

Regione Lazio

Atti della Giunta Regionale e degli Assessori

Deliberazione 23 dicembre 2025, n. 1299

Definizione dei livelli massimi di finanziamento, dei criteri di assegnazione dei budget 2026 e delle regole di remunerazione. Aggiornamento dell'Accordo/Contratto ex art. 8-quinquies D. Lgs. 502/92 e s.m.i., di cui alla DGR n. 1186/2024, così come modificato e integrato dalla DGR n. 440/2025 - Approvazione dello schema di Addendum per l'annualità 2026 e dello schema di Addendum per il Budget "aggiuntivo" dedicato all'abbattimento delle liste d'attesa - prestazioni di specialistica anno 2026.

OGGETTO: Definizione dei livelli massimi di finanziamento, dei criteri di assegnazione dei budget 2026 e delle regole di remunerazione. Aggiornamento dell'Accordo/Contratto *ex art. 8-quinquies* D. Lgs. 502/92 e s.m.i., di cui alla DGR n. 1186/2024, così come modificato e integrato dalla DGR n. 440/2025 - Approvazione dello schema di *Addendum* per l'annualità 2026 e dello schema di *Addendum* per il Budget “aggiuntivo” dedicato all’abbattimento delle liste d’attesa - prestazioni di specialistica anno 2026.

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

VISTI per quanto riguarda i poteri:

- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 234 del 25 maggio 2023, con cui è stato conferito l’incarico di Direttore della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria al Dr. Andrea Urbani;
- l’Atto di organizzazione del 23 febbraio 2024, n. G01930 e s.m.i., con cui è stato definito l’assetto organizzativo della Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria;
- l’Atto di Organizzazione del 24 aprile 2025, n. G05091, con cui è stato conferito l’incarico di Dirigente dell’Area Economico finanziaria e rapporti con gli operatori economici della Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria alla Dott.ssa Antonella Rossetti;

VISTI, per quanto riguarda le norme in materia di contabilità e 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 legge regionale 30 dicembre 2024, n. 22, recante: “*Legge di stabilità regionale 2025*”;
- la legge regionale 30 dicembre 2024, n. 23, recante: “*Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2025-2027*”;
- la Legge del 30 dicembre 2024, n. 207, avente ad oggetto “*Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2025 e bilancio pluriennale per il triennio 2025-2027*”;

- la Deliberazione della Giunta Regionale 30 dicembre 2024 n. 1172 recante: “*Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2025-2027. 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 30 dicembre 2024 n. 1173 recante: “*Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2025-2027. 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 del 30 dicembre 2024, n. 1176, 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 2024*”;
- la Deliberazione della Giunta regionale 23 gennaio 2025, n. 28, concernente: “*Indirizzi per la gestione del bilancio regionale 2025-2027 e approvazione del bilancio reticolare, ai sensi degli articoli 30, 31 e 32, della legge regionale 12 agosto 2020, n. 11*”;
- la Determinazione n. G04259 del 4 aprile 2025, recante “*Ricognizione accertamenti e impegni sui capitoli di bilancio del perimetro sanitario ai sensi dell'art. 20 e dell'art. 22 del D. Lgs 118/2011 e s.m.i. - Competenza Esercizio Finanziario 2024*”;
- la Deliberazione della Giunta regionale 2 ottobre 2025, n. 881, concernente: “*Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2025-2027. Aggiornamento del bilancio finanziario gestionale in relazione all'assegnazione delle risorse finanziarie ai dirigenti titolari dei centri di responsabilità amministrativa, di cui alla D.G.R. n. 1173/2024, ai sensi dell'articolo 13, comma 5, della legge regionale 12 agosto 2020, n. 11*”;

VISTITI 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 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., recante: “*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni*”;
- il Decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, recante “*Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'art. 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419*” e s.m.i.;
- 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 D.Lgs 16 ottobre 2003 n. 288 e s.m.i., recante “*Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'articolo 42, comma 1, della legge 16 gennaio 2003, n. 3*”;
- 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*”;
- 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;

- la Deliberazione della Giunta regionale del 15 novembre 2024 n. 939, recante: “*Adozione del programma operativo 2024 – 2026 di prosecuzione del piano di rientro della Regione Lazio*”;
- la Deliberazione della Giunta regionale del 10 luglio 2025 n. 587, recante “*Aggiornamento del “Programma Operativo 2024-2026 di prosecuzione del piano di rientro della Regione Lazio”*”;

