, visto che nessuna delle strutture private accreditate individuate ha raggiunto, negli esercizi 2021 e 2022, tutti e tre i valori *target* ad essi assegnati per ciascuno dei tre DRG 104, 105, 548 e che dall’analisi effettuata sui dati registrati sul sistema SIOXL nel periodo gennaio – settembre 2023 è stato, inoltre, rilevato che, anche per tale anno, le medesime strutture private accreditate non hanno raggiunto i sopracitati valori *target*;

- il finanziamento inizialmente stanziato con la DGR n. 642/2022 per le funzioni inerenti alle malattie infettive e tropicali - e non assegnato - andrà ad incrementare i livelli massimi di finanziamento destinati alla copertura dei maggiori costi connessi allo svolgimento delle funzioni assistenziali *ex art. 8-sexies*, comma 2, del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i.;

- confermare i livelli massimi di finanziamento stanziati nella DGR n. 642/2022 per l’acquisto delle prestazioni di assistenza ospedaliera nell’esercizio 2024, pari € **1.541.958.000,00**, e che tale finanziamento comprende: **(i)** il finanziamento per l’acquisto delle prestazioni sanitarie afferenti all’assistenza ospedaliera dalle strutture private accreditate, ivi comprese le prestazioni di alta specialità e le prestazioni erogate dagli IRCSS privati di cui all’art. 15, comma 14, del D.L. n. 95/2012 e s.m.i.; **(ii)** il finanziamento per le funzioni assistenziali previste dall’art. 8 *sexies* del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.; **(iii)** le funzioni per la copertura dei maggiori costi connessi alle attività di didattica e ricerca *ex art. 7*, comma 2, D. Lgs. n. 517/99 e s.m.i.; **(iv)** il finanziamento dovuto a percorsi di riorganizzazione o rimodulazione delle strutture private accreditate; **(v)** il finanziamento per l’ampliamento/rimodulazione del numero di posti letto delle strutture private accreditate e/o per le strutture per le quali è stato rilasciato il titolo di accreditamento; **(vi)** le risorse necessarie per rispondere a specifiche esigenze di salute pubblica;

- la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria procederà con l’attribuzione del valore complessivo dei budget assegnati nel 2023 secondo la metodologia definita con note prot. n. 1418379/2023 e n. 1462712/2023, avviando specifiche attività di monitoraggio periodiche, su base trimestrale, anche al fine di introdurre eventuali azioni correttive alla suddetta metodologia di attribuzione dei budget, a finanziamento complessivo invariato;

- la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria procederà, in relazione alle attività di ricovero per acuti, con l’individuazione di una metodologia per l’incremento dei budget da assegnare alle strutture private accreditate in risposta a specifici fabbisogni di salute pubblica nonché per il potenziamento della Rete Ospedaliera nel corso del triennio 2024-2026, che preveda la definizione di un costo medio a posto letto che tenga conto della tipologia della disciplina e della classe di erogatore;

- approvare il documento tecnico (**Allegato 1**) denominato “*Criteri di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera (Acuti, Riabilitazione post-acuzie, Lungodegenza medica) – Esercizio 2024*”, allegato al presente provvedimento e parte integrante e sostanziale dello stesso, che prevede di: **(i)** confermare i criteri di remunerazione delle attività di ricovero afferenti all’assistenza ospedaliera ad oggi in vigore, **(ii)** introdurre le regole di remunerazione di cui alle note prot. n. 1418379/2023 e n. 1462/12/2023, parzialmente modificate in considerazione delle osservazioni fornite dalle Associazioni di categoria e dalle strutture private accreditate, **(iii)** introdurre misure per garantire un flusso costante di accettazioni dei pazienti anche nei giorni di sabato e domenica, **(iv)** disincentivare i rinvii di pazienti dai reparti di ricovero per acuti di strutture non dotate di P.S. verso strutture ospedaliere appartenenti alla Rete di Emergenza-Urgenza;
 - la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, così come condiviso in occasione dell’incontro tenutosi in data 4 dicembre 2023 con le Associazioni di categoria e i Policlinici Universitari privati, procederà in considerazione dei fabbisogni assistenziali del SSR, a definire una nuova metodologia per la determinazione dei finanziamenti da assegnare per lo svolgimento delle funzioni assistenziali ospedaliere *ex art. 8-sexies*, comma 2, del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i., per le prestazioni di assistenza specialistica e di diagnostica erogate nei P.S. regionali, nonché delle funzioni di didattica e ricerca connesse ad attività assistenziali di cui all’art 7, comma 2, del D. Lgs. n. 517/99 e s.m.i., tenendo conto dei livelli massimi di finanziamento stabiliti con il presente provvedimento;
 - la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria avvierà il monitoraggio sulla corrispondenza dei dati degli interventi chirurgici inseriti nei sistemi informativi Flusso Liste di Attesa Interventi Chirurgici e SIOXL, individuando le più opportune misure volte a garantire la qualità dei dati registrati sui sistemi informativi regionali utili al potenziamento dei sistemi di programmazione sanitarie e controllo della spesa sanitaria;
7. di stabilire, con riferimento **all’assistenza specialistica**, per l’esercizio 2024, all’esito dell’istruttoria di cui in premessa, quanto segue:
- prevedere la revisione dei criteri di assegnazione alle Aziende Sanitarie dei livelli massimi di finanziamento e di determinazione dei budget alle strutture private accreditate, destinati all’acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale con onere a carico del SSR, in risposta ai bisogni assistenziali della popolazione regionale, al fine di garantire ai cittadini una maggiore disponibilità nell’erogazione delle prestazioni “critiche” nonché una contrazione dei relativi tempi di attesa;
 - prevedere una redistribuzione della quota di budget, per il potenziamento delle prestazioni critiche, anche per le strutture territoriali ambulatoriali, fermo restando il budget complessivo assegnato;
 - prevedere per le strutture private accreditate (Ospedalità privata accreditata, con posti letto in regime di ricovero ordinario/DH) attualmente già destinatarie di un budget dedicato per le prestazioni critiche:
 - ✓ un incremento del budget dedicato alle prestazioni critiche fino alla quota pari al valore del 40% del budget assegnato per Altra Specialistica Indistinto per l’esercizio 2023;
 - ✓ una rideterminazione del budget di Altra Specialistica o Altra Specialistica Indistinto escludendo, ai fini del calcolo della quota (40%) da destinare alle prestazioni critiche, la parte relativa alle prestazioni di laboratorio (cod. branca 00) e Fkt (cod. branca 56);
 - ✓ una riduzione della quota del budget per Altra Specialistica Indistinto del valore pari a quello del suddetto incremento del budget per le prestazioni critiche, al fine di non generare ulteriori costi per il SSR;

- prevedere per le strutture territoriali ambulatoriali (senza posti letto in regime di ricovero/DH) accreditate per l'erogazione di prestazioni critiche:
 - ✓ l'assegnazione di un budget dedicato all'esecuzione di prestazioni critiche del valore pari al 40% del budget assegnato per l'esercizio 2023 per Altra Specialistica o Altra Specialistica Indistinto;
 - ✓ una rideterminazione del budget di Altra Specialistica o Altra Specialistica Indistinto escludendo, ai fini del calcolo della quota (40%) da destinare alle prestazioni critiche, la parte relativa alle prestazioni di laboratorio (cod. branca 00) e Fkt (cod. branca 56);
 - ✓ una riduzione della quota del budget per Altra Specialistica Indistinto del valore pari a quello del suddetto incremento del budget per le prestazioni critiche, al fine di non generare ulteriori costi per il SSR;
 - sono da ritenersi incluse tra le prestazioni critiche anche le prestazioni PET e PET/TC, secondo i codici di cui al DCA n. U00120/2019;
 - al fine di preservare la possibilità per i pazienti già presi in carico dalla struttura di accedere direttamente alle cure previste dal percorso di *follow up*, qualora il budget di Altra Specialistica Indistinto sia completamente eroso, le prestazioni incluse in tale percorso, potranno essere remunerate con la quota di budget dedicato alle prestazioni critiche ancora disponibile;
 - prevedere, anche per l'esercizio 2024, la possibilità per le strutture private accreditate di presentare istanza alla propria ASL di appartenenza per il trasferimento, fino ad un massimo del 20% del budget assegnato per acuti, incrementando per un equivalente valore, esclusivamente il budget dedicato all'erogazione di prestazioni critiche e/o APA, compatibilmente con il titolo autorizzativo e di accreditamento rilasciato alla struttura interessata;
 - il suddetto trasferimento dovrà essere preceduto da formale istanza presentata entro il 31 marzo 2024, da parte della singola struttura privata accreditata, alla propria ASL di appartenenza e, per conoscenza, alla Direzione Salute e integrazione sociosanitaria;
 - procedere ad un incremento dei livelli massimi di finanziamento, volto anche al potenziamento dell'offerta delle c.d. "prestazioni critiche", in ragione **(i)** del riequilibrio del finanziamento pro-capite destinato all'assistenza specialistica in riferimento a ciascuna Azienda Sanitaria, **(ii)** di specifici fabbisogni assistenziali, **(iii)** delle strutture per le quali è stato rilasciato un nuovo titolo di accreditamento;
 - il livello massimo di finanziamento annuale per l'assistenza specialistica è pari a € **326.835.210,00**; tale finanziamento comprende anche **(i)** il potenziamento dell'offerta delle prestazioni critiche per l'abbattimento delle liste di attesa, **(ii)** il finanziamento per le strutture per le quali è stato rilasciato un nuovo titolo di accreditamento, **(iii)** il finanziamento per l'eventuale potenziamento e copertura delle prestazioni sanitarie necessarie alla popolazione, attraverso il riequilibrio del finanziamento pro-capite destinato all'assistenza specialistica in riferimento a ciascuna Azienda Sanitaria, **(iv)** l'incremento di budget in ragione di specifici fabbisogni assistenziali;
 - il finanziamento per le prestazioni di dialisi e radioterapia per l'anno 2024 è stimato in una quota pari a € **176.516.000,00**, calcolato sulla base della produzione 2023;
8. di stabilire, con riferimento **all'assistenza territoriale**, per l'esercizio 2024, all'esito dell'istruttoria di cui in premessa, quanto segue:

- prevedere il tetto di spesa anche per le strutture accreditate residenziali e semiresidenziali, terapeutico riabilitative e pedagogico riabilitative, per persone con disturbi da abuso di sostanza o *addiction*;
 - incrementare il livello massimo di finanziamento per l'assistenza territoriale in ragione **(i)** del fabbisogno di salute della popolazione, **(ii)** dell'incremento e della rimodulazione dell'offerta di strutture accreditate, **(iii)** del processo di riorganizzazione della riabilitazione territoriale, **(iv)** degli obiettivi di copertura di popolazione *over 65* in assistenza domiciliare integrata previsti nel PNRR, **(v)** della necessità di ricondurre nell'alveo di quanto disposto dalla D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., con riferimento alla sottoscrizione degli accordi contrattuali, le strutture residenziali e semiresidenziali, terapeutico riabilitative e pedagogico riabilitative, per persone con disturbi da abuso di sostanza o *addiction*;
 - il livello massimo di finanziamento per l'assistenza territoriale è pari a € **853.339.710,00**;
9. che, con **riferimento a tutte le tipologie assistenziali**, nell'assegnazione dei budget 2024 alle strutture private accreditate, si terrà conto, altresì, della produzione erogata con onere carico del SSR, nonché di specifiche esigenze pubbliche per rispondere a fabbisogni assistenziali, anche in relazione a particolari ambiti territoriali, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del SSR;
 10. che l'Amministrazione si riserva di valutare l'assegnazione di ulteriori finanziamenti a seguito dell'approvazione della Legge di Bilancio dello Stato 2024 e della successiva ripartizione del Fondo Sanitario Regionale, al fine di contenere ulteriormente il fenomeno del *boarding* nei Pronto Soccorso e il rispetto dei tempi di attesa per l'esecuzione degli interventi chirurgici di cui al Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA);
 11. di modificare e aggiornare la disciplina giuridica dello schema di accordo/contratto 2022-2024, approvato con la DGR n. 695/2022 e successivamente modificato e integrato con la DGR n. 310/2023, così come comunicato con le note prot. n. 1418379/2023 e n. 1462712/2023, e in particolare con riferimento:
 - (i)** all'obbligo di emissione delle note di credito,
 - (ii)** alle cessioni, ivi comprese quelle effettuate ai sensi della L. n. 130/1999 e s.m.i.,
 - (iii)** all'organizzazione sistematica e regolare della documentazione sanitaria in formato digitale,
 - (iv)** all'obbligo della messa a disposizione delle Agende almeno per 12 mesi consecutivi, così come previsto nel Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA),
 - (v)** all'obbligo di garantire un flusso costante di accettazioni dei pazienti, anche di sabato e domenica,
 - (vi)** all'assegnazione del tetto di spesa anche per le c.d. Unità Mobili che erogano prestazioni per persone con disturbi da abuso di sostanza o *addiction*,
 - (vii)** al nuovo processo di rendicontazione e fatturazione delle prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogate a carico del SSR dalle strutture private accreditate di cui alla DGR n. 868/2023, al quale è allegato il documento tecnico che dovrà formare parte integrante del contratto di budget stesso;
 12. di approvare lo schema di *Addendum* contrattuale, relativo alla modifica parziale della Disciplina giuridica dell'accordo/contratto di budget ex art. 8 quinquies D. Lgs. 502/92 e s.m.i. approvato con DGR n. 695/2022, come modificato dalla DGR n. 310/2023, nonché al

corrispettivo dell'anno 2024, allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale dello stesso (**Allegato 2**).

La Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria valuterà ogni opportuna modifica e/o rimodulazione, in corso d'anno, da sottoporre all'approvazione della Giunta, dei criteri del nuovo modello di gestione delle risorse, a budget complessivo invariato, ai fini del raggiungimento degli obiettivi di salute perseguiti con il presente provvedimento.

Con riferimento all'assistenza specialistica e all'assistenza territoriale, anche per il 2024 le singole ASL provvederanno all'assegnazione del budget alle strutture private accreditate che insistono sul proprio territorio.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale dinanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nel termine di sessanta (60) giorni, ovvero, ricorso straordinario al Capo dello Stato nel termine di centoventi (120) giorni, dalla pubblicazione dello stesso.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.



**REGIONE
LAZIO**

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Remunerazione, Budget e Contratti

Allegato 1 – Criteri di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera (Acuti, Riabilitazione post-acuzie, Lungodegenza medica) – Esercizio 2024



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Remunerazione, Budget e Contratti

1. Premessa

Nel presente documento sono individuati i criteri di remunerazione che verranno applicati, nell'esercizio 2024, per il riconoscimento economico delle prestazioni sanitarie afferenti all'assistenza ospedaliera (Acuti, Riabilitazione post-acuzie e Lungodegenza medica) acquistate dalle strutture private accreditate nell'ambito degli Accordi-Contratti di budget ex art. 8-quinquies del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. Tali criteri, ove applicabili, valgono anche per le strutture sanitarie pubbliche.

Si precisa, inoltre, che le Tabelle A, B, C, D, E, F, G citate nel proseguo del documento sono riportate come allegato al presente documento tecnico.

2. Prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti

2.1. Tariffe applicate per la remunerazione delle prestazioni

Tutte le prestazioni sanitarie di ricovero per acuti erogate, con onere a carico del SSR, dalle strutture private accreditate e registrate sul sistema informativo SIOXL verranno valorizzate economicamente applicando il tariffario regionale vigente (DCA n. 310/2013 e s.m.i.) per la remunerazione delle prestazioni di ricovero per acuti.

Alle tariffe di cui al DCA n. 310/2013 e s.m.i. verrà applicata, inoltre, una stadiazione tariffaria, per classe di erogatore e tipologia di DRG, secondo le percentuali definite nella Tabella 7, allegato 4, del DCA n. 151/2019 meglio riportate di seguito:

Tabella 1 – Classi tariffarie

Classi tariffarie	Ruolo nella rete – tipologia struttura	DRG medici e chirurgici ad alta complessità (1)	DRG chirurgici a bassa e media complessità (2)	DRG medici di bassa e media complessità di pazienti non proveniente da PS (3)	DRG medici di bassa e media complessità di pazienti non proveniente da PS non inclusi nella colonna C (4)	DRG medici relativi a dimissioni di pazienti provenienti da PS
		A	B	C	D	E
Classe 1	Dea II e Policlinici	100%	100%	100%	85%	100%
Classe 2	Dea I	100%	98%	98%	85%	100%
Classe 3	PS – PS specialistico	100%	96%	96%	85%	100%
Classe 4	Strutture non dotate di PS	100%	94%	94%	85%	100%

(1) Si riportano alla tabella A i DRG di cui alla colonna A. Si fa presente che tale elenco potrà essere rivisto alla luce delle determinazioni che saranno assunte in sede di Conferenza Stato-Regioni in materia di accordi di Mobilità Sanitaria.

(2) Si riportano alla tabella B i DRG di cui alla colonna B. Si fa presente che tale elenco potrà essere rivisto alla luce delle determinazioni che saranno assunte in sede di Conferenza Stato-Regioni in materia di accordi di Mobilità Sanitaria.

(3) Si riportano alla tabella C i DRG di cui alla colonna C. Tali DRG si riferiscono ad attività elettive non comprimibili ovvero a ricoveri medici in esito a complicanze di attività elettive chirurgiche.

(4) Si riportano alla tabella D in calce i DRG di cui alla colonna D.

La valorizzazione degli episodi di ricovero per acuti registrati sul sistema SIOXL segue le regole meglio definite nella DGR n. 868 del 7 dicembre 2023, avente ad oggetto “Revisione del processo di



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Remunerazione, Budget e Contratti

rendicontazione e fatturazione delle prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogate a carico del SSR dalle strutture private accreditate”.

La relativa valorizzazione economica delle prestazioni di ricovero per acuti erogate in regime ordinario e diurno, con onere a carico del SSR, determinerà l’erosione dei budget di area medica, di area chirurgica, di area critica, di attività medica in day hospital, in funzione della disciplina di dimissione della SDO registrata sul sistema SIOXL. Nello specifico:

- il budget di **Area Medica** verrà eroso dagli episodi di ricovero ordinario la cui SDO registrata sul sistema SIOXL presenti una delle seguenti discipline di dimissione: 01-Allergologia, 05-Angiologia, 08-Cardiologia, 18-Ematologia, 19-Malattie endocrine del ricambio e nutrizione, 20-Immunologia, 21-Geriatria, 24-Malattie Infettive e Tropicali, 26-Medicina Generale, 29-Nefrologia, 31-Nido, 32-Neurologia, 33-Neuropsichiatria infantile, 39-Pediatria, 40-Psichiatria, 51-Medicina d’urgenza, 52-Dermatologia, 58-Gastroenterologia, 61-Medicina nucleare, 62-Neonatologia, 64-Oncologia, 68-Pneumologia, 71-Reumatologia, 94-Terapia Semi Intensiva;
- il budget di **Area Chirurgico** verrà eroso dagli episodi di ricovero ordinario e in day hospital la cui SDO registrata sul sistema SIOXL presenti una delle seguenti discipline di dimissione: 07-Cardiochirurgia, 09-Chirurgia generale, 10-Chirurgia maxillo facciale, 11-Chirurgia pediatrica, 12-Chirurgia Plastica, 13-Chirurgia Toracica, 14-Chirurgia Vascolare, 30-Neurochirurgia, 34-Oculistica, 35-Odontoiatria e Stomatologia, 36-Ortopedia e Traumatologia, 37-Ostetricia-Ginecologia, 38-Otorinolaringoiatria, 43-Urologia, 48-Nefrologia (Abilitato al trapianto rene), 76-Neurochirurgia Pediatrica, 98-Day Surgery Multispecialistico;
- il budget di **Area Critica** verrà eroso dagli episodi di ricovero ordinario la cui SDO registrata sul sistema SIOXL presenti una delle seguenti discipline di dimissione: 49-Terapia Intensiva, 50-Unità Coronarica, 73-Terapia Intensiva Neonatale;
- il budget dedicato per le **Attività mediche in day hospital** verrà eroso dagli episodi di ricovero in day hospital la cui SDO registrata sul sistema SIOXL presenti una delle seguenti discipline di dimissione: 01-Allergologia, 02-Day Hospital Multispecialistico, 05-Angiologia, 08-Cardiologia, 18-Ematologia, 19-Malattie endocrine del ricambio e nutrizione, 20-Immunologia, 21-Geriatria, 24-Malattie Infettive e Tropicali, 26-Medicina Generale, 29-Nefrologia, 31-Nido, 32-Neurologia, 33-Neuropsichiatria infantile, 39-Pediatria, 40-Psichiatria, 51-Medicina d’urgenza, 52-Dermatologia, 58-Gastroenterologia, 61-Medicina nucleare, 62-Neonatologia, 64-Oncologia, 68-Pneumologia, 71-Reumatologia, 94-Terapia Semi Intensiva.

Considerato che l’introduzione dei budget distinti per tipologia di attività rappresenta una nuova metodologia di assegnazione delle risorse finanziarie finalizzata ad indirizzare l’offerta sanitaria acquistata dalle strutture private accreditate per rispondere a specifici fabbisogni del SSR (es. abbattimenti liste di attesa interventi chirurgici, riduzione del fenomeno del boarding nei pronto soccorso, ecc.), la Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria, nel corso dell’esercizio 2024, si riserva la facoltà di effettuare delle correzioni sull’assegnazione dei budget in funzione dell’andamento delle esigenze epidemiologiche dell’utenza del SSR e, pertanto, delle attività assistenziali che verranno erogate dalle strutture private accreditate in risposta a tali esigenze. A tal riguardo, saranno previste specifiche attività di monitoraggio periodiche, su base trimestrale, sull’erosione dei budget assegnati anche al fine di introdurre eventuali azioni correttive sulla metodologia di assegnazione dei budget, a finanziamento complessivo invariato.

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Remunerazione, Budget e Contratti

2.2. Abbattimenti tariffari

Si riportano nella tabella che segue le rimodulazioni tariffarie e gli abbattimenti vigenti che vengono confermati per l'esercizio 2024.

Tabella 2 – Abbattimenti e rimodulazioni tariffarie

Tipologia abbattimento/rimodulazione tariffaria	Descrizione abbattimento/rimodulazione tariffaria*	Provvedimento amministrativo di riferimento	Abbattimento da effettuare:
Abbattimento tariffario per ricoveri per frattura del femore in pazienti +65 anni	Abbattimento tariffario per gli interventi chirurgici per frattura del femore effettuati oltre 48 ore a partire dalla data di ricovero ed in particolare: – nel caso in cui l'indicatore di "Proporzione aggiustata di interventi chirurgici entro 48 ore a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano (65+)" sia < 60% verrà applicato un abbattimento del 40% della tariffa; – nel caso tale indicatore sia > o = al 60% non è previsto nessun abbattimento. L'abbattimento tariffario viene calcolato sugli interventi chirurgici effettuati oltre 48 ore a partire dalla data di ricovero.	DCA n. 151 del 30/04/2019 Allegato 4	Consuntivo
Abbattimento ricoveri con parto cesareo primario	Abbattimento tariffario sui ricoveri con parto cesareo primario (DRG 370-371) resi dalle strutture afferenti alla rete perinatale – quest'ultime distinte per livello di punto nascita I livello e II livello (si veda DCA n. 255/2017 e s.m.i.). L'abbattimento viene effettuato nella misura del 40% nel caso in cui l'indicatore "PPTCP=Proporzione di parti con taglio cesareo primario" sia per i punti nascita di I livello maggiore del 15% e per i punti nascita di II livello, maggiore del 25%; non è previsto nessun abbattimento nel caso in cui l'indicatore sia, per i punti di I livello, inferiore del 15% e, per i punti di II livello, inferiore del 25%. L'abbattimento tariffario viene calcolato sulla quota eccedente la <u>proporzione aggiustata rispetto al valore soglia</u> .	DCA n. 151 del 30/04/2019 Allegato 4	Consuntivo
Abbattimento per i ricoveri per intervento chirurgico per colecistectomia laparoscopica	Abbattimento dei ricoveri in regime ordinario o day surgery, con il codice ICD-9-CM di intervento in qualunque posizione 51.23. Nello specifico, viene applicato un abbattimento tariffario pari al 50% della tariffa alle strutture che hanno fatto registrare un volume di attività inferiore al valore di riferimento, pari a 100 interventi annui, fermo restando la soglia di tollerabilità del 10% (che porta il valore di riferimento da 100 a 90 interventi annui). Viene comunque stabilita una soglia di tolleranza per cui è prevista la remunerazione dell'intera tariffa fino ad un massimo di dieci interventi annui per struttura, individuati dalla data di ammissione e dal numero progressivo di ricovero.	DCA n. 255 del 05/07/2017	Consuntivo
Abbattimento tariffario per ricoveri per tumore maligno al polmone	Abbattimento effettuato sui ricoveri in regime ordinario con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno del polmone primitivo o secondario con codice di intervento ICD-9-CM 162.2, 162.3, 162.4, 162.5, 162.8, 162.9, 197.0 ed intervento principale o secondario di lobectomia o asportazione del polmone con codice di intervento ICD-9-CM 32.4, 32.5, 32.9, 32.6, 32.3, 32.29. Nello specifico, viene effettuato un abbattimento delle tariffe per tutte le strutture non afferenti alla rete oncologica per il tumore maligno al polmone nella misura del 100% se la struttura ha praticato un numero di interventi annui <89, del 30% se compresi tra i 90 e i 127 interventi, nessun abbattimento oltre i 128 interventi.	DCA n. 255 del 05/07/2017	Consuntivo
Abbattimento tariffario per ricoveri per infarto miocardico acuto	Abbattimento effettuato sui ricoveri in regime ordinario con diagnosi principale o secondaria di infarto del miocardio acuto (codice ICD-9-CM 410.xx). Nello specifico, l'abbattimento tariffario viene applicato per tutti quei ricoveri IMA effettuati dalle strutture non dotate di UTIC; in particolare tali ricoveri saranno riconosciuti fino ad un limite massimo pari all'1% dei ricoveri ordinari per acuti effettuati da ciascuna struttura.	DCA n. 255 del 05/07/2017	Consuntivo
Abbattimento interventi tumore alla mammella	L'abbattimento viene effettuato sui ricoveri in regime ordinario o day hospital con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno alla mammella (ICD-9-CM 174, 198.81, 233.0). Mentre per l'intervento, sia principale o secondario, i codici di quadrantectomia della mammella o mastectomia (ICD-9-CM 85.20, 85.21, 85.22, 85.23, 85.24, 85.25, 85.33,	DCA n. 38 del 03/02/2015 DCA n. 332 del 13/07/2015	In corso d'anno

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Remunerazione, Budget e Contratti

Tipologia abbattimento/rimodulazione tariffaria	Descrizione abbattimento/rimodulazione tariffaria*	Provvedimento amministrativo di riferimento	Abbattimento da effettuare:
	85.34, 85.35, 85.36, 85.41, 85.42, 85.43, 85.44, 85.45, 85.46, 85.47, 85.48). Per il calcolo dei nuovi interventi chirurgici per tumore maligno della mammella sono esclusi tutti i casi che nei 5 anni precedenti al ricovero indicano risultano avere avuto un ricovero con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno della mammella ed intervento principale o secondario di quadrantectomia della mammella o mastectomia. Nello specifico, vengono valorizzati a zero tutti gli interventi per tumore alla mammella effettuati dalle strutture non classificate quali centri di Senologia ai sensi del DCA 38/2015, Determina del 24 dicembre 2020, n. G16239 e s.m.i. Tale abbattimento verrà effettuato in corso d'anno; i dati contenuti nelle SDO verranno, pertanto, acquisiti dal Sistema informatico regionale SIOXL, esclusivamente, a fini statistico-epidemiologici.		
Abbattimento somministrazione farmaci oncologici in regime di ricovero diurno	Abbattimento del DRG 410 in regime di ricovero diurno, nel caso di somministrazione dei farmaci oncologici addebitati sul flusso F a pazienti accettati in regime di ricovero in DH. Il costo del DRG viene abbattuto del 90% del suo valore.	DCA n. 50 del 14/06/2010	Consuntivo
Decurtazione sui Diagnosis Related Group (DRG) a rischio di inappropriata	Decurtazioni dei DRG a rischio di inappropriata ai sensi del DCA n. 218/2017 e s.m.i. L'elenco dei DRG è riportato nella Tabella E .	DCA n. 218/2017 e s.m.i. DCA n. 151/2019, allegato 4E e 4F, e s.m.i.	Consuntivo

*Per maggiori dettagli si rimanda ai provvedimenti riportati nella Tabella 2 con cui sono stati introdotti gli abbattimenti/rimodulazioni tariffarie.

Verrà effettuata, ai sensi del DCA n. 332/2015, una valutazione in merito alla contrattualizzazione delle attività di assistenza al parto e neonato per l'esercizio 2025 delle strutture private accreditate che hanno fatto registrare nel 2024 un volume di parti inferiore a 500.

2.3. Vincoli per l'utilizzo dei budget di Area medica e chirurgica

Per indirizzare l'offerta sanitaria delle strutture private accreditate in funzione degli obiettivi del Servizio Sanitario Regionale, vengono stabilite di seguito le regole per l'utilizzo dei budget di Area Medica, di Area Chirurgica, di Area Critica, di Attività mediche in day hospital, nell'ambito dei quali potranno essere remunerati tutti gli episodi di ricovero meglio individuati al paragrafo 2.1.

Le regole espone nel proseguo del documento hanno l'obiettivo di individuare, stabilire e garantire, nel rispetto del ruolo ricoperto dalle strutture private accreditate nell'ambito delle reti di emergenza-urgenza e delle reti tempo-dipendenti, la tipologia dei ricoveri ricovero in acuzie, congiuntamente al relativo volume delle prestazioni da erogare, che il Servizio Sanitario Regionale del Lazio intende assicurare, facendo ricorso alle sopracitate strutture private accreditate, per contrastare il fenomeno del boarding nei Pronto Soccorso, contrarre i tempi di attesa per l'esecuzione degli interventi chirurgici nel rispetto del Piano Nazionale di governo delle liste di attesa, assicurare i LEA a tutta la popolazione del Lazio e non.

Il Budget di Area Medica potrà essere utilizzato:

- dalle strutture private accreditate non dotate di un Pronto Soccorso, per gestire gli episodi di ricovero provenienti dai Pronto Soccorso, pubblici e privati, che necessitano una assistenza nelle discipline di Geriatria, Medicina Generale, Pneumologia, Gastroenterologia, Neurologia, secondo le seguenti percentuali:



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Remunerazione, Budget e Contratti

Tabella 3 - % Episodi di ricovero minimi con provenienza da PS da gestire con il budget di Area Medica

A	B
% Episodi di ricovero minimi con Provenienza da PS da gestire con il Budget di Area Medica	% Episodi di ricovero con Provenienza diversa da PS da gestire con il Budget di Area Medica
95%	5%

Nello specifico, il budget di Area Medica assegnato alle strutture private accreditate non dotate di pronto soccorso dovrà essere utilizzato nella misura di cui alla colonna A della Tabella 3 sopra riportata, per la gestione di almeno il 50% degli episodi di ricovero, con provenienza da specifici ospedali dotati di Pronto Soccorso secondo le afferenze individuate nella **Tabella F**, che necessitano un'assistenza nelle discipline di Geriatria, Medicina Generale, Pneumologia, Gastroenterologia, Neurologia. L'esigenza di attribuire almeno il 50% degli episodi di ricovero a specifiche afferenze rispetto, risponde all'obiettivo di rafforzare i rapporti tra gli ospedali pubblici e privati dotati di pronto soccorso e le strutture private accreditate nonché efficientare i procedimenti tecnico-amministrativi afferenti al più ampio processo di logistica del paziente. Dunque, nel corso dell'esercizio 2024 la Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria effettuerà un'attività di monitoraggio per controllare il rispetto dell'osservanza del suddetto vincolo per le afferenze di cui alla **Tabella F**.

Qualora le strutture private accreditate non dotate di pronto soccorso registrino a consuntivo, complessivamente per le discipline di Geriatria, Medicina Generale, Pneumologia, Gastroenterologia, Neurologia, una percentuale di episodi di ricovero con provenienza da Pronto Soccorso maggiore o uguale alla percentuale di cui alla colonna A della suindicata Tabella, tali episodi di ricovero verranno:

- (i) esclusi dalla valutazione di appropriatezza con metodiche automatiche (APPRO e APA) da sistema informativo;
- (ii) ricompresi nell'esecuzione della valutazione di appropriatezza su cartella clinica, esclusivamente per la verifica della qualità delle cure erogate e per la verifica periodica volta ad introdurre eventuali soluzioni migliorative, solo se la degenza rispetta la soglia DRG-specifica (i ricoveri oltre soglia sono, invece, soggetti alle sanzioni economiche previste dalla normativa vigente).

Qualora, invece, le strutture private accreditate non dotate di pronto soccorso registrino a consuntivo, complessivamente per le discipline di Geriatria, Medicina Generale, Pneumologia, Gastroenterologia, Neurologia, una percentuale di episodi di ricovero con provenienza diversa da Pronto Soccorso maggiore della percentuale di cui alla colonna B della suindicata Tabella 3, tutti gli episodi di ricovero eccedenti la suddetta percentuale del 5%, in sede di riconoscimento della remunerazione annuale, non verranno riconosciuti; verrà disposta la sospensione dell'intera tariffa di tutti gli episodi di ricovero con provenienza diversa da PS eccedenti tale percentuale, partendo dagli episodi con data di dimissione più recente. Inoltre, verranno disapplicate le condizioni di cui ai sopracitati punti (i) e (ii).

Il Budget di Area Medica potrà essere anche utilizzato, indipendentemente dalla provenienza del paziente, dalle strutture private accreditate non dotate di Pronto Soccorso per la gestione degli episodi di ricovero che necessitano assistenza nelle discipline di Area Medica diverse da quelle riportate sopra (ossia Geriatria, Medicina Generale, Pneumologia, Gastroenterologia, Neurologia), purché quest'ultime risultino nella configurazione di accreditamento delle strutture private.

Infine, per tutti gli episodi di ricovero ordinari con degenza maggiore di un giorno e con provenienza da Pronto Soccorso, gestiti dalle strutture private accreditate non dotate di Pronto Soccorso nei reparti di

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Remunerazione, Budget e Contratti

Area Medica, verrà effettuato un abbattimento del 50% della tariffa riconosciuta in applicazione della normativa vigente, qualora risulti un re-invio del paziente presso un Ospedale dotato di pronto soccorso. Inoltre, nel caso in cui una struttura privata accreditata non dotata di pronto soccorso dovesse registrare a consuntivo una percentuale di “re-invi di pazienti” superiore al 5% del totale degli episodi di ricovero gestiti presso la struttura con provenienza da Pronto Soccorso, nell’esercizio 2025 verrà effettuato un taglio del budget di Area medica assegnato nel 2024 nella misura del 10%.

- dalle strutture private accreditate dotate di un Pronto Soccorso, per gestire gli episodi di ricovero provenienti dai Pronto Soccorso interno che necessitano una assistenza nelle discipline di Medicina Generale, Medicina d'Urgenza, Geriatria e Pneumologia, secondo le seguenti percentuali:

Tabella 4 - % Episodi di ricovero minimi con provenienza da PS da gestire con il budget di Area Medica

A	B
% Episodi di ricovero minimi con Provenienza da PS da gestire con il Budget di Area Medica	% Episodi di ricovero con Provenienza diversa da PS da gestire con il Budget di Area Medica
95%	5%

Qualora le strutture private accreditate dotate di pronto soccorso registrino a consuntivo, complessivamente per le discipline di Medicina Generale, Medicina d'Urgenza, Geriatria e Pneumologia, una percentuale di episodi di ricovero con provenienza diversa da Pronto Soccorso maggiore della percentuale di cui alla colonna B della suindicata Tabella 4, tutti gli episodi di ricovero eccedenti la suddetta percentuale del 5%, in sede di riconoscimento della remunerazione annuale, non verranno riconosciuti. Nello specifico, verrà disposta la sospensione dell’intera tariffa di tutti gli episodi di ricovero con provenienza diversa da PS eccedenti tale percentuale, partendo dagli episodi con data di dimissione più recente.

Infine, il Budget di Area Medica potrà essere anche utilizzato, indipendentemente dalla provenienza del paziente, dalle strutture private accreditate dotate di Pronto Soccorso per la gestione degli episodi di ricovero che necessitano assistenza nelle discipline di Area Medica diverse da quelle riportate sopra (ossia Medicina Generale, Medicina d'Urgenza, Geriatria e Pneumologia), purché quest’ultime risultino nella configurazione di accreditamento delle strutture private.

Il Budget di Area Chirurgica potrà essere utilizzato:

- dalle strutture private accreditate non dotate di un Pronto Soccorso, per l’esecuzione di almeno l’80% degli interventi chirurgici, sia in regime di ricovero ordinario che in regime di ricovero in day surgery, di cui all’elenco riportato nella **Tabella G**. Gli interventi riportati nella Tabella G rappresentano i principali interventi chirurgici presenti nelle liste di attesa per i quali il SSR del Lazio, al fine di garantire i tempi di esecuzione di tali interventi nel rispetto del PNGLA, intende intervenire nel corso dell’esercizio 2024 attraverso l’ausilio delle strutture private non dotate di pronto soccorso. Resta inteso che gli interventi di cui alla Tabella G dovranno essere eseguiti nel setting idoneo, rispettando i criteri di appropriatezza e sicurezza previsti dalla normativa nazionale e regionale vigente.

Qualora le strutture private accreditate registrino a consuntivo una percentuale di interventi chirurgici diversi da quelli riportati nella **Tabella G**, sia in regime ordinario che in regime di day surgery, superiore al 20% del totale degli interventi chirurgici eseguiti nel corso dell’esercizio 2024, verrà effettuato, in sede di riconoscimento della remunerazione annuale, un abbattimento del 30% della tariffa riconosciuta in



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Remunerazione, Budget e Contratti

corso d'anno a tutti gli episodi di ricovero eccedenti la suddetta percentuale del 20%. Tale abbattimento tariffario verrà applicato partendo dagli episodi con data di dimissione più recente. Resta inteso che la valutazione di cui sopra verrà effettuata espungendo dal valore totale degli interventi chirurgici eseguiti gli episodi di ricovero per parti cesarei e naturali. A tal riguardo, si precisa che la verifica del rispetto della soglia dell'80% degli interventi chirurgici verrà effettuata selezionando - dal totale dei ricoveri con onere a carico del SSR, in regime ordinario e day surgery, registrati sul sistema SIOXL con discipline di dimissione 09-Chirurgia generale, 34-Oclusistica, 36-Ortopedia e Traumatologia, 37-Ostetricia e Ginecologia, 38-Otorinolaringiatria, 43- Urologia, 98-Day Surgery Multispecialistico – gli episodi di ricovero (ordinari e in day surgery) con dimissione registrate nei suddetti reparti per i quali risulti nella SDO, a prescindere dalla posizione, almeno uno dei codici delle procedure riportati nella tabella G.

Il Budget di Area Chirurgica potrà, inoltre, essere anche utilizzato dalle strutture private accreditate per la gestione degli episodi di ricovero che necessitano assistenza nelle discipline di Area Chirurgica diverse da quelle riportate sopra (ossia 09-Chirurgia generale, 34-Oclusistica, 36-Ortopedia e Traumatologia, 37-Ostetricia e Ginecologia, 38-Otorinolaringiatria, 43- Urologia, 98-Day Surgery Multispecialistico), purché quest'ultime risultino nella configurazione di accreditamento delle strutture private.

Infine, per tutti gli interventi chirurgici di classe A, B e C inseriti nelle liste di attesa a partire dal 1° gennaio 2024, verrà applicato, in sede di riconoscimento della remunerazione annuale, un abbattimento del 15% della tariffa riconosciuta nel rispetto della normativa in vigore, qualora gli stessi interventi vengano eseguiti oltre i tempi stabiliti, per classi di priorità, nel Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) 2019-2021. La valutazione verrà effettuata considerando le informazioni riportate nei campi del tracciato SDO "Classe di priorità", "Data di prenotazione", "Data di ricovero". L'abbattimento non verrà effettuato se il ritardo rilevato nell'esecuzione dell'intervento è riconducibile ad eventi di sospensione registrati nel sistema informativo regionale Liste di Attesa Interventi Chirurgici (LAIC).

- dalle strutture private accreditate dotate di un Pronto Soccorso, senza nessun vincolo, purché venga comunque assicurato il contributo di quest'ultime strutture nell'esecuzione degli interventi chirurgici in linea con quanto registrato nell'esercizio 2023 e l'abbattimento dei principali interventi in lista di attesa.

Per tutti gli interventi chirurgici di classe A e B inseriti nelle liste di attesa a partire dal 1 gennaio 2024, verrà applicato, in sede di riconoscimento della remunerazione annuale, un abbattimento del 15% della tariffa riconosciuta nel rispetto della normativa in vigore, qualora gli stessi interventi vengano eseguiti oltre i tempi stabiliti, per classi di priorità, nel Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) 2019-2021. La valutazione verrà effettuata considerando le informazioni riportati nei campi del tracciato SDO "Classe di priorità", "Data di prenotazione", "Data di ricovero". L'abbattimento non verrà effettuato se il ritardo rilevato nell'esecuzione dell'intervento è riconducibile ad eventi di sospensione registrati nel sistema informativo regionale Liste di Attesa Interventi Chirurgici (LAIC).

Il budget di Area Critica potrà essere utilizzato nell'esercizio 2024 senza nessun vincolo. Considerato che attraverso tale budget vengono remunerati tutti gli episodi di ricovero con dimissioni dai i reparti di Area critica (decessi, trasferimenti verso altre strutture), sarà prevista, in sede di riconoscimento della remunerazione annuale, un'eventuale osmosi dei budget di Area Medica e Area Chirurgica non consumati in favore del budget di Area Critica qualora quest'ultimo non dovesse risultare consistente per la gestione del volume delle attività svolte registrate sul sistema SIOXL con una delle discipline di dimissione di Area critica (49-Terapia Intensiva, 50-Unità Coronarica, 73-Terapia Intensiva Neonatale).



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Remunerazione, Budget e Contratti

Il budget per le attività mediche in day hospital potrà essere utilizzato nell'esercizio 2024 senza nessun vincolo.

Si riportano, infine, ulteriori regole di remunerazione delle prestazioni sanitarie in regime di ricovero per acuti nonché ulteriori abbattimenti applicabili alle tariffe riconosciute per le prestazioni erogate nel 2024 e ai budget che verranno assegnati nel 2025:

- con la DGR n. 868 del 7 dicembre 2023 è stato, tra l'altro, stabilito l'avvio di un'attività di monitoraggio sulla corrispondenza dei dati degli interventi chirurgici inseriti nei sistemi informativi Flusso Liste di Attesa Interventi Chirurgici e SIOXL, al fine di individuare le incongruenze tra i dati inseriti nei due flussi. Al tal riguardo, qualora la Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria dovesse rilevare un utilizzo non corretto dei sistemi di registrazione delle attività assistenziali sui sistemi informativi regionali (es. interventi programmati presenti in lista di attesa registrati sul sistema SIOXL in modo difforme rispetto alle indicazioni condivise con la nota prot. 582754 del 29 maggio 2023), si riserva la facoltà di introdurre nel corso del 2024 degli elementi sanzionatori per limitare tali fenomeni (es. sospensione tariffaria);
- in relazione ai ricoveri provenienti da Pronto Soccorso, tutte le strutture private accreditate devono assicurare le accettazioni nei reparti di ricovero per acuti nei giorni di sabato e domenica con un valore complessivo medio pari al valore medio dei giorni feriali (da lunedì a venerdì); qualora, a fine anno, la media delle accettazioni dei ricoveri di pazienti provenienti da PS nei reparti di degenza, registrate nei giorni di sabato e domenica dovesse risultare inferiore del 10% alla media dei restanti giorni feriali (da lunedì a venerdì), nell'esercizio 2025 verrà applicato alla struttura privata accreditata un taglio del budget complessivo assegnato nel 2024 nella misura del 15%.

3. Prestazioni di assistenza ospedaliera in riabilitazione post-acuzie

3.1. Tariffe applicate per la remunerazione delle prestazioni

Tutte le prestazioni sanitarie di ricovero in riabilitazione post-acuzie erogate, con onere a carico del SSR, dalle strutture private accreditate e registrate sul sistema informativo RAD-R verranno valorizzate economicamente applicando il tariffario regionale vigente (DCA n. 310/2013, DCA n. 444/2014, DCA n. 332/2015, DCA n. 217/2017,) per la remunerazione delle prestazioni di ricovero in riabilitazione post-acuzie nei reparti cod. 28, 56, 75.

La valorizzazione degli episodi di ricovero in riabilitazione post-acuzie registrati sul sistema RAD-R segue le regole meglio definite nella DGR n. 868 del 7 dicembre 2023, avente ad oggetto "Revisione del processo di rendicontazione e fatturazione delle prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogate a carico del SSR dalle strutture private accreditate".

La relativa valorizzazione economica delle prestazioni di ricovero in riabilitazione post-acuzie erogate in regime ordinario e diurno, con onere a carico del SSR, determinerà l'erosione dei budget assegnanti per le attività di ricovero in regime ordinario e per le attività in regime di day hospital.

Si evidenzia che è in corso di recepimento (i) l'Accordo n. 124/CSR del 4 agosto 2021, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sul documento concernente "Linee di indirizzo per la individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione" e (ii) il Decreto Ministeriale 5 agosto 2021 concernente: "Criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedalieri".

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Remunerazione, Budget e Contratti

A seguito del recepimento dei sopracitati atti verrà data avvio alla sperimentazione, nella Regione Lazio, dei nuovi criteri di appropriatezza per l'accesso ai ricoveri in riabilitazione ospedaliera, come autorizzata dal Ministero della Salute ed in conformità con quanto previsto all'art. 6 del suddetto Decreto Ministeriale 2021, a partire dal 1° gennaio 2024 e per la durata di un anno, durante il quale saranno applicate, per tutte le finalità amministrative, le norme nazionali e regionali in essere in merito alla riabilitazione ospedaliera in tutti i setting codice 56, 28 e 75.

3.2. Abbattimenti tariffari

Si riportano nella tabella che segue le rimodulazioni tariffarie e gli abbattimenti vigenti che vengono confermati per l'esercizio 2024.

Tabella 5 – Abbattimenti e rimodulazioni tariffarie

Tipologia abbattimento/rimodulazione tariffaria	Descrizione abbattimento/rimodulazione tariffaria*	Provvedimento amministrativo di riferimento	Abbattimento da effettuare:
Abbattimento tariffario sulla provenienza del paziente	Abbattimenti tariffari effettuati a tutti gli episodi di ricovero di riabilitazione post-acuzie (eccetto i ricoveri riconosciuti come GCA e GM) per i quali nella SDO vengono rilevate le seguenti informazioni in merito alla provenienza del paziente: Abbattimento pari al 5% del valore del ricovero applicabile a: - i ricoveri di riabilitazione non preceduti da un evento acuto con ricovero; - ricoveri di riabilitazione preceduti da evento acuto con ricovero con distanza dall'evento acuto superiore a 30 gg. (N.B. Sono esclusi dall'abbattimento (i) i ricoveri con trasferimento diretto da reparto per acuti, il cui trasferimento è stato procrastinato dal reparto per acuti di dimissione per motivi clinici. Tali motivi devono essere debitamente documentati in cartella clinica e saranno oggetto di verifica in sede di controlli esterni: infatti è previsto il monitoraggio dei casi con ricoveri in acuti trasferiti direttamente in strutture riabilitative ospedaliere con latenza dall'evento acuto superiore ai 30 giorni; (ii) i ricoveri in DH provenienti da un precedente ricovero in riabilitazione in regime ordinario (che prevede in cartella clinica il completamento del programma riabilitativo con un ciclo di DH), ammessi in un intervallo non superiore a 10 giorni massimo; (iii) i ricoveri conseguenti il trasferimento diretto da reparto cod. 75 a reparto cod. 56 per il completamento del programma riabilitativo".	Punti 3 del paragrafo 3, Allegato F, DCA n. 332/2015	In corso d'anno
Abbattimento tariffario sulla provenienza del paziente	Abbattimenti tariffari effettuati a tutti gli episodi di ricovero di riabilitazione post-acuzie (eccetto i ricoveri riconosciuti come GCA e GM) per i quali nella SDO vengono rilevate le seguenti informazioni in merito alla provenienza del paziente: Abbattimento pari al 3% del valore del ricovero applicabile ai ricoveri provenienti da domicilio della struttura, nel caso in cui presso la stessa struttura si registri il superamento della soglia del 10% dei ricoveri (ordinari e diurni) non preceduti da evento acuto con ricovero.	Punti 4 del paragrafo 3, Allegato F, DCA n. 332/2015	Consuntivo
Abbattimenti massima capacità produttiva	Viene applicato un abbattimento tariffario proporzionato in base al rapporto "Totale giornate erogate/Max capacità produttiva su posti letto" nel caso in cui la struttura abbia erogato giornate di degenza maggiori della propria capacità produttiva accreditata. Nello specifico, la valorizzazione economica della produzione erogata viene ricondotta al rispetto delle giornate erogabili entro la massima capacità produttiva dell'erogatore definita nei provvedimenti regionali di accreditamento.	Circolare n. 553205 GR/11/24 del 07/10/2014	Consuntivo

*Per maggiori dettagli si rimanda ai provvedimenti riportati nella Tabella 5 con cui sono stati introdotti gli abbattimenti/rimodulazioni tariffarie.



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Remunerazione, Budget e Contratti

4. Prestazioni di assistenza ospedaliera in lungodegenza medica

4.1. Tariffe applicate per la remunerazione delle prestazioni

Tutte le prestazioni sanitarie di ricovero in lungodegenza medica erogate, con onere a carico del SSR, dalle strutture private accreditate e registrate sul sistema informativo SIOXL verranno valorizzate economicamente applicando il tariffario regionale vigente (DCA n. 310/2013 e s.m.i.) per la remunerazione delle prestazioni di ricovero in lungodegenza medica reparto cod. 60.

La valorizzazione degli episodi di ricovero in lungodegenza medica registrati sul sistema SIOXL segue le regole meglio definite nella DGR n. 868 del 7 dicembre 2023, avente ad oggetto “Revisione del processo di rendicontazione e fatturazione delle prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogate a carico del SSR dalle strutture private accreditate”.

La relativa valorizzazione economica delle prestazioni di ricovero in lungodegenza medica erogate con onere a carico del SSR, determinerà l’erosione dei budget assegnanti per lo svolgimento di tale attività.

4.2. Abbattimenti tariffari

Si riportano nella tabella che segue le rimodulazioni tariffarie e gli abbattimenti vigenti che vengono confermati per l’esercizio 2024.

Tabella 6 – Abbattimenti e rimodulazioni tariffarie

Tipologia abbattimento/rimodulazione tariffaria	Descrizione abbattimento/rimodulazione tariffaria*	Provvedimento amministrativo di riferimento	Abbattimento da effettuare:
Abbattimento ricoveri con durata di degenza oltre il valore soglia	Abbattimento tariffario del 40% della tariffa giornaliera (pari ad 154,00) per tutti quei ricoveri le cui giornate di degenza superano il valore soglia dei 60 giorni. Quindi le giornate di degenza oltre il valore soglia vengono remunerate con una tariffa pari ad euro 92,40.	DCA n. 310/2013	In corso d’anno
Abbattimento tariffario sulla provenienza del paziente	Sospensione della tariffa per tutti gli episodi di ricovero con provenienza da domicilio.	DCA n. 107/2011	In corso d’anno

*Per maggiori dettagli si rimanda ai provvedimenti riportati nella Tabella 6 con cui sono stati introdotti gli abbattimenti/rimodulazioni tariffarie.



**REGIONE
LAZIO**

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Remunerazione, Budget e Contratti

Tabelle

**Individuazione DRG per applicazione
stadiazione tariffaria per classi di erogatori
(1A, 1B, 1C, 1D), Elenco dei DRG valutati con
il metodo Appro3 (1E), Elenco afferenze PS
(1F), Elenco degli interventi chirurgici (1G)**



**REGIONE
LAZIO**

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Remunerazione, Budget e Contratti

Tabella A

Elenco dei DRG medici e chirurgici ad alta complessità

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE
1	1	C	Craniotomia, età > 17 anni con CC
2	1	C	Craniotomia, età > 17 anni senza CC
3	1	C	Craniotomia, età < 18 anni
7	1	C	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso con CC
49	3	C	Interventi maggiori sul capo e sul collo
75	4	C	Interventi maggiori sul torace
76	4	C	Altri interventi sull'apparato respiratorio con CC
103	Pre	C	Trapianto di cuore o impianto di sistema di assistenza cardiaca
104	5	C	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco
105	5	C	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco
106	5	C	Bypass coronarico con PTCA
108	5	C	Altri interventi cardiotoracici
110	5	C	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC
111	5	C	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC
146	6	C	Resezione rettale con CC
147	6	C	Resezione rettale senza CC
149	6	C	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC
156	6	C	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età < 18 anni
191	7	C	Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC
192	7	C	Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC
193	7	C	Interventi sulle vie biliari eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune con CC
286	10	C	Interventi sul surrene e sulla ipofisi
302	11	C	Trapianto renale
303	11	C	Interventi su rene e uretere per neoplasia
304	11	C	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia con CC
353	13	C	Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomia radicale
357	13	C	Interventi su utero e annessi per neoplasie maligne dell'ovaio o degli annessi
386	15	M	Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio
387	15	M	Prematurità con affezioni maggiori
401	17	C	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici con CC
403	17	M	Linfoma e leucemia non acuta con CC
405	17	M	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età < 18 anni
406	17	C	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori con CC
442	21	C	Altri interventi chirurgici per traumatismo con CC
471	8	C	Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori



**REGIONE
LAZIO**

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Remunerazione, Budget e Contratti

Elenco dei DRG medici e chirurgici ad alta complessità

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE
473	17	M	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età > 17 anni
480	Pre	C	Trapianto di fegato e/o trapianto di intestino
481	Pre	C	Trapianto di midollo osseo
484	24	C	Craniotomia per traumi multipli rilevanti
485	24	C	Reimpianto di arti, interventi su anca e femore per traumi multipli rilevanti
486	24	C	Altri interventi chirurgici per traumi multipli rilevanti
488	25	C	H.I.V. associato ad intervento chirurgico esteso
491	8	C	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori
495	Pre	C	Trapianto di polmone
496	8	C	Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato
497	8	C	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC
498	8	C	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC
504	22	C	Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica = 96 ore con innesto di cute
505	22	M	Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica = 96 ore senza innesto di cute
506	22	C	Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo
507	22	C	Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo
508	22	M	Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo
509	22	M	Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo
512	Pre	C	Trapianto simultaneo di pancreas/rene
513	Pre	C	Trapianto di pancreas
515	5	C	Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco
519	8	C	Artrodesi vertebrale cervicale con CC
520	8	C	Artrodesi vertebrale cervicale senza CC
525	5	C	Impianto di altro sistema di assistenza cardiaca
528	1	C	Interventi vascolari intracranici con diagnosi principale di emorragia
529	1	C	Interventi di anastomosi ventricolare con CC
530	1	C	Interventi di anastomosi ventricolare senza CC
531	1	C	Interventi sul midollo spinale con CC
532	1	C	Interventi sul midollo spinale senza CC
535	5	C	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco con infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock
536	5	C	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco senza infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock
539	17	C	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori con CC
541	Pre	C	Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica = 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo con intervento chirurgico maggiore
542	Pre	C	Tracheostomia con ventilazione meccanica = 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo senza intervento chirurgico maggiore
543	1	C	Craniotomia con impianto di dispositivo maggiore o diagnosi principale di patologia acuta complessa del sistema nervoso centrale



**REGIONE
LAZIO**

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Remunerazione, Budget e Contratti

Elenco dei DRG medici e chirurgici ad alta complessità

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE
544	8	C	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori
545	8	C	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio
546	8	C	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna
547	5	C	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore
548	5	C	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore
549	5	C	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore
550	5	C	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore
551	5	C	Impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovascolare maggiore o di defibrillatore automatico (AICD) o di generatore di impulsi
565	4	M	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita = 96 ore
569	6	C	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore
570	6	C	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore
573	11	C	Interventi maggiori sulla vescica
575	18	M	Setticemia con ventilazione meccanica = 96 ore, età > 17 anni
578	18	C	Malattie infettive e parassitarie con intervento chirurgico