RICHIAMATI gli obiettivi di cui ai paragrafi “6.1 Budget”, “6.2 Contratti”, “6.3 Procedure di controllo delle prestazioni rese (appropriatezza, vincolo di budget, emissione note di credito, ecc.)”, “6.4 Remunerazione delle funzioni assistenziali”, “6.5 Sistemi di remunerazione e tariffe per le prestazioni di assistenza territoriale” del sopraccitato “*Programma Operativo 2024-2026 di prosecuzione del piano di rientro della Regione Lazio*” adottato con la DGR n. 587/2025;

RICHIAMATO il Decreto del ministero della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze n. 70 del 2 aprile 2015, avente ad oggetto: “*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*”;

RICHIAMATO il Decreto del Ministero della Salute n. 77 del 23 maggio 2022, avente ad oggetto “*Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*”;

VISTI per quanto riguarda la disciplina di cui al D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s. m. i. e in particolare:

- l'art. 8-bis, comma 1, secondo cui, “*le regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza di cui all'articolo 1 avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'articolo 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies*”;
- 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 dall'applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extra tariffaria 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 che “*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, comma 1, 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'art. 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-sexies, comma 1-bis, che stabilisce “*Il valore complessivo della remunerazione delle funzioni non può in ogni caso superare il 30 per cento del limite di remunerazione assegnato”;*
- l'art. 8-sexies, comma 2, che stabilisce che “*Le regioni definiscono le funzioni assistenziali nell'ambito delle attività che rispondono alle seguenti caratteristiche generali”:*
 - a) programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, con particolare riferimento alla assistenza per patologie croniche di lunga durata o recidivanti;*
 - b) programmi di assistenza a elevato grado di personalizzazione della prestazione o del servizio reso alla persona;*
 - c) attività svolte nell'ambito della partecipazione a programmi di prevenzione;*
 - d) programmi di assistenza a malattie rare;*

- e) attività con rilevanti costi di attesa, ivi compreso il sistema di allarme sanitario e di trasporto in emergenza, nonché il funzionamento della centrale operativa, di cui all'atto di indirizzo e coordinamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 76 del 21 marzo 1992;
 - f) programmi sperimentali di assistenza;
 - g) programmi di trapianto di organo, di midollo osseo e di tessuto, ivi compresi il mantenimento e monitoraggio del donatore, l'espianto degli organi da cadavere, le attività di trasporto, il coordinamento e l'organizzazione della rete di prelievi e di trapianti, gli accertamenti preventivi sui donatori;”
- 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;
- CONSIDERATI** i provvedimenti vigenti adottati dalla Regione Lazio in materia di autorizzazione e accreditamento, e in particolare:
- 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, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali*”;
 - il Decreto del Commissario ad acta n. U0008 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'accreditamento 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. U00469 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*”;
 - 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”;

- la Legge Regionale dell'8 agosto 2025, n. 15 e s.m.i., che all'art. 6 introduce modifiche alla 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*”;

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 programmatore 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 sociosanitarie da accreditare rispetto al fabbisogno di assistenza ed alla quantità di prestazioni accreditabili in eccesso, risultante dall'atto programmatore 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 possiedano, oltre ai requisiti tecnologici, strutturali ed organizzativi ulteriori per l'accreditamento, 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 inappropriatezza 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 dalle regioni per le quali il Tavolo di verifica degli*

adempimenti, istituito ai sensi dell'articolo 12 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005, abbia verificato il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del settore sanitario”;

VISTO, altresì, 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... ”;*

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;

VISTA la Legge del 30 dicembre 2023, n. 213, che all'art. 1, comma 233, stabilisce: “*Al fine di concorrere all'ordinata erogazione delle prestazioni assistenziali ricomprese nei livelli essenziali di assistenza, il limite di spesa indicato all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, è rideterminato nel valore della spesa consuntivata nell'anno 2011 incrementata di 1 punto percentuale per l'anno 2024, di 3 punti percentuali per l'anno 2025 e di 4 punti percentuali a decorrere dall'anno 2026, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario regionale*”;

VISTA la Legge del 30 dicembre 2024, n. 207, che all'art. 1, comma 277, stabilisce: “*Il limite di spesa di cui all'articolo 1, comma 233, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, è ulteriormente incrementato di 0,5 punti percentuali per l'anno 2025 e di 1 punto percentuale a decorrere dall'anno 2026*”;