**REGIONE
LAZIO**

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Remunerazione, Budget e Contratti

Tabella B

Elenco dei DRG chirurgici di bassa e media complessità

DRG	MDC	Tipo	Descrizione
6	1	C	Decompressione del tunnel carpale
8	1	C	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC
36	2	C	Interventi sulla retina
37	2	C	Interventi sull'orbita
38	2	C	Interventi primari sull'iride
39	2	C	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia
40	2	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni
41	2	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni
42	2	C	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino
50	3	C	Sialoadenectomia
51	3	C	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia
52	3	C	Riparazione di cheiloschisi e di palatoschisi
53	3	C	Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni
54	3	C	Interventi su seni e mastoide, età < 18 anni
55	3	C	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola
56	3	C	Rinoplastica
57	3	C	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni
58	3	C	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni
59	3	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni
60	3	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni
61	3	C	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni
62	3	C	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni
63	3	C	Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola
77	4	C	Altri interventi sull'apparato respiratorio senza CC
113	5	C	Amputazione per disturbi circolatori eccetto amputazione arto superiore e dita piede
114	5	C	Amputazione arto superiore e dita piede per malattie apparato circolatorio
117	5	C	Revisione del pacemaker cardiaco, eccetto sostituzione
118	5	C	Sostituzione di pacemaker cardiaco
119	5	C	Legatura e stripping di vene
120	5	C	Altri interventi sull'apparato circolatorio
150	6	C	Lisi di aderenze peritoneali con CC
151	6	C	Lisi di aderenze peritoneali senza CC
152	6	C	Interventi minori su intestino crasso e tenue con CC
153	6	C	Interventi minori su intestino crasso e tenue senza CC
155	6	C	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni senza CC
157	6	C	Interventi su ano e stoma con CC
158	6	C	Interventi su ano e stoma senza CC
159	6	C	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni con CC



**REGIONE
LAZIO**

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Remunerazione, Budget e Contratti

Elenco dei DRG chirurgici di bassa e media complessità

DRG	MDC	Tipo	Descrizione
160	6	C	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC
161	6	C	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni con CC
162	6	C	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC
163	6	C	Interventi per ernia, età < 18 anni
164	6	C	Appendicectomia con diagnosi principale complicata con CC
165	6	C	Appendicectomia con diagnosi principale complicata senza CC
166	6	C	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata con CC
167	6	C	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza CC
168	3	C	Interventi sulla bocca con CC
169	3	C	Interventi sulla bocca senza CC
170	6	C	Altri interventi sull'apparato digerente con CC
171	6	C	Altri interventi sull'apparato digerente senza CC
194	7	C	Interventi sulle vie biliari, eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC
195	7	C	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune con CC
196	7	C	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune senza CC
197	7	C	Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC
198	7	C	Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC
199	7	C	Procedure diagnostiche epatobiliari per neoplasie maligne
200	7	C	Procedure diagnostiche epatobiliari non per neoplasie maligne
201	7	C	Altri interventi epatobiliari o sul pancreas
210	8	C	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC
211	8	C	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC
212	8	C	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età < 18 anni
213	8	C	Amputazioni per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo
216	8	C	Biopsie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo
217	8	C	Sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo eccetto mano, per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo
218	8	C	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni con CC
219	8	C	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC
220	8	C	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età < 18 anni
223	8	C	Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC
224	8	C	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC
225	8	C	Interventi sul piede
226	8	C	Interventi sui tessuti molli con CC
227	8	C	Interventi sui tessuti molli senza CC
228	8	C	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC
229	8	C	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC
230	8	C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare di anca e femore
232	8	C	Artroscopia



**REGIONE
LAZIO**

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Remunerazione, Budget e Contratti

Elenco dei DRG chirurgici di bassa e media complessità

DRG	MDC	Tipo	Descrizione
233	8	C	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo con CC
234	8	C	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC
257	9	C	Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC
258	9	C	Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC
259	9	C	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC
260	9	C	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC
261	9	C	Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale
262	9	C	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne
263	9	C	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere della pelle o cellulite con CC
264	9	C	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere della pelle o cellulite senza CC
265	9	C	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite con CC
266	9	C	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC
267	9	C	Interventi perianali e pilonidali
268	9	C	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella
269	9	C	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella con CC
270	9	C	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC
285	10	C	Amputazioni di arto inferiore per malattie endocrine, nutrizionali o metaboliche
287	10	C	Trapianti cutanei e sbrigliamento di ferite per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche
288	10	C	Interventi per obesità
289	10	C	Interventi sulle paratiroidi
290	10	C	Interventi sulla tiroide
291	10	C	Interventi sul dotto tireoglossa
292	10	C	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche con CC
293	10	C	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche senza CC
305	11	C	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC
306	11	C	Prostatectomia con CC
307	11	C	Prostatectomia senza CC
308	11	C	Interventi minori sulla vescica con CC
309	11	C	Interventi minori sulla vescica senza CC
310	11	C	Interventi per via transuretrale con CC
311	11	C	Interventi per via transuretrale senza CC
312	11	C	Interventi sull'uretra, età > 17 anni con CC
313	11	C	Interventi sull'uretra, età > 17 anni senza CC
314	11	C	Interventi sull'uretra, età < 18 anni
315	11	C	Altri interventi sul rene e sulle vie urinarie
334	12	C	Interventi maggiori sulla pelvi maschile con CC
335	12	C	Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC
336	12	C	Prostatectomia transuretrale con CC



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Remunerazione, Budget e Contratti

Elenco dei DRG chirurgici di bassa e media complessità

DRG	MDC	Tipo	Descrizione
337	12	C	Prostatectomia transuretrale senza CC
338	12	C	Interventi sul testicolo per neoplasia maligna
339	12	C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni
340	12	C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni
341	12	C	Interventi sul pene
342	12	C	Circoncisione, età > 17 anni
343	12	C	Circoncisione, età < 18 anni
344	12	C	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile per neoplasie maligne
345	12	C	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne
354	13	C	Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi con CC
355	13	C	Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi senza CC
356	13	C	Interventi ricostruttivi dell'apparato riproduttivo femminile
358	13	C	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne con CC
359	13	C	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC
360	13	C	Interventi su vagina, cervice e vulva
361	13	C	Laparoscopia e occlusione laparotomica delle tube
362	13	C	Occlusione endoscopica delle tube
363	13	C	Dilatazione e raschiamento, conizzazione e impianto materiale radioattivo per neoplasie maligne
364	13	C	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne
365	13	C	Altri interventi sull'apparato riproduttivo femminile
370	14	C	Parto cesareo con CC
371	14	C	Parto cesareo senza CC
374	14	C	Parto vaginale con sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento
375	14	C	Parto vaginale con altro intervento eccetto sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento
377	14	C	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico
381	14	C	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia
392	16	C	Splenectomia, età > 17 anni
393	16	C	Splenectomia, età < 18 anni
394	16	C	Altri interventi sugli organi emopoietici
402	17	C	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC
407	17	C	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori senza CC
408	17	C	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi
424	19	C	Interventi chirurgici di qualunque tipo in pazienti con diagnosi principale di malattia mentale
439	21	C	Trapianti di pelle per traumatismo
440	21	C	Sbrigliamento di ferite per traumatismo
441	21	C	Interventi sulla mano per traumatismo
443	21	C	Altri interventi chirurgici per traumatismo senza CC
461	23	C	Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari



**REGIONE
LAZIO**

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Remunerazione, Budget e Contratti

Elenco dei DRG chirurgici di bassa e media complessità

DRG	MDC	Tipo	Descrizione
468	NA	C	Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale
476	NA	C	Intervento chirurgico sulla prostata non correlato con la diagnosi principale
477	NA	C	Intervento chirurgico non esteso non correlato con la diagnosi principale
479	5	C	Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC
482	Pre	C	Tracheostomia per diagnosi relative a faccia, bocca e collo
493	7	C	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC
494	7	C	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC
499	8	C	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale con CC
500	8	C	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC
501	8	C	Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione con CC
502	8	C	Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione senza CC
503	8	C	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione
518	5	C	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA
533	1	C	Interventi vascolari extracranici con CC
534	1	C	Interventi vascolari extracranici senza CC
537	8	C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore con CC
538	8	C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC
540	17	C	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori senza CC
552	5	C	Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore
553	5	C	Altri interventi vascolari con CC con diagnosi cardiovascolare maggiore
554	5	C	Altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore
555	5	C	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore
556	5	C	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent non medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore
557	5	C	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore
558	5	C	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore
567	6	C	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore
568	6	C	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore
577	1	C	Inserzione di stent carotideo
579	18	C	Infezioni post-operatorie o post-traumatiche con intervento chirurgico



**REGIONE
LAZIO**

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Remunerazione, Budget e Contratti

Tabella C

Elenco dei DRG medici di bassa e media complessità di pazienti non provenienti da PS

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE
10	1	M	Neopl. del sist. nervoso con CC
11	1	M	Neopl. del sist. nervoso senza CC
12	1	M	Mal. degenerative del sist. nervoso
13	1	M	Sclerosi multipla e atassia cerebellare
14	1	M	Emorragia intracranica o infarto cerebrale
15	1	M	Mal. cerebrovascolari acute aspec. e occlus. precerebrale senza infarto
21	1	M	Meningite virale
45	2	M	Mal. neurologiche dell'occhio
64	3	M	Neopl. mal. orecchio, naso, bocca e gola
78	4	M	Embolia polmonare
82	4	M	Neopl. dell'apparato respiratorio
92	4	M	Malattia polmonare interstiziale con CC
124	5	M	Mal. Carovasc. eccetto IMA, con cateter caraco e diagn complicata
125	5	M	Mal. Carovasc. eccetto IMA, con cateter caraco e agn. non complicata
126	5	M	Endocardite acuta e subacuta
127	5	M	Insufficienza caraca e shock
129	5	M	Arresto caraco senza causa apparente
135	5	M	Mal. carache congenite e valvolari, età>17 anni con CC
136	5	M	Mal. carache congenite e valvolari, età>17 anni senza CC
137	5	M	Mal. carache congenite e valvolari, età<18 anni
138	5	M	Aritmia e alterazioni della conduzione caraca con CC
139	5	M	Aritmia e alterazioni della conduzione caraca senza CC
172	6	M	Neopl. mal dell'apparato gerente con CC
173	6	M	Neopl. mal dell'apparato gerente senza CC
174	6	M	Emorragia gastrointestinale con CC
175	6	M	Emorragia gastrointestinale senza CC
179	6	M	Mal. infiammatorie dell'intestino
180	6	M	Occlusione gastrointestinale con CC
181	6	M	Occlusione gastrointestinale senza CC
202	7	M	Cirrosi e epatite alcolica
203	7	M	Neopl. mal dell'apparato epatobiliare o del pancreas
204	7	M	Mal. del pancreas eccetto Neopl. mal
238	8	M	Osteomielite
239	8	M	Fratture patol e Neopl. mal del sist. muscolosch e tes connett
242	8	M	Artrite settica


Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Remunerazione, Budget e Contratti

Elenco dei DRG medici di bassa e media complessità di pazienti non provenienti da PS

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE
274	9	M	Neopl. mal della mammella con CC
275	9	M	Neopl. mal della mammella senza CC
299	10	M	Difetti congeniti del metabolismo
300	10	M	Mal. endocrine con CC
316	11	M	Insufficienza renale
318	11	M	Neopl. del rene e delle vie urinarie con CC
319	11	M	Neopl. del rene e delle vie urinarie senza CC
322	11	M	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età<18 anni
346	12	M	Neopl. mal dell'apparato genitale maschile con CC
347	12	M	Neopl. mal dell'apparato genitale maschile senza CC
351	12	M	Sterilizzazione maschile
386	13	M	Neopl. mal apparato riproduttivo femminile con CC
387	13	M	Neopl. mal dell'apparato riproduttivo femminile senza CC
372	14	M	Parto vaginale con diagn complicanti
373	14	M	Parto vaginale senza diagn complicanti
376	14	M	Diagnosi relative a postparto e postaborto senza intervento chirurgico
378	14	M	Gravidanza ectopica
379	14	M	Minaocia aborto
380	14	M	Aborto senza latorazione e raschiamento
382	14	M	Falso travaglio
383	14	M	Altre diagn preparto con complicazioni meche
384	14	M	Altre diagn preparto senza complicazioni meche
385	15	M	Neonati morti o trasferiti ad altre strutture Assist per acuti
388	15	M	Prematurità senza affezioni maggiori
389	15	M	Neonati a termine con affezioni maggiori
390	15	M	Neonati con altre affezioni significative
391	15	M	Neonato normale
395	16	M	Anomalie dei globuli rossi, età>17 anni
396	16	M	Anomalie dei globuli rossi, età<18 anni
397	16	M	Disturbi della coagulazione
398	16	M	Disturbi sist. reticoloendoteliale e immunitario con CC
399	16	M	Disturbi sist. reticoloendoteliale e immunitario senza CC



**REGIONE
LAZIO**

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Remunerazione, Budget e Contratti

Elenco dei DRG medici di bassa e media complessità di pazienti non provenienti da PS

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE
404	17	M	Linfoma e leucemia non acuta senza CC
409	17	M	Raoterapia
410	17	M	Chem non assoc a diagn second leucemia acuta
411	17	M	Anamnesi neoplasia maligna senza endoscopia
412	17	M	Anamnesi neoplasia maligna con endoscopia
413	17	M	Altre alterazioni mieloproliferative e Neopl. poco differenziate con CC
414	17	M	Altre alterazioni mieloproliferative e Neopl. poco differenziate senza CC
417	18	M	Setticemia, età < 18 anni
418	18	M	Infezioni post-chirurgiche e post-traumatiche
425	19	M	Reazione acuta adattamento e disfunzione psicosociale
426	19	M	Nevrosi depressive
427	19	M	Nevrosi eccetto nevrosi depressive
428	19	M	Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi
429	19	M	Disturbi organici e ritardo mentale
430	19	M	Psicosi
431	19	M	Disturbi mentali dell'infanzia
432	19	M	Altre diagn relative a disturbi mentali
433	20	M	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci; messo contro il parere dei sanitari
485	23	M	Assist riab con anamnesi neoplasia maligna come diagn second
486	23	M	Assist riab senza anamnesi neoplasia maligna come diagn second
487	24	M	Altri traum. multipli rilevanti
489	25	M	H.I.V. associato ad altre patologie maggiori correlate
490	25	M	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate
492	17	M	Chem assoc a diagn second leucemia acuta con uso alt dos ag chem
521	20	M	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con CC
522	20	M	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con terapia riab senza CC
523	20	M	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci senza terapia riab senza CC
586	4	M	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita < 96 ore
572	6	M	Mal. gastrointestinali maggiori e infezioni peritoneali
574	16	M	Diagnosi ematologiche/immunologiche maggiori eccetto anemia falciforme e coagulopatie
576	18	M	Setticemia senza ventilazione meccanica ≥ 96 ore, età > 17 anni



**REGIONE
LAZIO**

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Remunerazione, Budget e Contratti

Tabella D

Elenco dei DRG medici di bassa e media compl. di paz. non prov. da PS non incl. nell'All. C

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE
9	1	M	Malattie e traumi del midollo spinale
16	1	M	Malattie cerebrovascolari aspecifiche con CC
17	1	M	Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza CC
18	1	M	Malattie dei nervi cranici e periferici con CC
19	1	M	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC
22	1	M	Encefalopatia ipertensiva
23	1	M	Stato stuporoso e coma di origine non traumatica
26	1	M	Convulsioni e cefalea, età < 18 anni
27	1	M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma > 1 ora
28	1	M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni con CC
29	1	M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni senza CC
30	1	M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età < 18 anni
31	1	M	Comozione cerebrale, età > 17 anni con CC
32	1	M	Comozione cerebrale, età > 17 anni senza CC
33	1	M	Comozione cerebrale, età < 18 anni
34	1	M	Altre malattie del sistema nervoso con CC
35	1	M	Altre malattie del sistema nervoso senza CC
43	2	M	Ifema
44	2	M	Infezioni acute maggiori dell'occhio
46	2	M	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni con CC
47	2	M	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC
48	2	M	Altre malattie dell'occhio, età < 18 anni
65	3	M	Alterazioni dell'equilibrio
66	3	M	Epistassi
67	3	M	Epiglottite
68	3	M	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni con CC
69	3	M	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni senza CC
70	3	M	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni
71	3	M	Laringotracheite
72	3	M	Traumatismi e deformità del naso
73	3	M	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni
74	3	M	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni
79	4	M	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC
80	4	M	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni senza CC
81	4	M	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età < 18 anni
83	4	M	Traumi maggiori del torace con CC
84	4	M	Traumi maggiori del torace senza CC
85	4	M	Versamento pleurico con CC


Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Remunerazione, Budget e Contratti
Elenco dei DRG medici di bassa e media compl. di paz. non prov. da PS non incl. nell'Al. C

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE
86	4	M	Versamento pleurico senza CC
87	4	M	Edema polmonare e insufficienza respiratoria
88	4	M	Malattia polmonare cronica ostruttiva
89	4	M	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC
90	4	M	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC
91	4	M	Polmonite semplice e pleurite, età < 18 anni
93	4	M	Malattia polmonare interstiziale senza CC
94	4	M	Pneumotorace con CC
95	4	M	Pneumotorace senza CC
96	4	M	Bronchite e asma, età > 17 anni con CC
97	4	M	Bronchite e asma, età > 17 anni senza CC
98	4	M	Bronchite e asma, età < 18 anni
99	4	M	Segni e sintomi respiratori con CC
100	4	M	Segni e sintomi respiratori senza CC
101	4	M	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio con CC
102	4	M	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio senza CC
121	5	M	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto e complicanze maggiori, dimessi vivi
122	5	M	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi
123	5	M	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto, morti
128	5	M	Tromboflebite delle vene profonde
130	5	M	Malattie vascolari periferiche con CC
131	5	M	Malattie vascolari periferiche senza CC
132	5	M	Aterosclerosi con CC
133	5	M	Aterosclerosi senza CC
134	5	M	Iipertensione
140	5	M	Angina pectoris
141	5	M	Sincope e collasso con CC
142	5	M	Sincope e collasso senza CC
143	5	M	Dolore toracico
144	5	M	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC
145	5	M	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC
176	6	M	Ulcera peptica complicata
177	6	M	Ulcera peptica non complicata con CC
178	6	M	Ulcera peptica non complicata senza CC
182	6	M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età >17 anni con CC
183	6	M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC
184	6	M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni
185	3	M	Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età > 17 anni



**REGIONE
LAZIO**

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Remunerazione, Budget e Contratti

Elenco dei DRG medici di bassa e media compl. di paz. non prov. da PS non incl. nell'All. C

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE
186	3	M	Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età < 18 anni
187	3	M	Estrazioni e riparazioni dentali
188	6	M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni con CC
189	6	M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC
190	6	M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età < 18 anni
205	7	M	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica con CC
206	7	M	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC
207	7	M	Malattie delle vie biliari con CC
208	7	M	Malattie delle vie biliari senza CC
235	8	M	Fratture del femore
236	8	M	Fratture dell'anca e della pelvi
237	8	M	Distorsioni, stiramenti e lussazioni di anca, pelvi e coscia
240	8	M	Malattie del tessuto connettivo con CC
241	8	M	Malattie del tessuto connettivo senza CC
243	8	M	Affezioni mediche del dorso
244	8	M	Malattie dell'osso e artropatie specifiche con CC
245	8	M	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC
246	8	M	Artropatie non specifiche
247	8	M	Segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico e al tessuto connettivo
248	8	M	Tendinite, miosite e borsite
249	8	M	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo
250	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni con CC
251	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC
252	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni
253	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni con CC
254	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC
255	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età < 18 anni
256	8	M	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo
271	9	M	Ulcere della pelle
272	9	M	Malattie maggiori della pelle con CC
273	9	M	Malattie maggiori della pelle senza CC
276	9	M	Patologie non maligne della mammella
277	9	M	Cellulite, età > 17 anni con CC
278	9	M	Cellulite, età > 17 anni senza CC
279	9	M	Cellulite, età < 18 anni
280	9	M	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni con CC
281	9	M	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC
282	9	M	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni



**REGIONE
LAZIO**

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Remunerazione, Budget e Contratti

Elenco dei DRG medici di bassa e media compl. di paz. non prov. da PS non incl. nell'All. C

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE
283	9	M	Malattie minori della pelle con CC
284	9	M	Malattie minori della pelle senza CC
294	10	M	Diabete, età > 35 anni
295	10	M	Diabete, età < 36 anni
296	10	M	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni con CC
297	10	M	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC
298	10	M	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni
301	10	M	Malattie endocrine senza CC
317	11	M	Ricovero per dialisi renale
320	11	M	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni con CC
321	11	M	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni senza CC
323	11	M	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni
324	11	M	Calcolosi urinaria senza CC
325	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC
326	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC
327	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni
328	11	M	Stenosi uretrale, età > 17 anni con CC
329	11	M	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC
330	11	M	Stenosi uretrale, età < 18 anni
331	11	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC
332	11	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC
333	11	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni
348	12	M	Ipertrofia prostatica benigna con CC
349	12	M	Ipertrofia prostatica benigna senza CC
350	12	M	Infiammazioni dell'apparato riproduttivo maschile
352	12	M	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile
388	13	M	Infezioni dell'apparato riproduttivo femminile
389	13	M	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile
419	18	M	Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni con CC
420	18	M	Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni senza CC
421	18	M	Malattie di origine virale, età > 17 anni
422	18	M	Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età < 18 anni
423	18	M	Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie
444	21	M	Traumatismi, età > 17 anni con CC
445	21	M	Traumatismi, età > 17 anni senza CC
446	21	M	Traumatismi, età < 18 anni
447	21	M	Reazioni allergiche, età > 17 anni
448	21	M	Reazioni allergiche, età < 18 anni



**REGIONE
LAZIO**

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Remunerazione, Budget e Contratti

Elenco dei DRG medici di bassa e media compl. di paz. non prov. da PS non incl. nell'All. C

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE
449	21	M	Avvelenamenti ed effetti tossici farmaci, età > 17 anni con CC
450	21	M	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età > 17 anni senza CC
451	21	M	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età < 18 anni
452	21	M	Complicazioni di trattamenti con CC
453	21	M	Complicazioni di trattamenti senza CC
454	21	M	Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici con CC
455	21	M	Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici senza CC
462	23	M	Riabilitazione
463	23	M	Segni e sintomi con CC
464	23	M	Segni e sintomi senza CC
467	23	M	Altri fattori che influenzano lo stato di salute
510	22	M	Ustioni non estese con CC o trauma significativo
511	22	M	Ustioni non estese senza CC o trauma significativo
524	1	M	Ischemia cerebrale transitoria
559	1	M	Ictus ischemico acuto con uso di agenti trombolitici
560	1	M	Infezioni batteriche e tubercolosi del sistema nervoso
561	1	M	Infezioni non batteriche del sistema nervoso eccetto meningite virale
562	1	M	Convulsioni, età > 17 anni con CC
563	1	M	Convulsioni, età > 17 anni senza CC
564	1	M	Cefalea, età > 17 anni
571	6	M	Malattie maggiori dell'esofago


Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Remunerazione, Budget e Contratti

Tabella E

Elenco dei DRG valutati con il metodo Appro3, DCA 218/2017 (allegato B) e s.m.i.

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE
8	1	C	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC
13	1	M	Sclerosi multipla e atassia cerebellare
17	1	M	Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza CC
19	1	M	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC
35	1	M	Altre malattie del sistema nervoso senza CC
36	2	C	Interventi sulla retina
38	2	C	Interventi primari sull'iride
40	2	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni
41	2	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni
42	2	C	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino
47	2	M	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC
51	3	C	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia
55	3	C	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola
59	3	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni
60	3	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni
61	3	C	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni
62	3	C	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni
65	3	M	Alterazioni dell'equilibrio
69	3	M	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni senza CC
70	3	M	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni
73	3	M	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni
74	3	M	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni
88	4	M	Malattia polmonare cronica ostruttiva
97	4	M	Bronchite e asma, età > 17 anni senza CC
100	4	M	Segni e sintomi respiratori senza CC
102	4	M	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio senza CC
119	5	C	Legatura e stripping di vene
131	5	M	Malattie vascolari periferiche senza CC
133	5	M	Aterosclerosi senza CC
134	5	M	Iperensione
139	5	M	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC
142	5	M	Sincope e collasso senza CC
145	5	M	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC
158	6	C	Interventi su ano e stoma senza CC
160	6	C	Interventi per emia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC



**REGIONE
LAZIO**

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Remunerazione, Budget e Contratti

Elenco dei DRG valutati con il metodo Appro3, DCA 218/2017 (allegato B) e s.m.i.

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE
162	6	C	Interventi per emia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC
163	6	C	Interventi per emia, età < 18 anni
168	3	C	Interventi sulla bocca con CC
169	3	C	Interventi sulla bocca senza CC
183	6	M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC
184	6	M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni
185	3	M	Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età > 17 anni
187	3	M	Estrazioni e riparazioni dentali
189	6	M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC
206	7	M	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC
208	7	M	Malattie delle vie biliari senza CC
227	8	C	Interventi sui tessuti molli senza CC
228	8	C	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC
229	8	C	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC
232	8	C	Artroscopia
241	8	M	Malattie del tessuto connettivo senza CC
243	8	M	Affezioni mediche del dorso
245	8	M	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC
247	8	M	Segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico e al tessuto connettivo
248	8	M	Tendinite, miosite e borsite
249	8	M	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo
251	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC
252	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni
254	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC
256	8	M	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo
262	9	C	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne
266	9	C	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC
267	9	C	Interventi perianali e pilonidali
268	9	C	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella
270	9	C	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC
276	9	M	Patologie non maligne della mammella
278	9	M	Cellulite, età > 17 anni senza CC
281	9	M	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC
282	9	M	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni
283	9	M	Malattie minori della pelle con CC



**REGIONE
LAZIO**

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Remunerazione, Budget e Contratti

Elenco dei DRG valutati con il metodo Appro3, DCA 218/2017 (allegato B) e s.m.i.

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE
284	9	M	Malattie minori della pelle senza CC
294	10	M	Diabete, età > 35 anni
295	10	M	Diabete, età < 35 anni
299	10	M	Difetti congeniti del metabolismo
301	10	M	Malattie endocrine senza CC
315	11	C	Altri interventi sul rene e sulle vie urinarie
317	11	M	Ricovero per dialisi renale
321	11	M	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni senza CC
323	11	M	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni
324	11	M	Calcolosi urinaria senza CC
326	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC
327	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni
329	11	M	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC
332	11	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC
333	11	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni
339	12	C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni
340	12	C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni
342	12	C	Circoncisione, età > 17 anni
343	12	C	Circoncisione, età < 18 anni
345	12	C	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne
349	12	M	Iperplasia prostatica benigna senza CC
351	12	M	Sterilizzazione maschile
352	12	M	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile
360	13	C	Interventi su vagina, cervice e vulva
362	13	C	Occlusione endoscopica delle tube
364	13	C	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne
369	13	M	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile
377	13	C	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico
381	14	C	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia
384	14	M	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche
395	16	M	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni
396	16	M	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni
399	16	M	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC
404	17	M	Linfoma e leucemia non acuta senza CC
409	17	M	Radioterapia


Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Remunerazione, Budget e Contratti

Elenco dei DRG valutati con il metodo Appro3, DCA 218/2017 (allegato B) e s.m.i.

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE
410	17	M	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta
411	17	M	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia
412	17	M	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia
426	19	M	Nevrosi depressive
427	19	M	Nevrosi eccetto nevrosi depressive
429	19	M	Disturbi organici e ritardo mentale
485	23	M	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria
486	23	M	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria
487	23	M	Altri fattori che influenzano lo stato di salute
490	25	M	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate
503	8	C	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione
538	8	C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC
563	1	M	Convulsioni, età > 17 anni senza CC
564	1	M	Cefalea, età > 17 anni
12	1	M	Malattie degenerative del sistema nervoso (eccetto urgenze)
67	3	M	Epiglottite (eccetto urgenze)
71	3	M	Laringotracheite (eccetto urgenze)
125	5	M	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata (eccetto ricoveri di 0-1 giorno e urgenze)
127	5	M	Insufficienza cardiaca e shock (eccetto urgenze)
143	5	M	Dolore toracico (eccetto urgenze)
173	6	M	Neoplasie maligne dell'apparato digerente senza CC (eccetto urgenze)
179	6	M	Malattie infiammatorie dell'intestino (eccetto urgenze)
224	8	C	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC (eccetto urgenze)
225	8	C	Interventi sul piede (eccetto urgenze)
246	8	M	Artropatie non specifiche (eccetto urgenze)
261	9	C	Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale (eccetto urgenze)
264	9	C	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere pelle o cellulite senza CC (eccetto urgenze)
273	9	M	Malattie maggiori della pelle senza CC (eccetto urgenze)
289	10	C	Interventi sulle paratiroidi (eccetto urgenze)
297	10	M	Disturbi della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC (eccetto urgenze)
298	10	M	Disturbi della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni (eccetto urgenze)
311	11	C	Interventi per via transuretrale senza CC (eccetto ricoveri 0-1 giorno e urgenze)
313	11	C	Interventi sull'uretra, età > 17 anni senza CC (eccetto ricoveri 0-1 giorno e urgenze)
347	12	M	Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile senza CC (eccetto urgenze)
359	13	C	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC (eccetto urgenze)
394	16	C	Altri interventi sugli organi emopoietici (eccetto urgenze)
402	17	C	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC (eccetto urgenze)
408	17	C	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi (eccetto urgenze)
440	21	C	Sbrigliamento di ferite per traumatismo (eccetto urgenze)
441	21	C	Interventi sulla mano per traumatismo (eccetto urgenze)


**REGIONE
LAZIO**
Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Remunerazione, Budget e Contratti

Tabella F

Nuove afferenze		
Area	P.S./D.E.A.	C.d.C.
ASL Roma 1-2-3-4	Policlinico Gemelli San Carlo Nancy Cristo Re Aurelia Hospital San Pietro FbF S. Camillo Forlanini Campus Biomedico	S. Raffaele Pisana Città di Roma Istituto Dermatologico dell'Immacolata Villa Pia
	San Filippo Neri S.Andrea S. Spirito S.Giovanni Calibita FbF S. Giovanni Addolorata Policlinico Umberto I	San Feliciano Villa Tiberia Villa Betania Villa Pia Città di Roma Villa Domelia Fabia Mater
	Sandro Pertini Madre Giuseppina Vannini Policlinico Casilino Policlinico Tor Vergata	Villa Domelia Nuova Itor Villa Fulvia Guarnieri INI Grottaferrata Villa Tiberia Fabia Mater N. Clinica Latina Ist. di Neuroscienze S. Lucia*
	G.B Grassi S. Eugenio	Merry House Policlinico Di Liegro Ospedale Israelitico Istituto Clinico Casalpallocco
	S. Paolo di Civitavecchia - Padre Pio Bracciano	Villa Domelia San Raffaele Pisana
ASL Roma 5 e ASL Roma 6	Tutti i PS/DEA	Villa delle Querce Madonna delle Grazie INI Grottaferrata San Raffaele Montecompatri Regina Apostolorum - Albano
ASL Latina	Tutti i PS/DEA	Casa del Sole - Formia Casa di Cura S. Marco - Latina
ASL Viterbo	Tutti i PS/DEA	Nuova S. Teresa Bambino Gesù
ASL Frosinone	Tutti i PS/DEA	Villa Serena Cassino San Raffaele Cassino Villa Gioia Sora

* A seguito della riconversione di PP.LL. da Riabilitazione post-acuzie cod. 75 a PP.LL. di neurologia.

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Remunerazione, Budget e Contratti

Tabella G

09 - CHIRURGIA GENERALE	
Interventi e procedure	
43	Incisione ed asportazione dello stomaco
43.89	Altra gastrectomia parziale (Resezione di Sleeve dello stomaco)
44	Altri interventi sullo stomaco
44.99	Altri interventi sullo stomaco
45	Incisione, asportazione e anastomosi dell'intestino
45.01	Incisione del duodeno
45.02	Altra incisione dell'intestino tenue
45.03	Incisione dell'intestino crasso
45.30	Asportazione o demolizione endoscopica di lesione del duodeno
45.32	Altra asportazione di lesione del duodeno
45.33	Asportazione locale di lesione o tessuto dell'intestino tenue eccetto il duodeno
45.34	Altra demolizione di lesione dell'intestino tenue eccetto il duodeno
45.4	Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dell'intestino crasso
45.41	Asportazione locale di lesione o tessuto dell'intestino crasso
45.42	Polipectomia endoscopica dell'intestino crasso
45.43	Demolizione endoscopica di altra lesione o tessuto dell'intestino crasso
45.49	Altra asportazione di lesione dell'intestino crasso
45.50	Isolamento di segmento intestinale, SAI
45.61	Resezione segmentaria multipla dell'intestino tenue
45.62	Altra resezione parziale dell'intestino tenue
45.71	Resezione segmentaria multipla dell'intestino crasso
45.72	Resezione del cieco
45.73	Emicolectomia destra
45.74	Resezione del colon trasverso
45.75	Emicolectomia sinistra
45.76	Sigmoidectomia
45.79	Altra asportazione parziale dell'intestino crasso
45.8	Colectomia totale intraaddominale
45.90	Anastomosi intestinale, SAI
45.91	Anastomosi intestinale tenue-tenue
45.92	Anastomosi dell'intestino tenue al moncone rettale
45.93	Altra anastomosi intestinale tenuecrasso
45.94	Anastomosi intestinale crasso-crasso
45.95	Anastomosi all'ano
49	Interventi sull'ano


Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Remunerazione, Budget e Contratti

09 - CHIRURGIA GENERALE	
Interventi e procedure	
49.01	Incisione di ascesso perianale
49.02	Altra incisione di tessuti perianali
49.03	Asportazione di appendice cutanea perianale
49.04	Altra asportazione di tessuti perianali
49.1	Incisione o asportazione di fistola anale
49.11	Fistulotomia anale
49.12	Fistulectomia anale
49.3	Asportazione o demolizione locale di altra lesione o tessuto dell'ano
49.31	Asportazione endoscopica o demolizione di lesione o tessuto dell'ano
49.39	Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dell'ano
49.4	Interventi sulle emorroidi
49.43	Cauterizzazione delle emorroidi
49.45	Legatura delle emorroidi
49.46	Asportazione delle emorroidi
49.47	Rimozione di emorroidi trombizzate
49.49	Altri interventi sulle emorroidi
49.5	Sfinterotomia
49.51	Sfinterotomia anale laterale sinistra
49.52	Sfinterotomia anale posteriore
49.59	Altra sfinterotomia anale
49.71	Sutura di lacerazione dell'ano
49.72	Cerchiaggio anale
49.73	Chiusura di fistola anale
49.79	Altra riparazione dello sfintere anale
49.9	Altri interventi sull'ano
49.91	Incisione di setto anale
49.93	Altra incisione dell'ano
49.94	Riduzione di prolasso anale
49.99	Altri interventi sull'ano
51	Interventi sulla colecisti e sulle vie biliari
51.01	Aspirazione percutanea della colecisti
51.03	Altra colecistostomia
51.04	Altra colecistotomia
51.10	Colangiopancreatografia retrograda endoscopica [ERCP]
51.11	Colangiografia retrograda endoscopica [ERC]
51.2	Colecistectomia
51.21	Altra colecistectomia parziale
51.22	Colecistectomia
51.23	Colecistectomia laparoscopica


Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Remunerazione, Budget e Contratti

09 - CHIRURGIA GENERALE	
Interventi e procedure	
51.24	Colecistectomia parziale laparoscopica
51.37	Anastomosi fra dotto epatico e intestino
51.39	Altra anastomosi del dotto biliare
51.4	Incisione del dotto biliare per rimozione di occlusione
51.41	Esplorazione del dotto comune per rimozione di calcoli
51.43	Posizionamento di tubo di Kherr o TPE per decompressione
51.5	Altra incisione del dotto biliare
51.61	Asportazione del dotto cistico residuo
51.69	Asportazione di altro dotto biliare
51.93	Chiusura di altra fistola biliare
51.95	Rimozioni di protesi dal dotto biliare
51.99	Altri interventi sulle vie biliari
53 - Riparazione di ernia	
53.0	Riparazione monolaterale di ernia inguinale
53.00	Riparazione monolaterale di ernia inguinale, SAI
53.01	Riparazione monolaterale di ernia inguinale diretta
53.02	Riparazione monolaterale di ernia inguinale indiretta
53.03	Riparazione monolaterale di ernia inguinale diretta con innesto o protesi
53.04	Riparazione monolaterale di ernia inguinale indiretta con innesto o protesi
53.05	Riparazione monolaterale di ernia inguinale con innesto o protesi, SAI
53.1	Riparazione bilaterale di ernia inguinale
53.10	Riparazione bilaterale di ernia inguinale, SAI
53.11	Riparazione bilaterale di ernia inguinale diretta
53.12	Riparazione bilaterale di ernia inguinale indiretta
53.13	Riparazione bilaterale di ernia inguinale, una diretta e una indiretta
53.14	Riparazione bilaterale di ernia inguinale diretta con innesto o protesi
53.15	Riparazione bilaterale di ernia inguinale indiretta con innesto o protesi
53.16	Riparazione bilaterale di ernia inguinale una diretta e una indiretta, con innesto o protesi
53.17	Riparazione bilaterale di ernia inguinale con innesto o protesi, SAI
53.2	Riparazione monolaterale di ernia crurale
53.21	Riparazione monolaterale di ernia crurale con innesto o protesi
53.29	Altra erniorrafia crurale monolaterale
53.31	Riparazione bilaterale di ernia crurale con innesto o protesi
53.39	Altra erniorrafia crurale bilaterale
53.4	Riparazione di ernia ombelicale
53.41	Riparazione di ernia ombelicale con protesi
53.49	Altra erniorrafia ombelicale
53.5	Riparazione di altra ernia della parete addominale anteriore (senza innesto o protesi)
53.51	Riparazione di ernia su incisione



**REGIONE
LAZIO**

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Remunerazione, Budget e Contratti

09 - CHIRURGIA GENERALE

Interventi e procedure

53.59	Riparazione di altra ernia della parete addominale anteriore
53.6	Riparazione di altra ernia della parete addominale anteriore con innesto o protesi
53.61	Riparazione di ernia su incisione con protesi
53.69	Riparazione di altra ernia della parete addominale anteriore con protesi
53.7	Riparazione di ernia diaframmatica, per via addominale
53.80	Riparazione di ernia diaframmatica per via toracica, SAI
53.81	Plicatura del diaframma
53.82	Riparazione di ernia parasternale
53.9	Altra riparazione di ernia


Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Remunerazione, Budget e Contratti

34 - OCULISTICA	
Interventi e procedure	
08	Interventi sulla palpebra
08.61	Ricostruzione della palpebra con lembo o innesto cutaneo
08.71	Ricostruzione della palpebra interessante il margine palpebrale, non a tutto spessore
08.73	Ricostruzione della palpebra interessante il margine palpebrale, a tutto spessore
08.6	Ricostruzione della palpebra con lembo o innesto
08.62	Ricostruzione della palpebra con innesto o lembo di mucosa
08.63	Ricostruzione della palpebra con innesto del follicolo pilifero
08.69	Altra ricostruzione della palpebra con lembo o innesto (Innesto composto)
08.74	Altra ricostruzione della palpebra, a tutto spessore
09	Interventi sull'apparato lacrimale
09.3	Altri interventi sulla ghiandola lacrimale
09.6	Asportazione del sacco e delle vie lacrimali
09.8	Fistolizzazione del tratto lacrimale verso la cavità nasale
09.81	Dacriocistorinostomia (DCR)
09.82	Congiuntivocistorinostomia
09.83	Congiuntivorinostomia con inserzione di tubo o supporto
09.9	Altri interventi sull'apparato lacrimale
09.91	Obliterazione del punto lacrimale
11	Interventi sulla cornea
11.3	Asportazione dello pterigium
11.32	Asportazione dello pterigium con innesto della cornea
11.39	Altra asportazione dello pterigium
11.49	Altra rimozione o demolizione di lesione della cornea
11.52	Riparazione di ferita chirurgica deiscenza della cornea
11.59	Altra riparazione della cornea
11.6	Trapianto di cornea
11.60	Trapianto di cornea, non altrimenti specificato
11.61	Cheratoplastica lamellare autologa
11.62	Altra cheratoplastica lamellare
11.63	Cheratoplastica perforante autologa (a tutto spessore)
11.64	Altra cheratoplastica perforante omologa
11.69	Altro trapianto della cornea
11.73	Cheratoprotesi
11.9	Altri interventi sulla cornea
11.99	Altri interventi sulla cornea
11.51	Sutura di ferita corneale



**REGIONE
LAZIO**

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Remunerazione, Budget e Contratti

34 - OCULISTICA	
Interventi e procedure	
11.75	Cheratotomia radiale
12	Interventi sull'iride, sul corpo ciliare, sulla sclera, sulla camera anteriore
12.22	Biopsia dell'iride
12.3	Iridoplastica e coreoplastica
12.32	Lisi di altre sinechie anteriori
12.33	Lisi di sinechie posteriori
12.34	Lisi di aderenze corneovitreali
12.40	Rimozione di lesione del segmento anteriore dell'occhio, SAI
12.5	Interventi per favorire la circolazione intraoculare
12.51	Goniopuntura senza goniotomia
12.54	Trabeculotomia ab externo
12.64	Trabeculectomia ab externo
12.65	Altra fistolizzazione sclerale con iridectomia
12.66	Revisione postoperatoria di interventi di fistolizzazione della sclera
12.69	Altri interventi di fistolizzazione della sclera
12.72	Ciclocrioterapia
12.73	Ciclofotocoagulazione
12.79	Altri interventi per glaucoma
12.83	Revisione di ferita operatoria del segmento anteriore dell'occhio non classificata altrove
12.99	Altri interventi sulla camera anteriore
12.00	Rimozione di corpo estraneo intraoculare dal segmento anteriore dell'occhio, SAI
12.14	Altra iridectomia
12.31	Lisi di goniosinechie
12.39	Altra iridoplastica
12.86	Altra riparazione di stafiloma della sclera
12.89	Altri interventi sulla sclera
12.91	Paracentesi della camera anteriore
12.92	Iniezione nella camera anteriore
13	Interventi sul cristallino
13.19	Altra estrazione intracapsulare del cristallino
13.2	Estrazione extracapsulare della cataratta con tecnica di estrazione lineare
13.41	Facoemulsificazione ed aspirazione di cataratta
13.42	Facoframmentazione ed aspirazione di cataratta per via pars plana
13.69	Altra estrazione di cataratta secondaria
13.7	Inserzione di protesi endoculare
13.70	Inserzione di cristallino artificiale, SAI
13.71	Inserzione di cristallino artificiale intraoculare al momento della estrazione di cataratta, eseguiti in contemporanea
13.72	Impianto secondario di cristallino artificiale
13.8	Rimozione di cristallino impiantato
13.90	Interventi sul cristallino, non classificati altrove



**REGIONE
LAZIO**

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Remunerazione, Budget e Contratti

34 - OCULISTICA	
Interventi e procedure	
13.43	Dacoframmentazione meccanica ed aspirazione della cataratta
14	Interventi sulla retina, sulla coroide, sul corpo vitreo e sulla camera posteriore
14.0	Rimozione di corpo estraneo dal segmento posteriore dell'occhio
14.00	Rimozione di corpo estraneo dal segmento posteriore dell'occhio, SAI
14.19	Altre procedure diagnostiche sulla retina, sulla coroide, sul corpo vitreo e sulla camera posteriore
14.22	Criotrattamento di lesione corioretinica
14.3	Riparazione di lacerazione della retina
14.41	Piombaggio sclerale con impianto
14.49	Altre indentazioni sclerali
14.59	Altra riparazione di distacco retinico
14.6	Rimozione dal segmento posteriore dell'occhio di materiale impiantato chirurgicamente
14.7	Interventi sul corpo vitreo
14.71	Vitrectomia per via anteriore (limbare)
14.72	Altra rimozione del corpo vitreo
14.73	Vitrectomia meccanica per via anteriore
14.74	Altra vitrectomia meccanica
14.75	Iniezione di sostituti vitreali (sostanze con effetto tamponante ab interno: aria, gas, olio di silicone, perfluorocarbonati, ecc.)
14.79	Altri interventi sul corpo vitreo
14.9	Altri interventi sulla retina, sulla coroide e sulla camera posteriore
14.29	Altro trattamento di lesione corioretinica
14.32	Riparazione di lacerazione della retina mediante crioterapia
14.39	Altra riparazione di lacerazione della retina


Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Remunerazione, Budget e Contratti

36 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Interventi e procedure	
00	Procedure ed interventi non classificati altrove
00.70	Revisione di protesi d'anca, sia acetabolare che dei componenti femorali
00.71	Revisione della protesi d'anca, componente acetabolare
00.72	Revisione della protesi d'anca, componente femorale
00.73	Revisione della protesi d'anca, inserto acetabolare e/o della sola testa del femore
00.80	Revisione della protesi di ginocchio, totale (tutti i componenti)
00.81	Revisione della protesi di ginocchio, componente tibiale
00.82	Revisione della protesi di ginocchio, componente femorale
00.83	Revisione della protesi di ginocchio, componente patellare
00.84	Revisione della protesi di ginocchio, inserto tibiale
77	Incisione, asportazione e sezione di altre ossa
77.1	Altra incisione dell'osso, osteotomia
77.11	Altra incisione della scapola, clavicola e torace (coste, sterno) senza sezione
77.12	Altra incisione dell'omero senza sezione
77.17	Altra incisione di tibia e fibula senza sezione
77.18	Altra incisione di tarso e metatarso senza sezione
77.20	Resezione cuneiforme in sede non specificata
77.21	Resezione cuneiforme della scapola, clavicola e torace (coste e sterno)
77.22	Resezione cuneiforme dell'omero
77.24	Resezione cuneiforme del carpo e del metacarpo
77.25	Resezione cuneiforme del femore
77.27	Resezione cuneiforme della tibia e fibula
77.28	Resezione cuneiforme del tarso e metatarso
77.29	Resezione cuneiforme di altre ossa, escluse quelle facciali
77.3	Altra sezione dell'osso
77.31	Altra sezione della scapola, clavicola e torace (coste e sterno)
77.32	Altra sezione dell'omero
77.33	Altra sezione del radio e dell'ulna
77.34	Altra sezione del carpo e metacarpo
77.35	Altra sezione del femore
77.36	Altra sezione della rotula
77.37	Altra sezione della tibia e fibula
77.38	Altra sezione del tarso e metatarso
77.39	Altra sezione di altre ossa, escluse quelle facciali
77.41	Biopsia della scapola, clavicola e torace (coste e sterno)
77.45	Biopsia del femore
77.49	Biopsia di altre ossa, ad eccezione di quelle facciali
77.6	Asportazione locale di lesione o di tessuto osseo
77.60	Asportazione locale di lesione o tessuto osseo, sede non specificata


Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Remunerazione, Budget e Contratti

36 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Interventi e procedure

77.61	Asportazione locale di lesione o tessuto della scapola, clavicola e torace (coste e sterno)
77.62	Asportazione di lesione o tessuto dell'omero
77.63	Asportazione locale di lesione o tessuto di radio e ulna
77.64	Asportazione locale di lesione o tessuto di carpo e metacarpo
77.65	Asportazione locale di lesione o tessuto del femore
77.66	Asportazione locale di lesione o tessuto della rotula
77.67	Asportazione locale di lesione o tessuto di tibia e fibula
77.68	Asportazione locale di lesione o tessuto di tarso e metatarso
77.69	Asportazione locale di lesione o tessuto di altre ossa, escluse quelle facciali
77.70	Prelievo di osso per innesto, sede non specificata
77.79	Prelievo di altre ossa per innesto
77.80	Altra osteotomia parziale in sede non specificata
77.83	Altra osteotomia parziale del radio e dell'ulna
77.84	Altra osteotomia parziale del carpo e del metacarpo
77.85	Altra osteotomia parziale del femore
77.87	Altra osteotomia parziale della tibia e della fibula
77.88	Altra osteotomia parziale del tarso e del metatarso
77.89	Altra osteotomia parziale di altre ossa
77.91	Ostectomia totale della scapola, della clavicola e del torace (coste e sterno)
77.93	Ostectomia totale del radio e dell'ulna
77.94	Ostectomia totale del carpo e del metacarpo
77.97	Ostectomia totale della tibia e della fibula
77.98	Ostectomia totale del tarso e del metatarso
77.99	Ostectomia totale di altre ossa, escluse quelle facciali
77.04	Sequestrectomia del carpo e del metacarpo
77.05	Sequestrectomia del femore
77.08	Sequestrectomia del tarso e del metatarso
77.30	Altra sezione dell'osso, sede non specificata
77.71	Prelievo di osso della scapola, della clavicola e del torace per innesto (coste e sterno)
77.81	Altra osteotomia parziale della scapola, della clavicola e del torace (coste e sterno)
77.82	Altra osteotomia parziale dell'omero
77.86	Altra osteotomia parziale della rotula
79	Riduzione di frattura e di lussazione
79.00	Riduzione incruenta di frattura senza fissazione interna in sede non specificata
79.05	Riduzione incruenta di frattura del femore senza fissazione interna
79.1	Riduzione incruenta di frattura, con fissazione interna
79.10	Riduzione incruenta di frattura con fissazione interna, sede non specificata
79.2	Riduzione cruenta di frattura senza fissazione interna
79.20	Riduzione cruenta di frattura senza fissazione interna in sede non specificata
79.25	Riduzione cruenta di frattura del femore, senza fissazione interna
79.30	Riduzione cruenta di frattura con fissazione interna in sede non specificata


Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Remunerazione, Budget e Contratti

36 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Interventi e procedure	
79.35	Riduzione cruenta di frattura del femore, con fissazione interna
79.40	Riduzione incruenta di epifisiolisi in sede non specificata
79.45	Riduzione incruenta di epifisiolisi del femore
79.50	Riduzione cruenta di epifisiolisi in sede non specificata
79.55	Riduzione cruenta di epifisiolisi del femore
80	Incisione ed asportazione di strutture articolari
80.0	Artrotomia per rimozione di protesi
80.00	Artrotomia per rimozione di protesi, sede non specificata
80.01	Artrotomia per rimozione di protesi della spalla
80.02	Artrotomia per rimozione di protesi del gomito
80.03	Artrotomia per rimozione di protesi del polso
80.06	Artrotomia per rimozione di protesi del ginocchio
80.07	Artrotomia per rimozione di protesi della caviglia
80.09	Artrotomia per rimozione di protesi da altra sede specificata
80.1	Altra artrotomia
80.10	Altra artrotomia, sede non specificata
80.11	Altra artrotomia della spalla
80.12	Altra artrotomia del gomito
80.13	Altra artrotomia del polso
80.14	Altra artrotomia della mano e delle dita della mano
80.16	Altra artrotomia del ginocchio
80.17	Altra artrotomia della caviglia
80.18	Altra artrotomia del piede e delle dita del piede
80.21	Artroscopia della spalla
80.22	Artroscopia del gomito
80.23	Artroscopia del polso
80.25	Artroscopia dell'anca
80.26	Artroscopia del ginocchio
80.27	Artroscopia della caviglia
80.28	Artroscopia del piede e delle dita del piede
80.29	Artroscopia di altra sede specificata
80.4	Incisione di capsula articolare, legamenti o cartilagine
80.41	Incisione di capsula articolare, legamenti o cartilagine della spalla
80.42	Incisione di capsula articolare, legamenti o cartilagine del gomito
80.43	Incisione di capsula articolare, legamenti o cartilagine del polso
80.44	Incisione di capsula articolare, legamenti o cartilagine della mano e delle dita della mano
80.45	Incisione di capsula articolare, legamenti o cartilagine dell'anca
80.46	Incisione di capsula articolare, legamenti o cartilagine del ginocchio
80.47	Incisione di capsula articolare, legamenti o cartilagine della caviglia
80.48	Incisione di capsula articolare, legamenti o cartilagine del piede e delle dita del piede
80.5	Asportazione o demolizione di disco intervertebrale



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Remunerazione, Budget e Contratti

36 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
Interventi e procedure	
80.50	Asportazione o demolizione di disco intervertebrale, non specificata
80.51	Asportazione di disco intervertebrale
80.52	Chemionucleolisi intervertebrale
80.59	Altra distruzione di disco intervertebrale
80.6	Asportazione di cartilagine semilunare del ginocchio
80.7	Sinoviectomia
80.70	Sinoviectomia in sede non specificata
80.71	Sinoviectomia della spalla
80.72	Sinoviectomia del gomito
80.73	Sinoviectomia del polso
80.74	Sinoviectomia della mano e delle dita della mano
80.75	Sinoviectomia dell'anca
80.76	Sinoviectomia del ginocchio
80.78	Sinoviectomia del piede e delle dita del piede
80.79	Sinoviectomia in altra sede specificata
80.80	Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione in sede non specificata
80.81	Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione della spalla
80.82	Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione del gomito
80.83	Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione del polso
80.84	Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione della mano e delle dita della mano
80.85	Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione dell'anca
80.86	Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione del ginocchio
80.87	Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione della caviglia
80.88	Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione del piede e delle dita del piede
80.89	Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione di altra sede specificata
80.90	Altra asportazione dell'articolazione in sede non specificata
80.91	Altra asportazione dell'articolazione della spalla
80.92	Altra asportazione dell'articolazione del gomito
80.93	Altra asportazione dell'articolazione del polso
80.94	Altra asportazione dell'articolazione della mano e delle dita della mano
80.96	Altra asportazione dell'articolazione del ginocchio
80.97	Altra asportazione dell'articolazione della caviglia
80.98	Altra asportazione dell'articolazione del piede e delle dita del piede
80.99	Altra asportazione dell'articolazione di altra sede specificata
80.15	Altra artrotomia dell'anca
80.40	Incisione di capsula articolare, legamenti o cartilagine in sede non specificata
80.49	Incisione di capsula articolare, legamenti o cartilagine in altra sede specificata
80.77	Sinoviectomia della caviglia
80.95	Altra asportazione dell'articolazione dell'anca
81	Interventi di riparazione e plastica sulle strutture articolari
81.0	Artrodesi vertebrale


Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Remunerazione, Budget e Contratti

36 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Interventi e procedure	
81.00	Artrodesi vertebrale, SAI
81.01	Artrodesi atlanto-epistrofea
81.02	Altra artrodesi cervicale, con approccio anteriore
81.03	Altra artrodesi cervicale, con approccio posteriore
81.05	Artrodesi dorsale e dorsolombare, approccio posteriore
81.06	Artrodesi delle vertebre lombari e lombosacrali, approccio anteriore
81.07	Artrodesi lombare e lombosacrale, approccio ai processi laterali trasversi
81.08	Artrodesi lombare e lombosacrale, con approccio posteriore
81.1	Artrodesi e artroeresi del piede e della caviglia
81.11	Fusione della caviglia
81.12	Artrodesi triplice
81.13	Fusione sottoastraglica
81.14	Fusione mediotarsica
81.15	Fusione tarsometatarsica
81.16	Fusione metatarsofalangea
81.17	Altra fusione del piede
81.18	Artroeresi dell'articolazione sottoastraglica
81.20	Artrodesi di articolazioni non specificate
81.22	Artrodesi del ginocchio
81.24	Artrodesi del gomito
81.25	Fusione carporadiale
81.26	Fusione metacarpocarpale
81.27	Fusione metacarpofalangea
81.28	Fusione interfalangea
81.29	Artrodesi di altra articolazione specificata
81.3	Rifusione della colonna vertebrale
81.32	Altra rifusione cervicale, con approccio anteriore
81.35	Rifusione dorsale e dorsolombare, approccio posteriore
81.38	Rifusione lombare e lombosacrale, con approccio posteriore
81.42	Riparazione del ginocchio five-in-one
81.43	Riparazione della triade del ginocchio
81.44	Stabilizzazione della rotula
81.45	Altra riparazione dei legamenti crociati
81.46	Altra riparazione dei legamenti collaterali
81.47	Altra riparazione del ginocchio
81.49	Altra riparazione della caviglia
81.5	Sostituzione di articolazione delle estremità inferiori
81.51	Sostituzione totale dell'anca
81.52	Sostituzione parziale dell'anca
81.53	Revisione di sostituzione dell'anca non altrimenti specificata
81.54	Sostituzione totale del ginocchio

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Remunerazione, Budget e Contratti

36 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**Interventi e procedure**

81.55	Revisione di sostituzione del ginocchio, non altrimenti specificata
81.56	Sostituzione totale della tibiotarsica
81.57	Sostituzione dell'articolazione del piede e dell'alluce
81.59	Revisione di sostituzione di articolazione delle estremità inferiori, non classificata altrove
81.6	Altre procedure sulla colonna vertebrale
81.62	Fusione o rifusione di 2-3 vertebre
81.63	Fusione o rifusione di 4-8 vertebre
81.65	Vertebroplastica
81.66	Cifoplastica
81.7	Artroplastica e riparazione della mano, delle dita e del polso
81.71	Artroplastica della articolazione metacarpofalangea e interfalangea con impianto
81.73	Sostituzione totale del polso
81.74	Artroplastica della articolazione carpocarpale o carpometacarpale con impianto
81.79	Altra riparazione della mano, delle dita e del polso
81.80	Sostituzione totale della spalla (con protesi sintetica)
81.81	Sostituzione parziale della spalla (con protesi sintetica)
81.82	Riparazione di lussazione ricorrente della spalla
81.83	Altra riparazione della spalla
81.84	Sostituzione totale del gomito
81.85	Altra riparazione del gomito
81.92	Iniezione di sostanze terapeutiche nell'articolazione o nel legamento
81.93	Sutura della capsula o dei legamenti dell'arto superiore
81.94	Sutura della capsula o del legamento della caviglia e del piede
81.95	Sutura della capsula o del legamento in altra parte dell'arto inferiore
81.97	Revisione di sostituzione di articolazione dell'arto superiore
81.99	Altri interventi sulle strutture articolari
81.30	Rifusione vertebrale, SAI
81.96	Altra riparazione articolare
83	Interventi sui muscoli, sui tendini, sulle fasce o sulle borse, ad eccezione della mano
83.01	Esplorazione della fascia tendinea
83.02	Miotomia
83.09	Altra incisione dei tessuti molli
83.11	Tenotomia dell'achilleo
83.13	Altra tenotomia
83.14	Fasciotomia
83.19	Altra sezione dei tessuti molli
83.21	Biopsia dei tessuti molli
83.29	Altre procedure diagnostiche su muscoli, tendini, fasce e borse, incluse quelle della mano
83.3	Asportazione di lesione dei muscoli, tendini, fasce e borse
83.31	Asportazione di lesione delle fasce tendinee
83.32	Asportazione di lesione dei muscoli



**REGIONE
LAZIO**

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Remunerazione, Budget e Contratti

36 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Interventi e procedure	
83.39	Asportazione di lesione di altri tessuti molli
83.4	Altra asportazione di muscoli, tendini e fasce
83.41	Asportazione di tendini per innesti
83.42	Altra tendinectomia
83.44	Altra fascectomia
83.45	Altra miectomia
83.49	Altra asportazione di tessuti molli
83.5	Borsectomia
83.61	Sutura di guaina tendinea
83.62	Sutura differita di tendini
83.63	Riparazione della cuffia dei rotatori
83.64	Altra sutura di tendini
83.65	Altra sutura di muscoli o fasce
83.7	Ricostruzione di muscoli e tendini
83.71	Avanzamento di tendini
83.73	Reinserzione di tendini
83.75	Trasposizione o trapianto di tendini
83.76	Altra trasposizione di tendini
83.79	Altra trasposizione di muscoli
83.81	Innesto tendineo
83.82	Innesto di muscoli o fasce
83.83	Ricostruzione di puleggia tendinea
83.84	Correzione di piede torto, non classificato altrove
83.85	Altri cambiamenti di lunghezza di muscoli e tendini
83.86	Plastica del quadricipite
83.87	Altri interventi di plastica sui muscoli
83.88	Altri interventi di plastica sui tendini
83.89	Altri interventi di plastica sulle fasce
83.91	Lisi di aderenze di muscoli, tendini, fasce e borse
83.95	Aspirazione di altri tessuti molli
83.98	Iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale all'interno di altri tessuti molli
83.99	Altri interventi su muscoli, tendini, fasce e borse
83.03	Borsotomia
83.12	Tenotomia dell'adduttore dell'anca
83.72	Arretramento di tendini
83.74	Reinserzione di muscoli



**REGIONE
LAZIO**

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Remunerazione, Budget e Contratti

37 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	
Interventi e procedure	
65	Interventi sull'ovaio
65.01	Ovariectomia laparoscopica
65.09	Altra ovariectomia
65.13	Biopsia laparoscopica dell'ovaio
65.14	Altre procedure diagnostiche laparoscopiche sull'ovaio
65.21	Marsupializzazione di cisti ovarica
65.23	Marsupializzazione laparoscopica di cisti ovarica
65.24	Resezione cuneiforme laparoscopica di cisti ovarica
65.25	Altra asportazione laparoscopica locale o distruzione dell'ovaio
65.29	Altra asportazione o demolizione locale dell'ovaio
65.31	Ovariectomia laparoscopica monolaterale
65.39	Altra ovariectomia monolaterale
65.41	Salpingo-ovariectomia laparoscopica monolaterale
65.49	Altra salpingo-ovariectomia monolaterale
65.5	Ovariectomia bilaterale
65.51	Rimozione di entrambe le ovaie nello stesso intervento
65.53	Rimozione laparoscopica di entrambe le ovaie nello stesso intervento
65.54	Rimozione laparoscopica dell'ovaio residuo
65.61	Altra rimozione di entrambe le ovaie e delle tube nello stesso intervento
65.62	Altra rimozione dell'ovaio e della tuba residua
65.63	Rimozione laparoscopica di entrambe le ovaie e delle tube nello stesso intervento
65.64	Rimozione laparoscopica dell'ovaio residuo e della tuba
65.76	Plastica salpingo-ovarica laparoscopica
65.81	Lisi laparoscopica di aderenze delle ovaie e delle tube
65.89	Altra lisi di aderenze delle ovaie e delle tube
65.19	Altre procedure diagnostiche sull'ovaio
65.52	Rimozione dell'ovaio residuo
67	Interventi sulla cervice uterina
67.1	Procedure diagnostiche sulla cervice
67.12	Altra biopsia cervicale
67.2	Conizzazione della cervice
67.3	Altra asportazione o demolizione di lesione o tessuto della cervice
67.31	Marsupializzazione di cisti cervicale
67.32	Demolizione di lesione della cervice mediante cauterizzazione
67.39	Altra asportazione o demolizione di lesione o tessuto della cervice
67.4	Asportazione della cervice
67.51	Cerchiaggio transaddominale della cervice
67.59	Altra riparazione di ostio cervicale interno
68	Altra incisione od asportazione dell'utero
68.2	Asportazione o demolizione di lesione o tessuto dell'utero
68.21	Divisione di sinechie endometriali



**REGIONE
LAZIO**

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Remunerazione, Budget e Contratti

37 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Interventi e procedure

68.22	Incisione o asportazione di setto congenito dell'utero
68.23	Ablazione dell'endometrio
68.29	Altra asportazione o demolizione di lesione dell'utero
68.3	Isterectomia addominale subtotale
68.31	Isterectomia sopracervicale laparoscopica
68.39	Altra e non specificata isterectomia sopracervicale addominale subtotale
68.4	Isterectomia addominale totale
68.41	Isterectomia addominale totale laparoscopica
68.49	Altra e non specificata isterectomia addominale totale
68.5	Isterectomia vaginale
68.51	Isterectomia vaginale assistita laparoscopicamente (LAVH)
68.59	Altra e non specificata isterectomia vaginale
68.6	Isterectomia addominale radicale
68.61	Isterectomia addominale radicale laparoscopica
68.69	Altra e non specificata isterectomia addominale radicale
68.7	Isterectomia vaginale radicale
68.71	Isterectomia vaginale radicale laparoscopica
68.8	Eviscerazione pelvica
68.9	Altra e non specificata isterectomia
68.79	Altra e nonspecificata isterectomia vaginale radicale



**REGIONE
LAZIO**

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Remunerazione, Budget e Contratti

38 - OTORINOLARINGOIATRIA	
Interventi e procedure	
21	Interventi sul naso
21.1	Incisione del naso
21.3	Asportazione o demolizione locale di lesione del naso
21.30	Asportazione o demolizione di lesione del naso, SAI
21.31	Asportazione o demolizione locale di lesione intranasale
21.32	Asportazione o demolizione locale di altra lesione del naso
21.4	Resezione del naso
21.5	Resezione sottomucosa del setto nasale
21.6	Turbinectomia
21.61	Turbinectomia mediante diatermia o criochirurgia
21.62	Frattura dei turbinati (Decongestione chirurgica dei turbinati)
21.69	Altra turbinectomia
21.7	Riduzione di frattura nasale
21.8	Interventi di riparazione e di plastica del naso
21.82	Chiusura di fistola nasale
21.83	Ricostruzione totale del naso
21.84	Revisione di rinoplastica
21.86	Rinoplastica parziale
21.87	Altra rinoplastica
21.88	Altra plastica del setto
21.89	Altri interventi di riparazione e di plastica del naso
22	Interventi sui seni nasali
22.31	Antrotomia mascellare radicale
22.39	Altra antrotomia mascellare esterna
22.4	Senotomia e senectomia frontale
22.41	Senotomia frontale
22.50	Senotomia, SAI
22.51	Etmoidotomia
22.52	Sfenoidotomia
22.53	Incisione dei seni multipli
22.60	Senectomia, SAI
22.61	Asportazione di lesione del seno mascellare secondo Caldwell-Luc
22.62	Asportazione di lesione del seno mascellare con altro approccio
22.63	Etmoidectomia
22.64	Sfenoidectomia
22.71	Chiusura di fistola del seno nasale
22.79	Altra riparazione del seno nasale
26	Interventi sulle ghiandole e sui dotti salivari
26.2	Asportazione di lesione di ghiandola salivare
26.21	Marsupializzazione di cisti di ghiandola salivare
26.29	Altra asportazione di lesione di ghiandola salivare



**REGIONE
LAZIO**

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Remunerazione, Budget e Contratti

38 - OTORINOLARINGOIATRIA	
Interventi e procedure	
26.3	Scialoadenectomia
26.30	Scialoadenectomia, SAI
26.31	Scialoadenectomia parziale
26.32	Scialoadenectomia completa
26.49	Altri interventi di riparazione e di plastica su ghiandole o dotti salivari
26.9	Altri interventi su ghiandole o dotti salivari
26.91	Specillazione di dotto salivare
26.99	Altri interventi su ghiandole o dotti salivari
28	Interventi sulle tonsille e sulle adenoidi
28.0	Incisione e drenaggio di strutture tonsillari e peritonsillari
28.2	Tonsillectomia senza adenoidectomia
28.3	Tonsillectomia con adenoidectomia
28.4	Asportazione di residuo tonsillare
28.6	Adenoidectomia senza tonsillectomia
28.9	Altri interventi su tonsille e adenoidi
28.92	Asportazione di lesione di tonsille e adenoidi
28.99	Altri interventi su tonsille e adenoidi



**REGIONE
LAZIO**

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Remunerazione, Budget e Contratti

43 - UROLOGIA	
Interventi e procedure	
55	Interventi sul rene
55.01	Nefrotomia
55.02	Nefrostomia
55.03	Nefrostomia percutanea senza frammentazione
55.04	Nefrostomia percutanea con frammentazione
55.11	Pielectomia
55.22	Pieloscopia (chirurgica o percutanea)
55.3	Asportazione di parte di parenchima renale
55.31	Marsupializzazione di lesioni renali
55.34	Ablazione laparoscopica di tessuto o lesione renali
55.35	Altre e non specificate ablazioni di tessuto o lesione renali
55.39	Altra asportazione di lesione di parenchima renale
55.4	Nefrectomia parziale
55.5	Nefrectomia
55.51	Nefroureterectomia
55.52	Nefrectomia di rene unico
55.53	Espianto di rene trapiantato
55.54	Nefrectomia bilaterale
55.7	Nefropessia
55.83	Riparazione di fistola renale
55.86	Anastomosi reno-pielo-ureterali
55.87	Pieloplastiche
55.89	Altra riparazione del rene
55.32	Ablazione aperta di tessuto o lesione renali
56	Interventi sull'uretere
56.0	Estrazione endoscopica dall'uretere e pelvi renale di: coagulo di sangue, calcolo, corpo estraneo
56.2	Ureterotomia
56.41	Ureterectomia parziale o segmentaria
56.42	Ureterectomia totale
56.51	Confezione di ureteroileocutaneostomia
56.52	Revisione di ureteroileocutaneostomia
56.72	Revisione di anastomosi ureterointestinale
56.74	Uretero-neocistostomia diretta, con plastica antireflusso o con flap vescicale
56.79	Altra anastomosi o bypass dell'uretere
56.82	Riparazione di lesioni ureterali
56.84	Riparazione di fistola ureterale
56.89	Altra riparazione dell'uretere
56.91	Dilatazione della papilla ureterale
56.99	Altri interventi sull'uretere
56.1	Papillotomia o meatotomia ureterale (endoscopica e non)
56.40	Ureterectomia, SAI


Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Remunerazione, Budget e Contratti

43 - UROLOGIA	
Interventi e procedure	
56.61	Ureterocutaneostomia
56.75	Uretero-trans-ureteroanastomosi
56.94	Rimozione di stimolatore ureterale
57	Interventi sulla vescica
57.12	Lisi di aderenze intraluminali con incisione nella vescica
57.4	Asportazione o demolizione transuretrale di tessuto vescicale
57.41	Lisi transuretrale di aderenze intraluminali
57.49	Altra resezione transuretrale di lesione vescicale o neoplasia
57.5	Altra chirurgia vescicale
57.59	Altra chirurgia vescicale a cielo aperto
57.6	Cistectomia parziale
57.71	Cistectomia radicale
57.79	Altra cistectomia totale
57.8	Interventi di riparazione vescicale
57.83	Chiusura di fistola vescico-intestinale
57.84	Chiusura di fistola vescicogenitale o perineale
57.85	Cistouretroplastica e chirurgia plastica del collo vescicale
57.88	Altre ricostruzioni vescicali
57.89	Altra chirurgia plastica vescicale
57.9	Altri interventi sulla vescica
60	Interventi sulla prostata e sulle vescicole seminali
60.0	Incisione della prostata
60.2	Prostatectomia transuretrale
60.21	Prostatectomia transuretrale guidata (con ultrasuoni) mediante laser (TULIP)
60.29	Altra prostatectomia transuretrale
60.3	Adenomectomia transvescicale
60.4	Adenomectomia retropubica
60.5	Prostatectomia radicale
60.61	Asportazione di lesione prostatica
60.62	Prostatectomia perineale
60.69	Altra prostatectomia
60.99	Altri interventi sulla prostata
61	Interventi sullo scroto e sulla tunica vaginale
61.0	Incisione e drenaggio dello scroto e della tunica vaginale
61.19	Altre procedure diagnostiche sullo scroto e sulla tunica vaginale
61.2	Asportazione di idrocele (della tunica vaginale)
61.3	Asportazione o demolizione di parte del tessuto scrotale
61.42	Chiusura di fistola dello scroto
61.49	Altre riparazioni dello scroto e della tunica vaginale
63	Interventi sul cordone spermatico, epididimo e sui dotti deferenti
63.1	Asportazione di varicocele e idrocele del cordone spermatico



**REGIONE
LAZIO**

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Remunerazione, Budget e Contratti

43 - UROLOGIA

Interventi e procedure

63.2	Asportazione di cisti dell'epididimo o spermatocele
63.3	Asportazione di altra lesione o tessuto del cordone spermatico ed epididimo
63.71	Legatura dei dotti deferenti per rottura o lacerazione
63.72	Legatura del cordone spermatico
63.91	Aspirazione di spermatocele
63.4	Epididimectomia
63.73	Vasectomia

ALL. 2

ADDENDUM

all'Accordo/Contratto ex art. 8 *quinquies* D. Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. 2022-2024

**Modifiche artt. 3, 4, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 15 e 17 Disciplina giuridica schema contrattuale ex
DGR n. 695/2022 come modificata e aggiornata con DGR n. 310/2023**

- Corrispettivo 2024 -

Addendum all'accordo/Contratto ex art. 8 quinquies D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.**tra**

ASL _____, C.F. _____, P.I. _____,
con sede in _____, Via/P.zza _____ n. _____, in persona del suo legale
rappresentante *p.t.*, oppure di un suo incaricato (come da relativo atto di attribuzione dei poteri agli atti
dell'ASL), posta elettronica certificata _____ (di seguito, per brevità
"ASL")

e

Società/Ente morale _____ (denominazione e ragione
sociale), C.F. _____, P.I. _____ con sede in _____
Via/P.zza _____, in persona del suo legale rappresentante *p.t.*, oppure di un suo
incaricato (come da relativo atto di attribuzione dei poteri trasmesso alla ASL), che gestisce la struttura
_____ (nome specifico struttura), codice NSIS _____ codice SIAS _____,
posta elettronica certificata, _____, accreditata con i seguenti
provvedimenti amministrativi

(di seguito per brevità "la struttura")

PREMESSO che

- con DGR Lazio n. 695 dello 04/08/2022, avente ad oggetto: *"Approvazione modifiche allo schema di accordo/contratto ex art. 8 quinquies del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. di cui al DCA n. 243/2019"*, è stato approvato lo schema di accordo/contratto avente efficacia per il triennio 2022-2024, al quale è allegata la Disciplina Uniforme sulle modalità di fatturazione e pagamento, quale parte integrante del contratto stesso;

- con DGR Lazio n. 882 del 18/10/2022 è stato, tra l'altro, rettificato lo schema di accordo/contratto di budget di cui alla DGR n. 695/2022, specificando che *"per mero errore materiale, nell'art. 9, comma 1, lett. g), ultimo capoverso, dello schema di Accordo/Contratto approvato in allegato quale parte integrante e sostanziale alla sopra richiamata deliberazione, nella parte in cui è stata consentita l'osmosi del budget "tra settings assistenziali (intensivo, estensivo, mantenimento) e tra i diversi regimi assistenziali (residenziale, semiresidenziale)", con riferimento ai diversi regimi assistenziali sono stati erroneamente riportati tra parentesi esclusivamente i regimi assistenziali "residenziale e semiresidenziale" e, pertanto, l'art. 9, comma 1, lett. g), ultimo capoverso, del sopra indicato schema di Accordo/Contratto è stato rettificato eliminando il contenuto della seguente parentesi: "(residenziale, semiresidenziale)", in linea, peraltro, con quanto previsto dall'allegato B, lettera "E", alla DGR n. 979/2020;*

- con Determinazione della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G00577 del 19 gennaio 2023 è stato approvato lo schema di *Addendum all'Accordo/Contratto ex art. 8*

quinquies D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. 2022-2024, di cui alla DGR n. 695/2022, da utilizzare per le annualità 2023 e 2024 relativamente al corrispettivo contrattuale per tali anni;

- con DGR n. 310 del 20/06/2023, all'esito del procedimento partecipativo avviato con nota prot. 445239 del 21 aprile 2023, è stato approvato lo schema di *Addendum*, che ha regolamentato il corrispettivo contrattuale per l'anno 2023 e ha modificato parzialmente la Disciplina giuridica del contratto di budget *ex art. 8 quinquies* D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. avente efficacia per il triennio 2022-2024, di cui alla DGR n. 695/2022, con riferimento agli artt. 1, 8 e 15, in materia di Agende digitali/ReCup e di ricetta elettronica dematerializzata, al fine di assicurare l'attuazione, in tempi certi, degli adempimenti già previsti contrattualmente, con l'intento di garantire l'erogazione delle "prestazioni critiche" attraverso la prenotazione sul ReCup a tutti gli aventi diritto, nel rispetto degli obiettivi LEA;

- con la suddetta DGR n. 310/2023 è stato, altresì, confermato, con riferimento a tutti i contratti in ambito sanitario, l'aggiornamento del testo della Disciplina Uniforme di cui al DCA n. 247/2019, allegata al presente *Addendum sub All. A*, quale parte integrante e sostanziale dello stesso, così come modificato dalla sopracitata DGR n. 153/2023;

- con i DCA n. 231/2018 e 513/2018, nonché con il DCA n. U00152 del 30 aprile 2019, avente ad oggetto: <<Recepimento del "Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021">> e con il DCA n. U00302 del 25 luglio 2019, avente ad oggetto: "Piano regionale per il governo delle Liste di Attesa 2019-2021", sono stati previsti, tra l'altro, termini precisi per l'implementazione delle Agende Digitali e per il collegamento con il ReCup;

- con il DCA n. U00247 del 2 luglio 2019, avente ad oggetto: "Approvazione modifiche alla Disciplina uniforme delle modalità di fatturazione e di pagamento dei crediti vantati nei confronti delle Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, IRCCS Pubblici, dell'Azienda ARES 118 e della Fondazione Policlinico Tor Vergata - ex DCA n. U00032 del 30 gennaio 2017", è stato aggiornato il regolamento regionale sulle modalità di fatturazione e pagamento in ambito sanitario, successivamente modificato con la citata DGR n. 310/2023 (**all. A**), anche in ragione dell'entrata in vigore del nuovo Codice dei Contratti pubblici di cui al D. Lgs. n. 36/2023, modificando il comma 12 dell'art. 7 della stessa, in coerenza con quanto previsto all'art. 14 del contratto di budget *ex art. 8 quinquies* del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i.;

- con DGR Lazio n. 642 del 26/07/2022, avente ad oggetto: "Definizione dei livelli massimi di finanziamento e dei criteri di remunerazione per le prestazioni di assistenza sanitaria e sociosanitaria erogate da strutture private accreditate: triennio 2022 – 2024", sono stati definiti i livelli massimi di finanziamento per il triennio 2022-2024 per le prestazioni di assistenza ospedaliera, territoriale e specialistica con onere a carico del SSR, ivi compresi, tra l'altro, i finanziamenti per le funzioni assistenziali previste dall'art. 8 *sexies* del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e per la copertura dei maggiori costi connessi alle attività di didattica e ricerca *ex art. 7*, comma 2, D. Lgs. n. 517/99 e s.m.i.;

- con specifici provvedimenti amministrativi sono stati assegnati i livelli massimi di finanziamento per l'acquisto delle prestazioni di assistenza ospedaliera, specialistica e territoriale da privato accreditato per l'anno 2023;

- con DGR n. 868 del 7 dicembre 2023, recante “*Revisione del processo di rendicontazione e fatturazione delle prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogate a carico del SSR dalle strutture private accreditate*”, la Regione ha, tra l’altro, approvato, a far data dal 1° gennaio 2024, il nuovo processo di rendicontazione e fatturazione, con riferimento alle prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogate a carico del SSR dalle strutture private accreditate, meglio dettagliato nell’Allegato tecnico alla suddetta Deliberazione, che forma parte integrante e sostanziale del presente contratto (**All. B**);
- con DGR n. 869 del 07 dicembre 2023 è stato adottato il documento di Programmazione della Rete ospedaliera 2024-2026, definendo, tra l’altro, il fabbisogno di posti letto di Area medica con l’obiettivo di ridurre i tempi di attesa in Pronto Soccorso;
- con la DGR n. _____ del ____/12/2023, sono state recepite le tariffe del DM 23/06/2023 (pubblicato sulla GURI in data 04 agosto 2023), per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e protesica erogabili a carico del SSN;
- con DGR n. _____ del _____, all’esito del procedimento partecipativo avviato con note prot. nn. 1413829 dello 05/12/2023, 1418379 dello 06/12/2023, 1424273 dello 07/12/2023 e 1462712 del 15/12/2023, sono stati definiti i livelli massimi di finanziamento e i criteri di assegnazione dei budget 2024, nonché determinate le regole di remunerazione, ed è stato, altresì, approvato lo schema del presente *Addendum*, che regola il corrispettivo contrattuale per l’anno 2024 e modifica parzialmente la Disciplina giuridica del contratto di budget *ex art. 8 quinquies* D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. avente efficacia per il triennio 2022-2024, di cui alla DGR n. 695/2022 (come mod. con DGR n. 310/2023), con riferimento agli artt. 3, 4, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 15 e 17;
- il presente *Addendum* integra il contratto di budget *ex art. 8 quinquies* D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. avente efficacia per il triennio 2022-2024 sottoscritto in data _____ (“contratto 2022-2024”), in relazione alla regolamentazione del corrispettivo contrattuale per l’anno 2024 e ne modifica e integra, altresì, parzialmente la Disciplina giuridica per le sole disposizioni qui riportate.

* * * * *

TUTTO QUANTO SOPRA PREMESSO, che, unitamente agli allegati, forma parte integrante del presente *Addendum* contrattuale, la Società/Ente morale/struttura e la ASL (di seguito definite anche le “**Parti**”) convengono e stipulano quanto segue.

Art. 1 – Integrazioni all’art. 3 del contratto 2022-2024

1. Fermo restando il contenuto delle disposizioni di cui all’accordo/contratto di budget 2022-2024 già sottoscritto, **all’art. 3 – Requisiti oggettivi e soggettivi** – del contratto sono apportate le seguenti modifiche e integrazioni:

- al comma 2, lett. d), è aggiunta la seguente parentesi “...(vedi anche Modello2)”;
- al comma 3, dopo le parole “...obblighi contributivi e assistenziali” è aggiunto il seguente periodo “- ivi compresi quelli nei confronti dell’ENPAM -”.

Art. 2 – Modifiche e Integrazioni all’art. 4 del contratto 2022-2024

1. Fermo restando il contenuto delle disposizioni di cui all’accordo/contratto di budget 2022-2024 già sottoscritto, **all’art. 4 - Comportamento secondo buona fede** - del contratto, dopo le parole “buona fede”, sono aggiunte le parole “e correttezza”.

Art. 3 – Modifiche e Integrazioni all’art. 7 del contratto 2022-2024

1. Fermo restando il contenuto delle disposizioni di cui all’accordo/contratto di budget 2022-2024 già sottoscritto, **all’art. 7 - Corrispettivo, Tariffe e Regole di remunerazione** del contratto sono apportate le seguenti modifiche e integrazioni:

- al comma 8, è soppressa la parola “provvisorio”;

-il comma 9 è sostituito dal seguente

“9. Per tutto ciò che concerne la definizione dei livelli massimi di finanziamento delle prestazioni di assistenza ospedaliera, territoriale e specialistica ambulatoriale, ad integrazione di quanto previsto nel presente accordo, si rinvia alla DGR n. _____ del _____, nonché ai relativi provvedimenti attuativi, e, in particolare, al Documento Tecnico avente ad oggetto i criteri di budget e le regole di remunerazione per l’anno 2024 (All. C), i cui contenuti formano parte integrante del presente contratto.”;

- dopo il comma 9, è aggiunto il seguente

“10. Si precisa che i nuovi criteri di assegnazione dei budget e le regole di remunerazione, stabiliti con il suddetto Documento Tecnico (All. C), rappresentano un nuovo modello di gestione delle risorse sottoposto a monitoraggio periodico trimestrale, all’esito del quale l’Amministrazione si riserva la facoltà di introdurre modifiche in corso d’anno, ai fini del raggiungimento degli obiettivi pubblici prefissati a tutela della salute, fermo restando il budget complessivo di cui al presente accordo/contratto.”

Art. 4 – Modifiche e Integrazioni all’art. 8 del contratto 2022-2024

1. Fermo restando il contenuto delle disposizioni di cui all’accordo/contratto di budget 2022-2024 già sottoscritto, **all’art. 8 – Distribuzione dell’attività, governo delle liste di attesa, flussi informativi, prescrizione dematerializzata e rischio clinico** – del contratto sono apportate le seguenti modifiche e integrazioni:

- al comma 3 le parole “Le strutture sono tenute...” sono sostituite con le seguenti “La struttura è tenuta...”;

- al comma 7, dopo le parole “cure erogate”, è aggiunto il seguente periodo “nel setting idoneo”;

- alla fine del comma 8 ter, è aggiunto il seguente periodo “La struttura è tenuta a mettere a disposizione le Agende almeno per 12 mesi consecutivi, così come previsto nel citato Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA).”

- il comma 11 è sostituito dal seguente:

“11. La struttura, a far data dal 1° gennaio 2024, è tenuta al rispetto delle disposizioni relative al nuovo processo di rendicontazione e fatturazione, meglio dettagliato nell’Allegato tecnico alla DGR n. 868 del 7 dicembre 2023, che forma parte integrante e sostanziale del presente contratto (All. B);”

- il comma 12 è soppresso;

- al comma 14 è aggiunto il seguente periodo *“La violazione di tale disposizione comporta la risoluzione automatica del presente contratto ai sensi del successivo art. 15.”*;

- il comma 16 è sostituito dal seguente:

“15. La struttura potrà procedere con la fatturazione delle prestazioni rese nel rispetto di quanto disposto dalla Disciplina Uniforme(All. A) e dal Documento Tecnico di cui alla DGR n. 868/2023 (All. B), quali parti integranti e sostanziali del presente contratto di budget, solo a seguito della ricezione dell’ordine elettronico che verrà emesso dall’Azienda Sanitaria Locale competente per territorio, per ogni tipologia di prestazione contrattualizzata, secondo le indicazioni operative regionali emanate in materia.”.

- dopo il comma 16 è aggiunto il seguente comma:

“17. Per l’erogazione delle prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera con onere a carico del SSR oggetto del presente contratto, si rinvia, tra l’altro, alle misure di cui all’art. 2 Protocollo d’Intesa tra la Regione Lazio e le Associazioni di Categoria AIOP-ARIS-UNINDUSTRIA SANITA’, inerente al “Trasferimento da Pronto Soccorso per ricovero presso le strutture accreditate per acuti non dotate di Pronto Soccorso – Trasferimento dai reparti di Area medica ubicata presso ospedali sede di P.S. o DEA in Riabilitazione e Lungodegenza”, ratificato con Determinazione n. 42 del 5 gennaio 2023, nelle parti ritenute applicabili.”

Art. 5 – Modifiche all’art. 9 del contratto 2022-2024 - Valorizzazione delle prestazioni erogabili e remunerazione massima annuale –

1. Fermo restando il contenuto delle disposizioni di cui all’accordo/contratto di budget 2022-2024 già sottoscritto, con riferimento **all’art. 9 - Valorizzazione di prestazioni erogabili e remunerazione massima annuale/pluriennale** – si riporta di seguito la valorizzazione delle prestazioni erogabili e la remunerazione massima annuale per l’anno 2024, con l’inserimento di un ulteriore periodo prima della lett. b):

a) per le prestazioni per acuti: il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, che dovrà essere utilizzato per la gestione degli episodi di ricovero di cui all’Allegato 1 della DGR n. _____, come di seguito specificato:

a.1) € _____ per le attività svolte in regime di ricovero ordinario con dimissioni registrate nelle discipline di Area medica;

a.2) € _____ per le attività svolte in regime di ricovero in day hospital con dimissioni registrate nelle discipline di Area medica;

a.3) € _____ per le attività svolte in regime di ricovero ordinario e in regime di ricovero in day surgery con dimissioni registrate nelle discipline di Area chirurgica;

a.4) € _____ per le attività svolte in regime di ricovero ordinario e day hospital con dimissioni registrate nelle discipline di Area critica;

Le strutture private accreditate prive di P.S., che erogano prestazioni per acuti nell'ambito della programmazione regionale, nella logica dell'integrazione pubblico-privato e della solidarietà di sistema, allo scopo di fruire dei vantaggi di cui al Protocollo d'Intesa ratificato con Determinazione G00646 del 25 gennaio 2022, sono tenute a mettere a disposizione i posti letto richiesti per il ricovero di pazienti provenienti da PS/DEA secondo le percentuali ivi fissate, purchè nei limiti massimi del budget assegnato. Le strutture appartenenti alle "Reti tempo-dipendenti" sono comunque soggette agli accordi della relativa Rete di afferenza.

Gli importi previsti per la tipologia assistenziale di cui sopra potranno subire eventuali rimodulazioni, in corso d'anno, nell'ambito delle Aree omogenee, anche a seguito dei monitoraggi trimestrali che verranno effettuati, fermo restando il livello massimo di finanziamento complessivamente assegnato, ai fini del raggiungimento dell'obiettivo pubblico prefissato per la tutela più efficace del diritto alla salute dei cittadini.

b) per le prestazioni di riabilitazione post-acuzie: il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari);

c) per le prestazioni di lungodegenza medica: il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari);

d) per le prestazioni di specialistica ambulatoriale:

d.1) Laboratorio Analisi: il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione, delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari) e delle compartecipazioni aggiuntive (ticket) di cui alla vigente normativa;

d.2) Prestazioni di Altra Specialistica:

Per le prestazioni di Altra Specialistica è previsto un budget "indistinto" e un budget "dedicato" ad alcune prestazioni (individuato nelle delibere delle AA.SS.LL.); in caso di esaurimento del budget "dedicato" l'eventuale eccedenza andrà ad erodere il budget "indistinto"; non è consentita l'operazione inversa.

d.2.1) - Prestazioni di Altra Specialistica - “budget indistinto”: il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione, delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extracomunitari) e delle compartecipazioni aggiuntive (ticket) di cui alla vigente normativa;

d.2.2) - Prestazioni di Altra Specialistica – “budget dedicato”: il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo della ASL, come specificato nella Delibera n. _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione, delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari) e delle compartecipazioni aggiuntive (ticket) di cui alla vigente normativa;

d.3) prestazioni APA: il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione, delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari) e delle compartecipazioni aggiuntive (ticket) di cui alla vigente normativa;

d.4) prestazioni di Risonanza Magnetica Nucleare: il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione, delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari) e delle compartecipazioni aggiuntive (ticket) di cui alla vigente normativa;

e) per le prestazioni per persone non autosufficienti anche anziane, il Budget complessivo assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, di cui:

e.1.) per assistenza intensiva residenziale, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

e.2) per assistenza estensiva residenziale, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

e.3) per assistenza residenziale relativa ai disturbi cognitivo comportamentali gravi, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

e.4) per assistenza semi-residenziale relativa ai disturbi cognitivo comportamentali gravi, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____

_____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

e.5) per assistenza di mantenimento residenziale ad alto carico, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

e.6) per assistenza di mantenimento Residenziale a basso carico, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

e.7) per assistenza di mantenimento semi-residenziale ad alto carico, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

e.8) per assistenza di mantenimento semi-residenziale a basso carico, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____.

Il Budget assegnato si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Lazio e alla sola quota a carico del SSR ed è consentita l'osmosi dello stesso nel caso di setting assistenziali diversi (intensivo, estensivo, mantenimento alto e basso) relativi al medesimo regime assistenziale (residenziale, semiresidenziale), purchè nei limiti dei posti residenziali e semiresidenziali accreditati;

f) per le prestazioni in Hospice il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, di cui:

f.1) per assistenza residenziale il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

f.2) per assistenza domiciliare il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

f.3) per assistenza residenziale pediatrica il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

f.4) per assistenza diurna pediatrica in Day Hospice il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

Il budget assegnato si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Lazio;

g) per le prestazioni di riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento: il Budget complessivo assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____

_____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, di cui:

g.1) per le prestazioni di riabilitazione territoriale residenziale, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

g.2) per le prestazioni di riabilitazione territoriale semi-residenziale, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

g.3) per le prestazioni ambulatoriali di riabilitazione territoriale, il Budget assegnato per l'erogazione di n. _____ trattamenti (accessi) alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

g.4) per le prestazioni domiciliari di riabilitazione territoriale, il Budget assegnato per l'erogazione di n. _____ trattamenti (accessi) alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

Il Budget assegnato si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Lazio e alla sola quota a carico del SSR ed è consentita l'osmosi dello stesso tra setting assistenziali (intensivo, estensivo, mantenimento) e tra i diversi regimi assistenziali, purchè nei limiti dei posti residenziali e semiresidenziali accreditati;

h) per le prestazioni di Psichiatria il Budget complessivo assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, di cui:

h.1) per le prestazioni di assistenza intensiva territoriale, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

h.2) per le prestazioni di assistenza riabilitativa intensiva (SRTR i), il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

h.3) per le prestazioni di assistenza riabilitativa estensiva (SRTR e), il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

h.4) per le prestazioni di assistenza riabilitativa intensiva per adolescenti, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

h.5) per le prestazioni di assistenza riabilitativa estensiva per adolescenti, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

h.6) per le prestazioni di assistenza residenziale socio-riabilitativa ad elevata intensità (24h), il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

h.7) per le prestazioni di assistenza residenziale socio-riabilitativa a media intensità (12h), il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

h.8) per le prestazioni di assistenza semi-residenziale socio-riabilitativa (Centro Diurno), il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

h.9) per le prestazioni di assistenza semi-residenziale socio-riabilitativa per adolescenti (Centro Diurno), il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

h.10) per le prestazioni di assistenza residenziale relativa ai disturbi del comportamento alimentare il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

h.11) per le prestazioni di assistenza semi-residenziale relativa ai disturbi del comportamento alimentare (Centro Diurno), il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

Il budget assegnato si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Lazio e alla sola quota a carico del SSR ed è consentita l'osmosi dello stesso nel caso di setting assistenziali diversi (intensiva, estensiva, SRSR h24 e SRSR h12, centro diurno, ad eccezione dei Disturbi Comportamenti Alimentari) relativi al medesimo regime assistenziale (residenziale, semiresidenziale), purchè nei limiti dei posti residenziali accreditati;

i) per le prestazioni di assistenza termale: il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo n. _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____; tale budget si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Lazio ed è comprensivo delle compartecipazioni aggiuntive (ticket) di cui alla vigente normativa;

j) per le prestazioni erogate a persone in stato di dipendenza o Addiction: il Budget complessivo assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo n. _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, di cui:

j.1) per le prestazioni di assistenza terapeutico-riabilitativa residenziale, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

j.2) per le prestazioni di assistenza terapeutico-riabilitativa semi-residenziale, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo n. _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

j.3) per le prestazioni di assistenza pedagogico-riabilitativa residenziale, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo n. _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

j.4) per le prestazioni di assistenza pedagogico-riabilitativa semi-residenziale, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo n. _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

j.5) per le ulteriori prestazioni di assistenza per persone in stato di dipendenza o addiction, quali ad esempio le attività svolte dalle c.d. Unità Mobili, il budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo n. _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

Il budget assegnato si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Lazio ed è consentita l'osmosi dello stesso nel caso di setting assistenziali diversi (pedagogico o terapeutico) relativi al medesimo regime assistenziale (residenziali e semiresidenziale), purché nei limiti dei posti residenziali accreditati;

k) per i maggiori costi connessi alle attività di cui all'art. 8-sexies, comma 2, D. Lgs. 502/92 e s.m.i.: il finanziamento assegnato alla struttura nei limiti dell'importo massimo verrà determinato dalla Regione con apposito provvedimento amministrativo all'interno della quota di fondo disponibile individuata;

l) per i maggiori costi connessi all'attività di didattica e ricerca di cui all'art. 7, comma 2, D.Lgs. n. 517/99 e s.m.i.: il finanziamento assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo è pari al 7% del valore delle prestazioni di assistenza ospedaliera remunerabili nell'anno di competenza in favore di pazienti residenti e non residenti, nonché del valore delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale remunerabili nell'anno di competenza, in favore di pazienti residenti.

2. Tenuto conto di quanto chiarito sopra, la società/ente morale prende atto e con il presente accordo/contratto conferma di accettare, per ciascuna tipologia assistenziale sopra indicata posta a carico del Servizio Sanitario Regionale, il tetto massimo annuo stabilito nel relativo provvedimento regionale e/o aziendale e accetta, pertanto, l'importo complessivo di € _____ (_____/_____), pari alla somma delle voci _____, (di seguito denominato "Tetto Massimo Annuo").

3. Resta inteso che le prestazioni soggette a rimborso non prevedono la fissazione di un budget e sono rimborsate, a seguito dei controlli di legge, in funzione delle prestazioni effettivamente erogate, tenuto conto della capacità produttiva. Per tali voci (a titolo esemplificativo e non esaustivo, dialisi, neonato sano, radioterapia, O.B.I., ecc.), pertanto, non è indicata la relativa remunerazione, che verrà determinata a consuntivo.”

Art. 6 – Modifiche all’art. 11 del contratto 2022-2024

1. Fermo restando il contenuto delle disposizioni di cui all’accordo/contratto di budget 2022-2024 già sottoscritto, **all’art. 11 - Controlli sull’attività sanitaria ex art. 8-octies D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.** - del contratto sono apportate le seguenti modifiche e integrazioni:

- al comma 3, la lett. b) è sostituita dalla seguente

“b) consegnare alla ASL o alla Regione la documentazione relativa alle prestazioni sanitarie rese e, in particolare, le cartelle cliniche oggetto di controllo in formato digitale;”.

Art. 7 – Modifiche all’art. 12 del contratto 2022-2024

1. Fermo restando il contenuto delle disposizioni di cui all’accordo/contratto di budget 2022-2024 già sottoscritto, **all’art. 12 - Modalità di fatturazione, liquidazione e termini per il pagamento della remunerazione** - del contratto sono apportate le seguenti modifiche e integrazioni:

- il comma 2 è sostituito dal seguente

“2. La struttura si impegna ad inviare i flussi informativi regionali delle prestazioni sanitarie erogate con onere a carico del SSR entro e non oltre il termine e le modalità comunicate dall’Area regionale Sistemi Informativi per la chiusura definitiva degli archivi relativi ai dati di produzione, tenuto conto altresì delle modalità e dei termini stabiliti al Documento Tecnico di cui alla DGR n. 868/2023, parte integrante del presente contratto (All. B). Oltre i predetti termini e modalità, le prestazioni non verranno accettate dai sistemi e, quindi, non verranno valorizzate.”

- al comma 6, le lettere d), e), f) e g), sono sostituite con le lettere a), b), c) e d);

- dopo il comma 8 sono aggiunti i seguenti commi

“9. Entro il 31 marzo 2024 verrà comunicato alla struttura il dettaglio di tutte le note di credito che risultano da emettere al 31/12/2023; la struttura dovrà provvedere all’emissione delle note di credito, perentoriamente, entro e non oltre 60 gg. dal ricevimento della richiesta, pena la riduzione dell’eventuale budget da assegnare nell’anno successivo, nella misura del 10%.

10. Nel caso di mancata emissione delle note di credito nel termine suindicato, l’ASL di competenza procederà ad emettere note di debito che saranno compensate sulle fatture utili della struttura stessa.

11. Il beneficio dell’eventuale rateizzazione degli importi da recuperare potrà essere concesso esclusivamente nel caso di regolare emissione, da parte della struttura, di tutte le note di credito richieste, nel termine assegnato. Laddove la rateizzazione sia già in atto, la mancata emissione delle note di credito nel termine di cui al precedente comma 9 comporterà la decadenza dal suddetto beneficio.

Art. 8 – Modifiche all’art. 14 del contratto 2022-2024

1. Fermo restando il contenuto delle disposizioni di cui all'accordo/contratto di budget 2022-2024 già sottoscritto, **all'art. 14 – Cessione dei crediti** – del contratto sono apportate le seguenti modifiche e integrazioni:

- il comma 3 è sostituito dal seguente

“3. La mancata osservanza delle disposizioni nazionali e/o regionali in materia di cessione dei Crediti, ivi compresa la violazione della Disciplina Uniforme, è intesa come grave condotta in violazione dell'art. 4 del presente contratto e, pertanto, comporta la risoluzione automatica dello stesso ai sensi del successivo art. 15, nonché determina l'invalidità, l'inefficacia e l'inopponibilità della cessione all'Amministrazione, anche a prescindere dal rifiuto della ASL di competenza.”

Art. 9 – Modifiche all'art. 15 del contratto 2022-2024

1. Fermo restando il contenuto delle disposizioni di cui all'accordo/contratto di budget 2022-2024 già sottoscritto, **all'art. 15 – Risoluzione dell'accordo/contratto e recesso** – del contratto sono apportate le seguenti modifiche e integrazioni:

- al comma 5, lett. a), dopo la parola “revoca” è aggiunto il seguente periodo “o mancato rinnovo”;

- il comma 7 è sostituito come segue

“7. Resta inteso che, a far data dalla comunicazione della sospensione e/o revoca dell'accreditamento o di avvenuta risoluzione dell'accordo/contratto, la struttura potrà eventualmente erogare solo prestazioni in regime privatistico e non potrà più ricoverare nuovi pazienti con onere a carico del SSR; nel caso di sospensione e/o revoca dell'autorizzazione, a far data dalla relativa comunicazione, la struttura non potrà più ricoverare nuovi pazienti;”

Art. 10 – Modifiche all'art. 17 del contratto 2022-2024

1. Fermo restando il contenuto delle disposizioni di cui all'accordo/contratto di budget 2022-2024 già sottoscritto, **al comma 3 dell'art. 17 - Clausole di salvaguardia** – del contratto il riferimento alla lett. f) dell'art. 15 è sostituito con il riferimento corretto alla lett. j) dell'art. 15.

Art. 11 – Corrispettivo 2024 e Durata –

1. Fermo restando il contenuto delle disposizioni di cui all'accordo/contratto di budget 2022-2024 già sottoscritto, con riferimento al **comma 3 dell'art. 7 – Corrispettivo, Tariffe e Regole di remunerazione** – l'importo complessivo per l'anno 2024 riconosciuto alla struttura ai sensi del presente accordo/contratto è di € _____ (budget), tetto massimo non superabile (da intendersi per ciascuna tipologia assistenziale di cui al successivo art. 9), entro il quale sono considerate riconoscibili e remunerabili esclusivamente le prestazioni erogate in conformità con la configurazione di accreditamento e con la normativa vigente. I tetti di spesa assegnati rappresentano un limite invalicabile e si intendono comprensivi di IVA, ove applicabile.

2. La durata del presente Addendum decorre a partire dal _____ fino al _____.

Art. 12 – Rinvio –

Per tutto quanto non regolato dal presente atto, si rinvia al contratto di budget già sottoscritto digitalmente e parte integrante del presente *Addendum*, nonché

- al Regolamento di cui alla Disciplina Uniforme sulle modalità di fatturazione e pagamento, allegato al presente *Addendum* e parte integrante e sostanziale dello stesso **(all. A)**,
- all'Allegato tecnico alla Deliberazione n. 867/2023, che forma parte integrante e sostanziale del presente contratto **(All. B)**
- all'Allegato denominato "Criteri di budget e regole di remunerazione", che forma parte integrante e sostanziale del presente contratto **(All. C)**.

Data _____

La ASL

La struttura

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 e 1342 del c.c., la struttura dichiara di aver preso visione ed accettare espressamente le clausole di cui agli articoli da 1 a 12.

Letto, confermato e sottoscritto in tre originali: uno per ciascuno dei sottoscrittori, il terzo da consegnare alla ASL.

Data _____

La ASL

La struttura

ALLEGATO A

DISCIPLINA UNIFORME DELLE MODALITA' DI FATTURAZIONE E DI PAGAMENTO DEI CREDITI VANTATI NEI CONFRONTI DELLE AZIENDE SANITARIE LOCALI, DELLE AZIENDE OSPEDALIERE, DELLE AZIENDE OSPEDALIERE UNIVERSITARIE, DEGLI IRCCS PUBBLICI, DELL'AZIENDA ARES 118 E DELLA FONDAZIONE POLICLINICO TOR VERGATA

Art. 1 – Definizioni e allegati

1.1 Salvo quanto diversamente indicato nel presente regolamento, le definizioni qui riportate e utilizzate con lettera maiuscola o minuscola, al singolare o al plurale, con testo normale o grassetto avranno il seguente significato:

“Aziende Sanitarie”: le Aziende Sanitarie locali, le Aziende Ospedaliere, le Aziende Ospedaliere Universitarie, gli IRCCS pubblici, l'Azienda ARES 118 e della Fondazione Policlinico Tor Vergata.

“Strutture”: i soggetti giuridici assoggettati all'obbligo di autorizzazione per l'esercizio di attività sanitaria nonché all'obbligo di accreditamento per l'erogazione di prestazioni sanitarie in favore di terzi beneficiari in nome e per conto e con onere a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR).

“Fornitore/Prestatore di beni e servizi”: i soggetti che forniscono beni o prestano servizi in favore delle Aziende Sanitarie.

“Farmacie convenzionate”: soggetti convenzionati con il SSN, che vantano crediti commerciali inclusi in DCR, di cui al rigo 19-bis, 19-ter, 19-quater e 19-sexies della DCR e/o altre forniture;

“Parte privata”: la Struttura o la Farmacia convenzionata, o il Fornitore/Prestatore di beni e servizi che intrattiene rapporti con le Aziende Sanitarie sulla base di specifici accordi o contratti.

“Contratto”: il negozio giuridico (accordo o contratto), e i relativi atti amministrativi ad esso presupposti e collegati, che legittima l'erogazione delle prestazioni sanitarie, da parte delle Strutture provvisoriamente o definitivamente accreditate, nelle varie tipologie assistenziali, nonché la fornitura di beni e/o servizi da parte dei Fornitori/Prestatori di beni e servizi, insorto con le Aziende Sanitarie a far data dalla pubblicazione del Decreto del Commissario *ad acta* per il Piano di Rientro dal disavanzo sanitario che adotta il presente regolamento.

“Crediti”: i crediti derivanti dal Contratto, come definito nel punto precedente, relativi a tutte le fatture, note di credito e note di debito emesse nei confronti delle Aziende Sanitarie, in conformità alla normativa vigente, ad eccezione di quelli esplicitamente esclusi dal presente regolamento.

“Fattura”: indica ciascuna Fattura, Nota di Credito o Nota di Debito emessa dalla Parte privata in formato elettronico, ai sensi della normativa vigente, e gestita obbligatoriamente attraverso il Sistema Pagamenti.

“Fattura di Acconto”: indica la Fattura mensile emessa, ove spettante, dalla Parte privata in formato elettronico ai sensi della normativa vigente e gestita obbligatoriamente attraverso il Sistema Pagamenti, avente ad oggetto l'importo relativo alle **funzioni assistenziali-ospedaliere, di cui al comma 2 dell'art. 8 sexies del D.lgs. 502/1992 e s.m.i., funzioni di Didattica e di Ricerca connesse ad attività assistenziali di cui all'art. 7, comma 2, del D.lgs. 517/99 e s.m.i., alla distribuzione dei farmaci (File F), prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate nell'ambito della Rete di Emergenza e Urgenza per accessi non seguiti da ricovero**, valorizzata con un importo pari a 1/12 (un dodicesimo) di una quota percentuale del valore previsto per l'anno di riferimento come finanziamento riconosciuto per i maggiori costi sostenuti per lo svolgimento di funzioni assistenziali-

ospedaliera, e/o da un importo pari a 1/12 (un dodicesimo) di una quota percentuale del valore previsto quale finanziamento per i maggiori costi sostenuti per lo svolgimento delle funzioni di didattica e di ricerca connesse ad attività assistenziali indicato nell'ultimo bilancio di esercizio approvato dall'Azienda Sanitaria competente per territorio, e/o da un importo pari a 1/12 (un dodicesimo) di una quota percentuale del valore riconosciuto quale rimborso per la distribuzione dei farmaci (File F) indicato nell'ultimo bilancio di esercizio approvato dall'Azienda Sanitaria competente per territorio;

Tale Fattura potrà essere emessa dalla Struttura dall'ultimo giorno del mese a cui si riferisce l'acconto (si precisa che le suddette quote percentuali sono definite negli accordi/contratti di budget).

“Fattura di Saldo”: indica la Fattura emessa, ove spettante, dalla Struttura in formato elettronico ai sensi della normativa vigente, e gestita obbligatoriamente attraverso il Sistema Pagamenti, avente ad oggetto l'importo relativo allo **svolgimento di funzioni assistenziali-ospedaliere di cui al comma 2 dell'art. 8 sexies del D.lgs. n. 502/1992 e s.m.i e di didattica e ricerca di cui al comma 2 dell'art. 7 del D.lgs. 517/99 e s.m.i., per la distribuzione di farmaci (File F), nonché sul totale degli accessi al P.S., non seguiti da ricovero, valorizzata, con un importo pari al saldo, comunicato dalla Direzione Salute e Politiche Sociali, calcolato sul totale dei maggiori costi sostenuti nell'anno di riferimento, nei limiti delle risorse assegnate per lo stesso anno**, per lo svolgimento di funzioni assistenziali-ospedaliere e/o per le funzioni di didattica e ricerca, ferma restando l'eventuale rendicontazione di costi sostenuti laddove previsto dalla normativa vigente, e/o sul totale dell'effettivo valore riconosciuto per la distribuzione diretta dei farmaci (File F) effettuata nell'anno di riferimento, al netto dell'importo delle Fatture di Acconto emesse nel corso dell'anno di riferimento e degli abbattimenti applicati in esito ai controlli automatici e/o esterni sul complesso delle prestazioni erogate dalla Struttura, nel caso non ancora recuperati. Tale Fattura è emessa dalla Struttura entro il 30 aprile dell'anno successivo alla chiusura del bilancio di esercizio di competenza, secondo i termini e le indicazioni forniti dalla Regione.

“Nota provvedimento” : la nota regionale, avente valore di provvedimento amministrativo, con la quale viene comunicata la valorizzazione scaturita dall'esito dei controlli analitici esterni, che dovrà essere adottata e notificata alla Struttura, e in copia all'Azienda territorialmente competente, a conclusione del procedimento di controllo.

“Sistema di Interscambio” (di seguito SDI): il sistema informatico di supporto al processo di ricezione e successivo inoltro delle Fatture elettroniche alle amministrazioni destinatarie, nonché alla gestione dei dati in forma aggregata e dei flussi informativi, anche ai fini della loro integrazione nei sistemi di monitoraggio della finanza pubblica.

“Sistema Pagamenti”: il sistema informatico, gestito da LazioCrea, finalizzato alla dematerializzazione del processo e al monitoraggio dell'intero ciclo passivo delle Aziende Sanitarie, dalla fase di sottoscrizione degli accordi/contratti di budget e/o di trasmissione dell'ordine elettronico fino alla fase di chiusura contabile dei crediti, nonché finalizzato alla ottimizzazione del pagamento delle Fatture del SSR, che consente, anche attraverso l'integrazione con lo SDI, la gestione delle fasi e dei dati oggetto del presente regolamento. Tale sistema è raggiungibile dal sito della Regione Lazio, all'indirizzo internet <http://www.regione.lazio.it>, nell'Area Sanità/Crediti verso SSR.

“Data Consegna Fattura”: è la data di rilascio, da parte del Sistema di Interscambio della ricevuta di consegna, secondo quanto previsto al paragrafo 4 dell'allegato B al DM 55/2013, che rappresenta la data di riferimento per il calcolo dei termini previsti per la liquidazione/certificazione e il pagamento delle fatture immesse nel Sistema Pagamenti a seguito dall'entrata in vigore della norma che regola la Fatturazione Elettronica.

“Liquidazione”: è la procedura amministrativa effettuata dagli uffici competenti dell’Azienda Sanitaria al fine di verificare, ai sensi della normativa vigente, la correttezza formale e sostanziale del Credito risultante dall’accertamento della conformità dei beni, dei servizi e delle prestazioni ricevuti e fatturati rispetto a quelli richiesti e ordinati, nonché la regolarità amministrativo contabile delle fatture stesse, e, nel caso delle Strutture, la conformità delle prestazioni al titolo di autorizzazione e di accreditamento, nel rispetto del limite massimo di finanziamento, a completamento delle procedure di accertamento nei termini indicati dalla Determinazione dirigenziale n. D1598 del 07 giugno 2006, dalla Determinazione dirigenziale n. D2804 del 2007 e ss.mm.ii. nonché da ogni altra disposizione nazionale e regionale.

“Certificazione”: attestazione del Credito come certo, liquido ed esigibile, a fronte della Liquidazione della Fattura, anche in caso, ove previsto, di Fattura di Acconto e di Fattura di Saldo, effettuata dagli uffici competenti dell’Azienda Sanitaria, rappresentata sul Sistema Pagamenti dalle Fatture, o parte di esse, poste in stato “Liquidata” con generazione dell’**Atto di Certificazione**.

“Atto di Certificazione”: il report, in formato PDF, visualizzato dalla Parte privata e dall’eventuale Cessionario nel Sistema Pagamenti, contenente l’elenco delle Fatture oggetto di Liquidazione con specificazione dell’importo di ciascun Credito Certificato, con tale importo intendendosi l’importo, in linea capitale totale o parziale, certificato per ciascuna Fattura.

“Data di Pagamento”: l’ultimo giorno del mese in cui cade il 60° giorno dalla **Data Consegna** della relativa Fattura, entro cui l’Azienda Sanitaria procederà, al pagamento dei Crediti Certificati.

“Cessionari e/o Mandatari all’Incasso”: indica i Cessionari *pro-soluto* o *pro-solvendo* e/o i Mandatari all’Incasso dei Crediti derivanti dal Contratto, che devono accettare anch’essi, espressamente e integralmente nell’Atto di Cessione o nel Mandato all’incasso, i termini e le condizioni del presente regolamento.

“Ente incaricato del pagamento del corrispettivo”, anche ai sensi dell’art. 1, comma 10, del D.L. n. 324/1993, convertito dalla L. 27 ottobre 1993, n. 423, si intende l’Azienda Sanitaria territorialmente competente, che si avvale di LazioCrea, ai sensi del DCA 504/2017 s.m.i., attraverso l’utilizzo del Sistema Pagamenti, secondo le disposizioni del presente regolamento.

Le Fatture possono assumere, ai fini del presente regolamento, i seguenti stati:

“Ricevuta”: è lo stato in cui si trova la Fattura inviata al Sistema Pagamenti da parte dello SDI, a seguito dell’esito positivo dei controlli da quest’ultimo effettuati.

“Prelevata”: è lo stato in cui si trova la Fattura dopo il suo prelevamento dal Sistema Pagamenti da parte dell’Azienda Sanitaria.

“Registrata”: è lo stato in cui si trova la Fattura dopo la registrazione in contabilità da parte dell’Azienda Sanitaria.

“Respinta”: è lo stato in cui si trova la Fattura a seguito di rifiuto da parte dell’Azienda Sanitaria, a fronte di irregolarità formali della stessa. In questo caso, la Parte privata avrà la possibilità di rettificare i dati irregolari e/o erronei presenti nella Fattura Respinta, trasmettendo una nuova fattura debitamente corretta, recante la stessa data e lo stesso numero di documento di quella che si intende rettificare.

“Bloccata”: è lo stato in cui si trova la Fattura, o parte di essa, a seguito di un **blocco motivato** da condizioni che ostacolano la procedura di Liquidazione e di Certificazione da parte dell’Azienda Sanitaria di competenza, ovvero la riscontrata inadempienza a seguito di verifica effettuata ai sensi dell’art.48-bis del DPR 602/73 e/o a seguito di verifica ai sensi del D.M. 24 ottobre 2007.

“Liquidata”: è lo stato in cui si trova la Fattura, o parte di essa, al termine della procedura di Liquidazione e Certificazione effettuata da parte degli uffici competenti dell’Azienda Sanitaria che attesta la Certificazione del Credito.

“In pagamento”: è lo stato in cui si trova la Fattura, o parte di essa, a seguito dell’avvio della procedura di pagamento, con conseguente visualizzazione nel “Report in Pagamento” disponibile nel Sistema Pagamenti. Con l’attivazione di tale stato e la relativa visualizzazione nel “Report in Pagamento”, non è più possibile opporre l’eventuale cessione del Credito/mandato all’incasso all’Azienda Sanitaria o effettuare una variazione attinente alle coordinate bancarie.

“Pagata”: è lo stato in cui si trova la Fattura, o parte di essa, una volta effettuato il bonifico da parte del Tesoriere, con conseguente visualizzazione nel “Report Pagato” disponibile nel Sistema Pagamenti.

“Chiusa”: è lo stato in cui si trova la Fattura, o parte di essa, a seguito delle scritture contabili di chiusura effettuate dalla Azienda Sanitaria a fronte di pagamenti o note di credito.

Art. 2 – Oggetto e finalità del regolamento

2.1 Il presente regolamento disciplina in maniera uniforme la procedura e le modalità di fatturazione, trasmissione, Liquidazione, Certificazione e pagamento delle Fatture oggetto dei Contratti, come qui definiti, gestite obbligatoriamente attraverso il Sistema Pagamenti.

2.2 Il presente regolamento si applica a tutti gli accordi, contratti e negozi giuridici tra una Parte privata e una o più Aziende Sanitarie, insorti a far data dalla pubblicazione del Decreto del Commissario *ad acta* per il Piano di Rientro dal disavanzo sanitario che adotta il presente regolamento.

2.3 Per adempiere a quanto previsto dalla normativa vigente in materia di fatturazione elettronica, il Sistema Pagamenti ha il ruolo di intermediario delle Aziende Sanitarie per ricevere e veicolare dal/al Sistema di Interscambio tutte le Fatture emesse nei confronti delle Aziende stesse.

2.4 Le Aziende Sanitarie hanno la competenza esclusiva in ordine alla Liquidazione e Certificazione dei Crediti derivanti da Fatture oggetto dei Contratti definiti ai sensi del presente regolamento.

2.5 La Parte privata e l’eventuale Cessionario e/o Mandatario all’incasso, da un lato, e le Aziende Sanitarie, dall’altro, con la sottoscrizione del Contratto accettano pienamente il contenuto del presente regolamento, che ne forma parte integrante.

2.6 La Regione prende atto delle intese raggiunte tra le Aziende Sanitarie, la Parte privata e l’eventuale Cessionario e/o Mandatario all’incasso e partecipa con un ruolo di coordinamento demandando a LazioCrea la funzione di supporto tecnico, monitorando che il procedimento di pagamento avvenga in modo uniforme; la Regione e LazioCrea operano senza accollo di debito, senza prestare alcuna garanzia e senza assumere alcun impegno, né diretto né indiretto, o a titolo di garanzia, in relazione ai pagamenti stessi, quale azione dovuta a seguito della Certificazione del Credito.

Art. 3 – Manifestazione di volontà e ammissibilità dei crediti

3.1 Il Fornitore/Prestatore di beni e servizi e/o Struttura, prima dell’emissione della Fattura, provvede alla propria registrazione nel Sistema Pagamenti nonché alla sottoscrizione, tramite firma digitale, di apposita dichiarazione che attesti l’avvenuta accettazione del presente regolamento.

3.2 A seguito del ricevimento della Fattura da parte dell’Azienda Sanitaria, i Crediti, ad eccezione di quelli indicati al successivo punto 3.3, saranno regolati secondo i termini di Certificazione e pagamento previsti al successivo art. 4, purché siano rispettate le seguenti condizioni:

- (i) le Fatture siano emesse nei confronti dell'Azienda Sanitaria con la quale intercorre il rapporto giuridico;
- (ii) i Crediti siano nella esclusiva ed incondizionata titolarità della Parte privata o del Cessionario, ove sia intervenuta la cessione, e gli stessi non siano stati a loro volta oggetto di mandati all'incasso, pegno, sequestro, pignoramento o altri diritti o vincoli da parte della Parte privata e/o del Cessionario in favore di terzi, né siano soggetti ad altre pattuizioni contrattuali con soggetti terzi che, in qualsivoglia modo, ne possano impedire - o condizionare - la libera disponibilità da parte della Parte privata e/o del Cessionario;
- (iii) siano rispettate le procedure previste dal presente regolamento per l'invio all'Azienda Sanitaria delle Fatture relative ai Crediti.

3.3 L'Azienda Sanitaria, la Parte privata e/o il Cessionario e/o il Mandatario all'incasso si danno reciprocamente atto che sono esclusi dalla disciplina del presente regolamento i Crediti:

- (i) derivanti da Fatture relative a prestazioni non finanziate attraverso il Fondo Sanitario (es. fatture derivanti da prestazioni socio-assistenziali, fatture derivanti da attività socio-sanitaria di competenza dei Comuni);
- (ii) derivanti da Fatture relative a prestazioni di beni e servizi acquisiti a fronte di finanziamenti a destinazione vincolata e quindi non finanziate attraverso il Fondo Sanitario (es. le fatture finanziate in c/capitale, le fatture finanziate con fondi delle Aziende Sanitarie, le fatture finanziate con fondi Ministeriali, ecc.), che dovrà essere comunque gestita attraverso il Sistema Pagamenti unicamente quale strumento di trasmissione nei confronti dell'Azienda Sanitaria competente;
- (iii) derivanti da Fatture relative a crediti prescritti.

Art. 4 – Trasmissione delle Fatture e Procedura di Liquidazione, Certificazione e pagamento dei Crediti

4.1. Le Strutture, devono, a pena di inammissibilità, inviare all'Azienda Sanitaria tutte le Fatture relative ai Crediti oggetto dei Contratti, come definiti nel presente regolamento, unicamente in formato elettronico attraverso il Sistema Pagamenti, che effettua per loro conto, in conformità alla normativa vigente, la trasmissione/ricezione nei confronti del Sistema di Interscambio. Il solo invio elettronico risulta sufficiente al fine degli adempimenti fiscali, ai sensi di quanto previsto dalla normativa vigente. Le Strutture, inoltre, ai fini del completamento delle procedure di accertamento delle prestazioni rese e di Liquidazione delle Fatture, devono emettere una Fattura mensile per ciascuna tipologia di prestazione sanitaria ed eseguire le procedure indicate nelle disposizioni nazionali e regionali.

4.2 Le Strutture, ai fini dell'emissione delle Fatture nei confronti delle Aziende Sanitarie, devono obbligatoriamente utilizzare il Sistema Pagamenti, secondo le modalità indicate nell'accordo/contratto di budget sottoscritto, che a far data dal 1 gennaio 2017 prevede le seguenti fattispecie:

- (A) per le prestazioni erogate in regime di assistenza territoriale,** fatturazione in base alla produzione effettivamente erogata nel mese di riferimento;
- (B) per le prestazioni erogate in regime di assistenza ospedaliera e di assistenza specialistica,** fatturazione in base alla produzione effettivamente erogata nel mese di riferimento;
- (C) per lo svolgimento di funzioni assistenziali-ospedaliere di cui al comma 2 dell'art. 8 sexies del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e di didattica e ricerca di cui al comma 2 dell'art. 7 del D. Lgs. 517/99 e s.m.i., nonché per la distribuzione di farmaci (File F) e per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate nell'ambito della Rete di Emergenza e urgenza,** fatturazione in acconto e saldo.

4.3 Si specificano di seguito, nel dettaglio, le fattispecie sopra elencate:

- (A) per le prestazioni erogate in regime di assistenza territoriale (a titolo esemplificativo e non esaustivo, le prestazioni psichiatriche, terapeutiche riabilitative e socio-riabilitative per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale, in Hospice, in residenze sanitarie assistenziali, in centri diurni etc.)** l'emissione di una Fattura mensile per ciascuna tipologia di prestazione sanitaria, di importo pari alla produzione effettivamente erogata nel corso del mese di riferimento, nei limiti delle risorse assegnate per il medesimo anno di riferimento;
- (B) per le Prestazioni erogate in regime di assistenza ospedaliera (a titolo esemplificativo e non esaustivo, le prestazioni per acuti, di riabilitazione post-acuzie, lungodegenza, neonato sano) e di assistenza specialistica (a titolo esemplificativo e non esaustivo, le prestazioni relative a laboratorio analisi, APA, risonanza magnetica, altra specialistica, dialisi, radioterapia),** l'emissione di (i) una Fattura mensile per ciascuna tipologia di prestazione sanitaria, di importo pari alla produzione effettivamente erogata nel corso del mese di riferimento, nei limiti delle risorse assegnate per l'anno di riferimento, (ii) e, ove spettante, una Fattura mensile di importo pari alla produzione effettivamente erogata in relazione a specifiche tipologie di prestazioni soggette a rimborso (a titolo esemplificativo e non esaustivo, dialisi, neonato sano, radioterapia, OBI, ecc.);
- (C) ove spettante, per lo svolgimento di funzioni assistenziali-ospedaliere di cui al comma 2 dell'art. 8 sexies del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e di didattica e ricerca di cui al comma 2 dell'art. 7 del D. Lgs. 517/99 e s.m.i., nonché per la distribuzione di farmaci (File F) e per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate nell'ambito della Rete di Emergenza e urgenza per accessi non seguiti da ricovero,** l'emissione, di:
- una fattura mensile (**Fattura di Acconto**) di importo pari a 1/12 (un dodicesimo) di una quota percentuale del valore assegnato per l'anno di riferimento, quale finanziamento riconosciuto alla Struttura per lo svolgimento di funzioni assistenziali-ospedaliere, di cui al comma 2 dell'art. 8 sexies del D.lgs. 502/1992 e s.m.i.;
 - una fattura mensile (**Fattura di Acconto**) di importo pari a 1/12 (un dodicesimo) di una quota percentuale del valore del finanziamento per i maggiori costi sostenuti dalla Struttura per lo svolgimento delle funzioni di Didattica e di Ricerca connesse ad attività assistenziali di cui all'art. 7, comma 2, del D. Lgs. 517/99 e s.m.i., indicato nell'ultimo bilancio di esercizio approvato dall'Azienda Sanitaria competente per territorio;
 - una fattura mensile (**Fattura di Acconto**) di importo pari a 1/12 (un dodicesimo) di un quota percentuale del valore di budget assegnato per l'anno di riferimento e relativo alla distribuzione dei farmaci (File F);
 - una fattura mensile (**Fattura di Acconto**) di importo pari a 1/12 (un dodicesimo) di un quota percentuale del valore riconosciuto alla Struttura, a titolo di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate nell'ambito della Rete di Emergenza e urgenza per accessi non seguiti da ricovero, indicato nell'ultimo bilancio di esercizio approvato dall'Azienda Sanitaria competente per territorio.

Le summenzionate percentuali sono definite in sede di accordo/contratto di budget.

Le suddette Fatture di Acconto potranno essere emesse dalla Struttura dall'ultimo giorno del mese a cui si riferisce l'acconto.

- una fattura (**Fattura di Saldo**), di importo pari al saldo, comunicato dalla Direzione Salute e Politiche Sociali, calcolato:

- ✓ sul totale dei maggiori costi sostenuti nell'anno di riferimento, nei limiti delle risorse assegnate per lo stesso anno, per lo svolgimento di funzioni assistenziali-ospedaliere di cui al comma 2 dell'art. 8 *sexies* del D. Lgs. 502/1992 e s.m.i, ferma restando la rendicontazione dei costi sostenuti laddove previsto dalla normativa vigente;
- ✓ sul totale del finanziamento assegnato nell'anno di riferimento per le funzioni di didattica e ricerca di cui all'art. 7, comma 2, del D. Lgs. 517/99 e s.m.i.;
- ✓ sul totale dell'effettivo valore riconosciuto per la distribuzione diretta dei farmaci (File F) effettuata nell'anno di riferimento;
- ✓ sul totale degli accessi al P.S., non seguiti da ricovero, riconosciuti nell'anno di riferimento.

Gli importi di saldo sono determinati al netto dell'importo delle Fatture di Acconto emesse per l'anno di riferimento, nonché degli abbattimenti applicati in esito ai controlli automatici e/o esterni non ancora recuperati. La Fattura di Saldo dovrà essere emessa dalla Struttura entro il 30 aprile dell'anno successivo alla chiusura del bilancio di esercizio di competenza, secondo i termini e le indicazioni forniti dalla Regione.

Qualora la produzione riconoscibile per l'esercizio di competenza, entro i limiti massimi di finanziamento fissati, in relazione allo svolgimento di funzioni assistenziali-ospedaliere e di didattica e ricerca nonché alla distribuzione di farmaci (File F), risulti eccedente il totale Certificato e/o pagato con le Fatture di Acconto, l'Azienda Sanitaria dovrà recuperare gli importi non dovuti a valere sulle prime Fatture utili liquidabili emesse dalla Struttura, inerenti a qualsiasi tipologia di prestazione sanitaria, non ancora oggetto di Certificazione.

4.4 I Fornitori/Prestatori di beni e servizi e/o Farmacie convenzionate devono, a pena di inammissibilità, inviare alle Aziende Sanitarie tutte le Fatture relative ai Crediti oggetto dei Contratti, come definiti nel presente regolamento, unicamente in formato elettronico, in conformità alla normativa vigente, direttamente nel Sistema di Interscambio, che provvede a sua volta a trasmettere le Fatture al Sistema Pagamenti, oppure in alternativa, attraverso il Sistema Pagamenti, che esegue per loro conto la trasmissione/ricezione nei confronti del Sistema di Interscambio. I soggetti esclusi dall'applicazione della norma sulla fatturazione elettronica, devono inviare alle Aziende Sanitarie tutte le Fatture relative ai Crediti oggetto dei Contratti, come definiti nel presente regolamento, unicamente in formato telematico mediante l'immissione nel Sistema Pagamenti. In ogni caso, il solo invio elettronico/telematico risulta sufficiente al fine degli adempimenti fiscali, ai sensi di quanto previsto dalla normativa vigente.

La Parte privata, a decorrere dal 1° ottobre 2019, si impegna, in ottemperanza a quanto previsto all'art. 3, commi 3 e 4, del DM del 7 dicembre 2018, recante disposizioni in materia di emissione e trasmissione degli ordini elettronici da parte degli enti del Servizio Sanitario Nazionale, ad indicare in ciascuna Fattura il riferimento dell'ordine d'acquisto elettronico, ovvero, in assenza di tale riferimento il codice di esclusione, così come previsto dalle regole tecniche ministeriali.

Al fine di facilitare la liquidazione e la certificazione della fattura elettronica, è necessario indicare in ogni documento, ove esistente, il numero e la data del Documento di Trasporto.

4.5 L'Azienda Sanitaria, purché siano state rispettate le condizioni previste all'art. 3, nonché le procedure indicate nel presente regolamento, si impegna a concludere il procedimento di Liquidazione e Certificazione delle Fatture oggetto dei Contratti, **entro il termine di 30 giorni a decorrere dalla Data Consegna Fattura.**

4.6 Successivamente alla Certificazione dei Crediti da parte dell'Azienda Sanitaria, nel caso in cui:

(i) le relative Fatture, o parte di esse, siano già nello stato “in pagamento”, l’Azienda Sanitaria non potrà sollevare, nei confronti della Parte privata, alcuna contestazione in relazione ai Crediti oggetto di Certificazione;

(ii) le relative Fatture risultino cedute nel rispetto di quanto previsto al successivo art. 7, l’Azienda Sanitaria non potrà sollevare, nei confronti dei Cessionari, alcuna eccezione, ivi inclusa l’eccezione di compensazione o sospendere o rifiutare il pagamento ai sensi del presente regolamento, per ragioni connesse all’inadempimento della Parte privata alle proprie obbligazioni contributive, ovvero a quelle derivanti dal presente regolamento, nonché all’inadempimento o ad altra condotta della Parte privata, in relazione ai Crediti vantati dalla stessa nei confronti dell’Azienda Sanitaria, fermo restando quanto previsto al successivo art. 5.

Quanto sopra esposto si applica fatti salvi i casi di sequestro e impregiudicato il diritto dell’Azienda Sanitaria di non certificare i Crediti in caso di irregolarità della Fattura e/o contestazione della prestazione resa, fermo restando l’obbligo dell’Azienda Sanitaria di dare comunicazione, attraverso l’utilizzo delle apposite funzionalità presenti nei propri sistemi di gestione contabile, in merito alla motivazione della mancata certificazione della stessa entro i termini di cui al precedente punto 4.3.

4.7 L’Azienda Sanitaria, al fine di certificare il Credito, deve inoltre verificare la posizione della Parte privata, secondo quanto disposto dal D.M. 24 ottobre 2007 e dal citato art. 48-bis del DPR 602/73. Nel caso di Cessione del Credito, la Certificazione varrà quale accettazione della Cessione, se comunicata secondo le modalità di cui al successivo art. 7, e l’importo certificato dovrà intendersi, eventualmente, al netto delle somme richieste da Equitalia, ai sensi del Decreto del Ministero dell’Economia e delle Finanze 18 gennaio 2008, n. 40, ovvero al netto delle somme oggetto di pignoramento presso terzi diversi da Equitalia.

4.8 L’Azienda Sanitaria, terminata la procedura di Liquidazione, procede al pagamento dei Crediti Certificati entro la Data di Pagamento, corrispondente all’ultimo giorno del mese in cui cade il 60° giorno dalla Data Consegna Fattura.

4.9 In caso di pagamento nei termini di cui al precedente punto 4.8 non decorrono interessi, fino alla Data di Pagamento come definita ai sensi del presente regolamento. Qualora l’Azienda Sanitaria proceda al pagamento dei Crediti Certificati oltre 10 giorni dalla Data di Pagamento l’Azienda è tenuta a corrispondere alla Parte privata o all’eventuale e/o Mandatario all’incasso, che ne facciano espressa richiesta scritta, gli interessi calcolati al tasso previsto dalla normativa vigente sull’ammontare capitale dei Crediti Certificati, senza capitalizzazione, dal giorno successivo alla Data di Pagamento fino alla data di effettivo pagamento.

4.10 Resta fermo che, qualora la Parte privata risulti inadempiente alle verifiche Equitalia e/o DURC, i termini di cui ai precedenti punti 4.5 (Liquidazione e Certificazione) e 4.8 (Pagamento) devono intendersi sospesi durante il tempo previsto per l’espletamento delle procedure Equitalia e/o DURC.

4.11 Al fine di consentire alla Parte privata di regolarizzare eventuali situazioni di inadempienza risultanti dalle verifiche effettuate per l’espletamento delle suddette procedure, sarà inviata specifica comunicazione che segnala lo stato di inadempienza comunicato da Equitalia S.p.A. e/o dagli Enti previdenziali.

Art. 5 – Rettifiche, recuperi e compensazioni

5.1 Nel caso di cui al precedente art. 4. punto 4.6, qualora l’Azienda Sanitaria abbia proceduto ad un’erronea Certificazione, la stessa deve procedere alla rettifica degli importi Certificati e/o pagati erroneamente, procedendo con la compensazione sulle prime Fatture utili liquidabili ma non ancora oggetto di Certificazione, dandone debita comunicazione alla Parte privata; in mancanza di Fatture utili

liquidabili, l'Azienda Sanitaria deve procedere alla richiesta di restituzione delle somme erroneamente percepite dalla Parte privata.

5.2 Qualora l'Azienda Sanitaria abbia proceduto a un erroneo pagamento a favore della Parte privata e/o dell'eventuale Cessionario e/o Mandatario all'incasso, la stessa deve procedere al recupero dei relativi importi, procedendo con la compensazione sui primi pagamenti dovuti al soggetto che ha ricevuto l'erroneo pagamento, il quale riceverà debita indicazione delle fatture sulle quali è stato effettuato detto recupero, fatto salvo quanto previsto al successivo art. 6, punto 6.1.

5.3 Relativamente alle Strutture, qualora a seguito della valorizzazione dei controlli automatici e/o dei controlli esterni, il totale Certificato e/o pagato per l'esercizio di competenza, risulti eccedente il totale riconosciuto per lo stesso esercizio, entro i limiti massimi di finanziamento e al netto degli abbattimenti applicati in esito ai suddetti controlli, successivamente all'effettuazione delle comunicazioni previste dalla normativa vigente, l'Azienda Sanitaria procederà a recuperare eventuali importi Certificati e/o pagati erroneamente a valere sulle prime Fatture utili liquidabili, emesse dalla Struttura, non ancora oggetto di Certificazione, fermo restando quanto previsto al successivo punto 5.4.

5.4 All'esito del procedimento di controllo sulle prestazioni erogate, qualora, effettuate le verifiche, emerga un importo da recuperare, l'Azienda Sanitaria, entro 60 giorni dalla conclusione del procedimento di controllo o, in caso di controlli effettuati dalla Regione, entro 60 giorni dalla ricezione della relativa comunicazione da parte della Regione, relativamente agli importi derivanti dai valori concordati e non concordati tra le parti, richiede alla Struttura l'emissione di una nota di credito e procede al recupero applicando la compensazione con Crediti dovuti, oggetto delle prime Fatture utili emesse dalla Struttura non ancora in stato "Liquidata"; in attesa dell'emissione della nota di credito da parte della Struttura, l'Azienda Sanitaria provvede a sospendere, su Crediti dovuti, l'erogazione di importi pari a quelli concordati e non concordati, attraverso l'apposizione dello specifico motivo di blocco sulle prime fatture utili emesse dalla Struttura non ancora in stato "Liquidata". L'Azienda Sanitaria, decorsi i termini per l'impugnazione della nota provvedimentale conclusiva del procedimento sui controlli, qualora la Struttura non provveda ad emettere la Nota di Credito entro i termini previsti al punto 5.5, procede in ogni caso alla regolarizzazione dei Crediti riferiti a fatture poste in stato di blocco a titolo di recupero finanziario attraverso la presa d'atto della suddetta nota.

A partire dall'entrata in vigore del DCA n. 218 dell'8 giugno 2017, l'Azienda Sanitaria procede al recupero finanziario, richiedendo apposita nota di credito alla Struttura una volta ricevuta comunicazione da parte della Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria della remunerazione definitiva spettante alla struttura, quale importo massimo riconoscibile tenuto conto degli importi derivanti dalla valorizzazione dei controlli su base automatica ed analitici esterni.

5.5 La Struttura, relativamente agli importi derivanti dall'esito dei controlli, a seguito della richiesta dell'Azienda Sanitaria, deve emettere ed inviare a quest'ultima la nota di credito di cui al precedente punto 5.4, entro e non oltre 60 gg. dalla ricezione della richiesta.

5.6 La liquidazione e/o l'avvenuto saldo non pregiudicano in alcun modo la ripetizione di somme che, sulla base dei controlli effettuati sull'attività erogata, risultassero non dovute in tutto o in parte.

5.7 Il recupero delle somme derivante dai controlli (automatici e/o esterni) effettuati sull'attività erogata non può essere soggetto ad alcuna limitazione temporale, salvo i limiti prescrizionali di legge, trattandosi di atto dovuto derivante dall'accertato inadempimento contrattuale della Struttura alla corretta erogazione delle prestazioni sanitarie. Nel caso in cui gli importi da recuperare siano eccessivamente rilevanti e gravosi per la Struttura, l'Azienda Sanitaria potrà pattuire una dilazione, rateizzando le somme; in tal caso verranno applicati gli interessi al tasso legale di cui all'art. 1284 c.c.

5.8 Si precisa che il procedimento di controllo sulle prestazioni sanitarie è suscettibile di determinare il recupero dei relativi valori e delle conseguenti somme entro il periodo prescrizione di legge successivo all'erogazione delle prestazioni, ferma restando, in ogni caso, la responsabilità di cui all'art. 1218 c.c. e il relativo eventuale obbligo del risarcimento del danno.

Art. 6 – Obblighi della Parte privata e/o del Cessionario e/o Mandatario all'incasso

6.1 La Parte privata e/o l'eventuale Cessionario e/o Mandatario all'incasso non potranno chiedere alle Aziende Sanitarie, sulla base di disposizioni contenute nei Contratti e/o nei contratti di cessione e/o nei mandati all'incasso, il pagamento di oneri accessori e somme ulteriori rispetto a quelle che saranno dovute ai termini e alle condizioni previste nel presente regolamento.

6.2 La Parte privata e/o l'eventuale Cessionario e/o Mandatario all'incasso si impegnano a rimborsare all'Azienda Sanitaria qualsiasi somma non dovuta, per qualsivoglia motivo, che sia stata pagata per errore. Tale rimborso dovrà avvenire sul conto corrente indicato dall'Azienda Sanitaria, entro e non oltre 15 giorni lavorativi dalla data di accredito sul conto corrente della Parte privata e/o dell'eventuale Cessionario e/o Mandatario all'incasso delle somme non dovute.

6.3 In caso di mancata restituzione nei predetti termini, l'Azienda Sanitaria avrà il diritto di compensare l'importo che deve essere restituito dalla Parte privata e/o dall'eventuale Cessionario e/o Mandatario all'incasso con i successivi pagamenti dovuti dall'Azienda Sanitaria ad uno di tali soggetti; qualora non sia possibile procedere alla compensazione, la Parte privata e/o l'eventuale Cessionario e/o Mandatario all'incasso sono tenuti a corrispondere all'Azienda Sanitaria - ogni eccezione rimossa ed in aggiunta al ristoro di ogni spesa o costo (anche legali) sostenuti e/o danno eventualmente subito dall'Azienda stessa - gli interessi sull'importo da rimborsare, calcolati al tasso legale di cui all'art. 1284 c.c., maturati a decorrere dal 15° giorno successivo alla data di ricezione della richiesta di restituzione, inviata a mezzo posta elettronica certificata, sino alla data di effettivo soddisfo.

6.4 Le Fatture emesse dalle Strutture, relative a prestazioni oggetto di accordo/contratto di budget, dovranno essere emesse unicamente in formato elettronico mediante la compilazione delle maschere web previste dal Sistema Pagamenti per la generazione della fattura formato "fattura PA" di cui alla normativa vigente, e dovranno essere trasmesse all'Azienda Sanitaria esclusivamente attraverso il Sistema Pagamenti, che provvederà all'invio/ricezione nei confronti del Sistema di Interscambio.

6.5 Nel caso in cui la Struttura, per qualsivoglia motivo, non rispetti l'obbligo di invio delle Fatture secondo la suindicata procedura, e trasmetta, invece, direttamente attraverso il Sistema di Interscambio all'Azienda Sanitaria una o più Fatture, ad esclusione delle Fatture indicate al precedente art. 3, punto 3.3, non sarà possibile procedere alla Liquidazione/Certificazione e al pagamento delle stesse. Resta inteso che, in tal caso, non saranno dovuti gli interessi di mora.

6.6 Nel caso in cui la Struttura trasmetta all'Azienda Sanitaria una o più Fatture relative ai Contratti, oltre che attraverso il Sistema Pagamenti anche direttamente attraverso il Sistema di Interscambio, sarà considerato quale documento contabile valido esclusivamente quello generato tramite il Sistema Pagamenti, non ritenendo valide le ulteriori Fatture ricevute dal Sistema di Interscambio; in tal caso è facoltà dell'Azienda Sanitaria applicare una penale pari al 5% dell'importo della stessa Fattura.

6.7 La Parte privata e/o l'eventuale Cessionario non possono cedere a terzi, in tutto o in parte, Fatture per interessi maturati e maturandi, spese o altri accessori, ivi incluse note di credito e note di debito, relative ai Crediti, separatamente dall'ammontare capitale dei predetti Crediti. In caso di violazione di tale disposizione, tali soggetti perdono il diritto alla corresponsione di tali interessi (qualora dovuti).

6.8 La Parte privata si impegna a rispettare gli obblighi previsti dall'art. 3 della Legge n. 136/2010 e s.m.i., in materia di tracciabilità dei flussi finanziari, assumendo a proprio carico tutte le obbligazioni previste dal dettato normativo.

6.9 I Fornitori/Prestatori di beni e servizi e/o Strutture dichiarano nella sezione dedicata del Sistema Pagamenti, mediante sottoscrizione con firma digitale a norma Digit PA, il conto o i conti correnti bancari o postali dedicati, anche non in via esclusiva, per il pagamento dei Crediti oggetto del presente regolamento, nonché procedono ad indicare in ciascuna Fattura unicamente uno di tali conti correnti.

6.10 I Fornitori/Prestatori di beni e servizi e/o Strutture si obbligano ad indicare in ciascun documento da emettere il conto corrente bancario o postale dedicato, anche non in via esclusiva, dichiarato sul Sistema Pagamenti come espressamente previsto nel precedente punto 6.9, nonché a comunicare tramite il Sistema Pagamenti tutte le informazioni relative agli adempimenti e agli obblighi contenuti nel presente regolamento.

6.11 I Fornitori/Prestatori di beni e servizi e/o Strutture si obbligano a dare evidenza, tramite il Sistema Pagamenti, di ogni intervenuta variazione/modificazione soggettiva (a titolo esemplificativo e non esaustivo, cessioni del ramo d'azienda, fusioni, incorporazioni, ecc.), ivi comprese le ipotesi disciplinate dall'art. 116 del D. Lgs. n. 163/2006 e s.m.i.

6.12 La Parte privata è tenuta obbligatoriamente ad osservare il presente regolamento con riferimento a tutti gli accordi, contratti e negozi giuridici insorti con una o più Aziende Sanitarie, a far data dall'entrata in vigore del regolamento stesso, nonché a seguire le procedure tecniche contenute nel Manuale Utente e gli eventuali aggiornamenti dello stesso, di volta in volta pubblicati nell'Area Sanità/Crediti verso SSR/ Sistema Pagamenti, raggiungibile dal sito web della Regione Lazio all'indirizzo internet <http://www.regione.lazio.it>.

6.13 I Fornitori/Prestatori di beni e servizi e/o Strutture devono riportare nell'area "Anagrafica e Contratti" del Sistema Pagamenti, gli stessi dati anagrafici e identificativi indicati nel Contratto, che deve aggiornare in caso di intervenute variazioni.

6.14 La Parte privata si impegna a non presentare sulla Piattaforma Elettronica per la Certificazione dei Crediti predisposta dal MEF istanza per la certificazione delle Fatture, qualora le stesse siano state già oggetto di certificazione tramite il Sistema Pagamenti.

Art. 7 – Cessione dei Crediti

7.1 La Parte privata o il Cessionario può cedere o conferire un Mandato all'incasso, agli Istituti di Credito o agli Intermediari Finanziari autorizzati, ovvero a soggetti terzi, i Crediti nella loro esclusiva e incondizionata titolarità, notificando all'Azienda Sanitaria l'atto integrale di cessione o il mandato all'incasso immettendo, nel caso di Fornitori/Prestatori di beni e servizi e/o Strutture, copia integrale dello stesso in formato digitale nel Sistema Pagamenti, **entro 5 giorni dalla notifica della cessione**.

7.2 Gli atti di cessione e i mandati all'incasso devono essere necessariamente predisposti nel rispetto delle forme previste dalla vigente normativa e devono essere notificati in forma integrale, ivi compreso l'elenco delle Fatture oggetto di cessione, all'Azienda Sanitaria mediante consegna, a mezzo ufficiale giudiziario o, in alternativa, a mezzo piego raccomandato aperto.

7.3 Gli atti di cessione e i mandati all'incasso devono, altresì, essere trasmessi in formato digitale, mediante l'inserimento degli stessi, nel termine di cui al precedente punto 7.1, nel Sistema Pagamenti, collegando, nel caso di Fornitori/Prestatori di beni e servizi e/o Strutture, ciascuna Fattura al relativo atto di cessione o mandato all'incasso.

7.4 Si precisa che in caso di retrocessione o revoca del mandato è obbligo dell'ultimo Cessionario/Mandatario intervenuto liberare le Fatture precedentemente collegate alla cessione/mandato per la quale è stata notificata all'Azienda Sanitaria la retrocessione/revoca stessa, a tal fine è necessario procedere all'immissione, nel Sistema Pagamenti, della copia integrale in formato digitale della documentazione attestante la retrocessione/revoca, nonché selezionando tale documento all'atto di rimozione delle Fatture dalla precedente cessione/mandato.

7.5 Le cessioni/mandati e le retrocessioni/revoche non sono opponibili all'Azienda Sanitaria in caso di mancato collegamento, all'interno del Sistema Pagamenti, di ciascuna Fattura al relativo atto di cessione/mandato all'incasso o alla relativa retrocessione/revoca, ancorché le stesse siano state notificate all'Azienda Sanitaria in conformità alla normativa vigente.

7.6 Resta inteso che non è più possibile cedere o conferire mandato all'incasso e retrocedere o revocare il mandato all'incasso delle Fatture oggetto dei Contratti dal momento in cui risultano elencate nel "Report in Pagamento", disponibile sul Sistema Pagamenti; infatti, dal momento in cui la Fattura assume lo stato "in pagamento", non è più possibile collegarla, sul Sistema Pagamenti, alla cessione/mandato o alla retrocessione/revoca, che, pertanto, non sono opponibili all'Azienda Sanitaria relativamente a tale Fattura.

7.7 Gli atti di cessione e i mandati all'incasso, nonché gli estratti notificati ai sensi del presente articolo, per essere validi, devono contenere obbligatoriamente l'accettazione espressa da parte di ciascun Cessionario o Mandatario all'incasso di tutti i termini del presente regolamento, che devono intendersi vincolanti per lo stesso, ovvero, per ciascun ulteriore Cessionario o Mandatario intervenuto, nell'eventualità di successive cessioni dei crediti stessi a terzi.

7.8 Le cessioni e i mandati all'incasso devono avere ad oggetto l'importo capitale non disgiunto da tutti i relativi accessori di legge maturati e maturandi e qualsivoglia costo e/o onere pertinente agli stessi, ivi incluse le note di debito e le note di credito, fatto salvo quanto previsto dalla Legge n. 190/2014 in tema di scissione dei pagamenti.

7.9 Ai fini di una corretta identificazione del titolare del credito, l'Azienda Sanitaria che intenda rifiutare l'avvenuta cessione, deve comunicarlo al cedente e al Cessionario e/o Mandatario all'incasso, anche attraverso il Sistema Pagamenti. L'Atto di Certificazione vale quale accettazione della cessione e, come indicato al precedente art. 4, punto 4.7, l'importo certificato viene riconosciuto, eventualmente, al netto delle somme richieste da Equitalia S.p.A. ovvero oggetto di pignoramento presso terzi diversi da Equitalia.

7.10 Le Fatture oggetto di cessione, in assenza di pagamento, possono essere considerate insolute da parte dei Cessionari soltanto dopo che siano decorsi 180 giorni dalla data di Certificazione delle stesse.

7.11 In caso di mancato rispetto delle procedure sopra previste, sono considerati liberatori i pagamenti effettuati sulla base dei dati immessi e delle indicazioni presenti sul Sistema Pagamenti.

7.12. Per tutto quanto non disciplinato dal presente regolamento, le modalità e i termini di cessione dei Crediti sono disciplinati dalla normativa *ratione temporis* vigente.

ALLEGATO B**Allegato tecnico****Indicazioni operative per la trasmissione e validazione dei flussi relativi all'attività sanitaria resa dalle strutture pubbliche e private e per l'ordinazione e fatturazione dei relativi crediti.****Premessa**

Si riportano di seguito le indicazioni operative in materia di trasmissione, validazione, ordinazione e fatturazione delle attività sanitarie, sia ospedaliere che territoriali, funzionali a consentire alle strutture sanitarie (pubbliche e private) e alle Aziende Sanitarie Locali il rispetto dei termini di cui alla nota prot. n. 1265602 del 7 novembre 2023. Le indicazioni che seguono sono sostitutive, per i flussi richiamati e nelle parti differenti, a quanto ad oggi in vigore.

1. Attività di ricovero per acuti e di lungodegenza medica**1.1. Trasmissione e validazione delle SDO**

- 1.1.1. La trasmissione delle SDO in SIOXL da parte delle strutture sanitarie pubbliche e private è continuativa. Ai fini della valorizzazione, la scadenza per l'invio delle SDO è fissata entro il 10° giorno del mese successivo a quello di dimissione. Nel caso in cui il 10° giorno del mese successivo di cui sopra cada in un giorno festivo, la scadenza viene posticipata al giorno lavorativo successivo. Non saranno valorizzate tutte le SDO inviate oltre il 10° giorno del secondo mese successivo a quello di dimissione¹.
- 1.1.2. L'eventuale correzione dei dati delle SDO già trasmesse, acquisite e validate è sempre consentita nel rispetto delle regole per la richiesta di cancellazione della validazione, come pure eventuali trasmissioni di SDO mancanti dei mesi precedenti. La scadenza per l'invio delle correzioni e/o delle SDO mancanti che verranno valorizzate nei report di produzione è fissata entro il 10° giorno del secondo mese successivo a quello di dimissione;
- 1.1.3. La SDO trasmessa oltre i termini di cui al punto 1.1.1 e 1.1.2, è classificata come "ritardo". La SDO classificata in "ritardo" è acquisita dal sistema informatico SIOXL ai fini statistici-epidemiologici e non valorizzata economicamente, ossia valorizzata con importo pari a € 0, per il riconoscimento della relativa remunerazione;
- 1.1.4. Le indicazioni fornite al punto 1.1.1 e 1.1.2, ai fini della valorizzazione della dimissione, valgono per tutte le tipologie di dimissione indicate nella SDO. Le tipologie dimissione '5' (decesso), '6' (dimissione protetta) e '8' (in attesa di completamento dell'iter diagnostico) oltre ai termini di cui al punto 1.1.1 e 1.1.2 saranno valorizzate a consuntivo, in considerazione della specificità della casistica del ricovero;
- 1.1.5. Entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello delle dimissioni è fissata la scadenza per l'invio annuale delle SDO di competenza (inclusa quella relativa al mese di dicembre),

¹ A titolo di esempio, la SDO con data dimissione 5/2/XX sarà valorizzata sino alla data di invio del 10/4/XX a differenza dell'attuale regola che consente la valorizzazione per invio sino al 30/4/XX.

propedeutica alla chiusura dell'archivio annuale. Il termine ultimo per la validazione è fissato al 5 febbraio dell'anno successivo a quello delle dimissioni.

1.1.6. La validazione delle SDO è effettuata dalle Aziende Sanitarie Locali tra il 10 e il 15 del mese successivo a quello di invio. La validazione rende il dato inviato dagli erogatori definitivo. Eventuali correzioni di SDO validate possono essere effettuate entro il giorno 10 del secondo mese successivo a quello di dimissione attraverso la funzione in SIOXL "Annulla Validazione". Oltre tale termine la sostituzione di record acquisiti agli archivi regionali deve essere motivata da cause eccezionali e straordinarie e la richiesta formale deve essere inoltrata agli uffici regionali motivandola. La procedura corretta di richiesta deve indicare caratteristiche e singola casistica per cui l'Azienda Sanitaria Locale autorizza l'annullamento (numero progressivo di ricovero, mese di acquisizione definitiva agli archivi regionali, la tipologia di errore, il campo errato, il valore da sostituire, il valore ricodificato, le eventuali variazioni degli importi teorici conseguenti alla variazione). L'acquisizione della correzione con risvolti nel report di produzione segue quanto già indicato al punto 1.1.1, 1.1.2 e 1.1.3.

1.1.7. Per le SDO relative a prestazioni di lungodegenza rimane confermata la rilevazione di tutti i ricoveri nella specialità codice 60 ancora in essere alla data del 31/12 di ogni anno. Nei tempi definiti al punto (1.1.1), per i ricoveri in essere, dovrà essere trasmessa una SDO con l'indicazione convenzionale del 31/12/XXXX come data dimissione e tipologia dimissione "A" (Lungodegenti presenti al 31/12). Questa SDO convenzionale non è soggetta a valorizzazione. Al momento della dimissione effettiva, nel corso dell'anno successivo, il record corrispondente dovrà essere trasmesso come sempre, con la data e la tipologia di dimissione reali e verrà valorizzato. Resta valida la regola per la quale, se al momento della trasmissione della dimissione effettiva non risulta la trasmissione al 31/12 della corrispondente SDO convenzionale, la valorizzazione del ricovero sarà zero.

1.2. Emissione dell'ordine elettronico (indicazioni operative per le strutture private accreditate)

1.2.1. L'ordine elettronico viene emesso dall'Azienda Sanitaria Locale a partire dal 16° giorno del mese successivo alla competenza delle prestazioni e non oltre il 21° giorno, solo a seguito della validazione delle attività di cui al punto 1.1.6. Nel caso in cui il 16° giorno del mese successivo alla competenza delle prestazioni cada in un giorno festivo, l'emissione dell'ordine viene posticipato al primo giorno lavorativo utile. L'ordine viene emesso per ogni tipologia di prestazione (es. Ricovero per acuti, Ricovero in Lungodegenza medica) e per l'importo delle prestazioni validate sul sistema SIOXL. Il particolare, l'ordine elettronico viene emesso di tipo 220 OF (Ordine di fatturazione). Per maggiori dettagli si rimanda alle Regole Tecniche Ministeriali pubblicate sulla pagina web del sito della Ragioneria Generale dello Stato, alle "Indicazioni operative regionali" approvate con la DGR n. 1052/2020 e alle diverse circolari attuative emanate dall'Amministrazione regionale.

1.3. Emissione della fattura (indicazioni operative per le strutture private accreditate)

- 1.3.1. La fattura viene emessa dalla struttura privata accreditata solo a seguito della ricezione dell'ordine elettronico di cui al punto 1.2.1. La fattura viene emessa, per ogni tipologia di prestazioni, secondo le procedure di fatturazione vigenti, riportando la tripletta dell'ordine elettronico emesso dall'Azienda Sanitaria Locale. La fattura riporta l'importo validato dall'Azienda Sanitaria Locale sul sistema SIOXL e, pertanto, ordinato dalla suddetta Azienda Sanitaria. Per maggiori dettagli si rimanda alle circolari attuative emanate dall'Amministrazione regionale in materia di fatturazione delle prestazioni sanitarie con onere a carico del SSR.

1. Attività di ricovero in riabilitazione post-acuzie

2.1. Trasmissione delle SDO

- 2.1.1. I record riferiti alla sezione accettazione devono essere inseriti entro 15 giorni dalla data di ricovero. Oltre a tale termine non è possibile inserire sul sistema RAD-R i record riferiti alle suddette accettazioni. Le modifiche relative alla sezione accettazione sono consentite fino alla registrazione della sezione dimissione.
- 2.1.2. I record riferiti alla sezione dimissione devono essere inseriti entro 15 giorni dalla data di dimissione e non oltre il 15° giorno del secondo mese successivo² a quello di dimissione. In tale caso la corrispondente valorizzazione viene inserita negli importi rendicontabili relativi al mese di competenza, disponibili a partire dal 16° del mese successivo l'invio.
- 2.1.3. La registrazione delle modifiche relative a record chiusi, già inseriti ed accettati, è effettuata attraverso il flusso ad hoc modifiche; l'invio attraverso tale flusso è sempre consentito mediante l'invio di tutte le sezioni. Le modifiche che producono variazioni nella valorizzazione sono considerate ai fini dell'inserimento nel report fino al 15 del secondo mese successivo a quello della dimissione (anagrafica, accettazione, dimissione):
- a. Modifica dati anagrafici: si può trasmettere la variazione di un dato anagrafico attraverso la trasmissione di tutte e tre le sezioni della RADR, in particolare se la variazione riguarda il Codice Identificativo Assistito (fiscale) il sistema genererà un nuovo codice paziente ('CODPAZ');
 - b. Modifica dati accettazione: si può effettuare una modifica dei dati nella sezione accettazione indicando lo stesso progressivo di ricovero del record già inserito da modificare. L'eventuale variazione del codice dell'Onere della degenza in uno di quelli riservati ai cittadini esteri renderà obbligatoria la registrazione della corrispondente sezione FileC;
 - c. Modifica dei dati della dimissione: si può trasmettere una modifica relativa alla sezione dimissione indicando lo stesso progressivo di ricovero del record già inserito da modificare.
- 2.1.4. La mancata registrazione di una dimissione in tempo utile per consentire un eventuale ricovero successivo dello stesso paziente in altra struttura nei tempi definiti al punto 2.1.2., dietro richiesta in modalità tracciabile all'Help Desk del flusso RAD-R, può determinare

² A titolo di esempio, la SDO RADR con data dimissione 5/2/XX sarà valorizzata sino alla data di invio del 15/4/XX.

l'inserimento, nella SDO "bloccante" della dimissione amministrativa con la registrazione della sola data di dimissione e senza assegnazione di relativa MDC e tariffa. L'inserimento della dimissione amministrativa lascia inalterato il debito informativo della prima struttura che dovrà quindi procedere alla corretta registrazione della dimissione nei tempi stabiliti al punto 2 e 3 attraverso il flusso modifiche secondo le regole qui stabilite.

- 2.1.5. I record trasmessi oltre ai termini di cui ai punti 2.1.1, 2.1.2., 2.1.3. sono classificati come "ritardo". La SDO classificata in "ritardo" è acquisita dal sistema informatico RAD-R ai fini statistici-epidemiologici e non valorizzata economicamente, ossia valorizzata con importo pari a € 0, per il riconoscimento della relativa remunerazione;
- 2.1.6. Le tempistiche definite ai punti precedenti valgono sia per il regime ordinario che per quello DH: il sistema non consente la sovrapposizione temporale di due cicli di DH nella stessa struttura o in strutture differenti.
- 2.1.7. Entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello delle dimissioni è fissata la scadenza per l'invio annuale delle SDO di competenza (inclusa quella relativa al mese di dicembre), propedeutica alla chiusura dell'archivio annuale.
- 2.1.8. A partire dalle accettazioni 2024 la trasmissione e acquisizione dei dati nel flusso RAD-R avviene esclusivamente in modalità xml. Pertanto, è abolita la modalità di invio su interfaccia web.

2.2. Emissione dell'ordine elettronico (indicazioni operative per le strutture private accreditate)

- 2.2.1. L'ordine elettronico viene emesso dall'Azienda Sanitaria Locale a partire dal 16° giorno del mese successivo alla competenza delle prestazioni e non oltre il 21° giorno, solo a seguito della valorizzazione della produzione "provvisoriamente rendicontabile" sul sistema RAD-R di cui al 2.1.2. Nel caso in cui il 16° giorno del mese successivo alla competenza delle prestazioni cada in un giorno festivo, l'emissione dell'ordine viene posticipato al primo giorno lavorativo utile. L'ordine viene emesso per ogni tipologia di prestazione (es. Riabilitazione post-acuzie Cod. 56 in regime di ricovero ordinario, Riabilitazione post-acuzie Cod. 56 in regime di ricovero diurno, ecc.) e per l'importo delle prestazioni risultanti come "rendicontabili" sul sistema informatico RAD-R. Il particolare, l'ordine elettronico viene emesso di tipo 220 OF (Ordine di fatturazione). Per maggiori dettagli si rimanda alle Regole Tecniche Ministeriali pubblicate sulla pagina web del sito della Ragioneria Generale dello Stato, alle "Indicazioni operative regionali" approvate con la DGR n. 1052/2020 e alle diverse circolari attuative emanate dall'Amministrazione regionale.

2.3. Emissione della fattura (indicazioni operative per le strutture private accreditate)

- 2.3.1. La fattura viene emessa dalla struttura privata accreditata solo a seguito della ricezione dell'ordine elettronico di cui al punto 2.2.1. La fattura viene emessa, per ogni tipologia di prestazioni, secondo le procedure di fatturazione vigenti, riportando la tripletta dell'ordine elettronico emesso dall'Azienda Sanitaria Locale. La fattura riporta l'importo validato dall'Azienda Sanitaria Locale sul sistema SIOXL e, pertanto, ordinato dalla suddetta

Azienda Sanitaria. Per maggiori dettagli si rimanda alle circolari attuative emanate dall'Amministrazione regionale in materia di fatturazione delle prestazioni sanitarie.

3. Prestazioni di specialistica ambulatoriale (tutti gli ambiti, comprese le prestazioni di Dialisi e Radioterapia)

3.1. Trasmissione e validazione delle ricette

3.1.1. L'invio delle accettazioni delle ricette sul sistema SIASXL da parte delle strutture sanitarie pubbliche e private è consentito fino al 10° giorno del mese successivo al mese di competenza delle prestazioni.

3.1.2. La validazione delle accettazioni delle ricette inviate dalle strutture di cui al punto 3.1.1. viene effettuata dalle Aziende Sanitarie Locali entro il 15° giorno del mese successivo al mese di competenza delle prestazioni. I termini si intendono prorogati al primo giorno seguente non festivo qualora cadano di domenica o altra festività.

Nota bene: I referenti delle Aziende Sanitarie Locali possono monitorare, tramite il "Report di validazione" disponibile sul portale SIAXL, nella sezione "Analisi Dati", le validazioni in corso.

3.1.3. Eventuali dati di attività non trasmessi o non resi definitivi entro le scadenze di cui al punto 3.1.1. e 3.1.2. possono essere recuperati esclusivamente con l'accettazione del mese successivo, valorizzando il campo "Posizione Contabile" a "2".

3.1.4. I dati di attività non trasmessi entro i termini di cui ai punti 3.1.1., 3.1.2, 3.1.3 possono essere inviati valorizzando il campo "Posizione Contabile" a "8". Tale attività viene acquisita nel sistema SIASXL soltanto ai fini statistici epidemiologici, non verrà valorizzata economicamente, ossia valorizzata con importo pari a € 0, ai fini della remunerazione, non generando, pertanto, la fattura sul Sistema Pagamenti.

3.2. Emissione dell'ordine elettronico (indicazioni operative per le strutture private accreditate)

3.2.1. L'ordine elettronico viene emesso dall'Azienda Sanitaria Locale a partire dal 16° giorno del mese successivo alla competenza delle prestazioni e non oltre il 21° giorno, solo a seguito della validazione della produzione sul sistema SIASXL di cui al 3.1.2. Nel caso in cui il 16° giorno del mese successivo alla competenza delle prestazioni cada in un giorno festivo, l'emissione dell'ordine viene posticipato al primo giorno lavorativo utile. L'ordine viene emesso per ogni ambito (es. Dialisi, Radioterapia, Laboratorio analisi, ecc.) e per l'importo delle prestazioni validate sul sistema SIASXL. Il particolare, l'ordine elettronico viene emesso di tipo 220 OF (Ordine di fatturazione). Per maggiori dettagli si rimanda alle Regole Tecniche Ministeriali pubblicate sulla pagina web del sito della Ragioneria Generale dello Stato, alle "Indicazioni operative regionali" approvate con la DGR n. 1052/2020 e alle diverse circolari attuative emanate dall'Amministrazione regionale.

3.3. Emissione della fattura (indicazioni operative per le strutture private accreditate)

3.3.1. La fattura viene emessa dalla struttura privata accreditata solo a seguito della ricezione dell'ordine elettronico di cui al punto 3.2.1. La fattura viene emessa, per ogni tipologia di prestazioni, secondo le procedure di fatturazione vigenti, riportando la tripletta dell'ordine elettronico emesso dall'Azienda Sanitaria Locale. La fattura riporta l'importo validato dall'Azienda Sanitaria Locale sul sistema SIASXL e, pertanto, ordinato dalla suddetta Azienda Sanitaria. Per maggiori dettagli si rimanda alle circolari attuative emanate dall'Amministrazione regionale in materia di fatturazione delle prestazioni sanitarie.

Decorrenza

Le indicazioni sopra riportate entreranno in vigore a partire dalle dimissioni con data 1° gennaio 2024.

Alla luce della variazione delle tempistiche sopra indicate e degli obiettivi che ci si pone, non sarà più possibile effettuare ulteriori correzioni sulla produzione al di fuori delle tempistiche surrichiamate, a meno di eventuali comprovati disservizi generati dai sistemi regionali.

Consolidamento dati

Viene effettuato il consolidamento dei dati di produzione trimestrali entro la fine del secondo mese successivo alla chiusura di ogni trimestre. Nello specifico, entro la fine dei mesi di maggio, agosto e novembre dell'anno in corso viene reso disponibile il valore della produzione consolidata dei primi tre trimestri dell'esercizio, mentre entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo viene resa disponibile la produzione annuale consolidata.

Reportistica aggiuntiva

Viene introdotto sui sistemi informatici SIOXL, RAD-R, SIASXL un report dinamico, aggiuntivo al report statico (dove sono riportati i dati validati alla chiusura del mese di competenza), in cui vengono rappresentati gli aggiornamenti sulla valorizzazione economica delle attività a seguito delle correzioni dei dati e degli invii aggiuntivi effettuati dalle strutture sanitarie pubbliche e private entro i termini consentiti di cui ai precedenti paragrafi.