VISTO altresì l'art. 1, comma 300, della sopra richiamata Legge del 30 dicembre 2024, n. 207 che stabilisce che “*Al fine di garantire al Servizio sanitario nazionale le risorse necessarie per provvedere alla progressiva attuazione dell'aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di riabilitazione ospedaliera e di lungodegenza erogate in post acuzie e dell'aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero ordinario e diurno in attuazione dell'articolo 1, comma 280, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, è autorizzata la spesa di 77 milioni di euro per l'anno 2025, destinata ai Diagnosis Related Groups (DRG) post acuzie e di 1.000 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026, destinata rispettivamente per 350 milioni di euro ai DRG post acuzie e per 650 milioni di euro ai DRG per acuti*”;

CONSIDERATO che:

- risulta attualmente in corso, presso il Ministero della Salute, l'attività di definizione e aggiornamento delle tariffe dell'assistenza ospedaliera, ivi incluse le tariffe relative alle attività di riabilitazione e di lungodegenza;

- tale attività è svolta, presso il Ministero della Salute, dalla Commissione Permanente Tariffe, con il contributo dell’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) e in coordinamento con il Ministero dell’Economia e delle Finanze, al fine di pervenire alla predisposizione del nuovo provvedimento tariffario nazionale di prossima emanazione, che aggiornerà le tariffe tuttora vigenti di cui al Decreto del Ministero della Salute 18 ottobre 2012 e successive modifiche;

VISTA la Legge 30 dicembre 2024, n. 207, “*Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2025 e bilancio pluriennale per il triennio 2025-2027*”, che ha introdotto all’art. 1, comma 320, quanto segue: “*Il Ministero della salute, per il tramite del Comitato di cui all’articolo 9 dell’intesa 23 marzo 2005 sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario n. 83 alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005, stabilisce, entro il 28 febbraio 2025, il modello da utilizzare per gli accordi bilaterali obbligatori di cui al comma 319 del presente articolo. Le regioni e le province autonome confinanti, al fine di regolare i fenomeni della mobilità apparente e di confine, sottoscrivono in ogni caso gli accordi. Le regioni e le province autonome anche non confinanti che registrano scambi di mobilità in entrata o in uscita per prestazioni a bassa complessità, definite come tali dal Ministero della salute, sono obbligate a sottoscrivere accordi tra loro. Le regioni e le province autonome che complessivamente registrano una mobilità passiva pari almeno al 20 per cento del fabbisogno sanitario standard annualmente assegnato sottoscrivono accordi con le corrispondenti regioni e province autonome, anche non confinanti, che registrano specularmente una mobilità attiva; le regioni in mobilità, ai fini dell’adempimento, sono obbligate a sottoscrivere tali accordi. Per l’anno 2025, gli accordi sono sottoscritti entro il 30 aprile 2025. Gli accordi hanno una validità di almeno due anni e, a regime, devono essere rinnovati entro il 30 aprile del primo anno successivo a quello di validità dell’accordo precedente*”;

PRESO ATTO del Modello “*Accordi bilaterali tra le Regioni/PA per il governo della mobilità sanitaria (articolo 1, comma 320 legge 207/2024)*” trasmesso dal Ministero della Salute alle Regioni e alle Province Autonome;

CONSIDERATO che il Comitato LEA, atteso che l’annualità 2025 era già ampiamente avviata, ha condiviso come decorrenza degli Accordi la data del 1° gennaio 2026, fermo restando l’impegno da parte delle Regioni/Province autonome a non sottoscrivere nel corso dell’annualità 2025 eventuali Accordi secondo un modello diverso da quello condiviso e a modificare, a far data dal 1° gennaio 2026, gli Accordi già in essere alla luce dei contenuti del nuovo Modello “*Accordi bilaterali tra le Regioni/PA per il governo della mobilità sanitaria*”;

VISTO il Decreto del Ministero della Salute, di concerto con il Ministero Economia e Finanze, del 23 giugno 2023, con cui, tra l’altro, sono state 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;

VISTO il Decreto del Ministro della Salute 25 novembre 2024, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 302 del 27 dicembre 2024, che ha modificato il DM del 23 giugno 2023, avente ad oggetto il nuovo nomenclatore tariffario nazionale a far data dal 30 dicembre 2024;

DATO 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;

- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 976 del 28 dicembre 2023, avente ad oggetto *“Adozione del Piano di programmazione dell’Assistenza territoriale 2024 – 2026”*;
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 1130 del 19 dicembre 2024 con la quale è stato approvato, con validità a far data dal 1° gennaio 2025, il documento tecnico denominato: *“Assistenza specialistica ambulatoriale nel Lazio: stima del fabbisogno. Rapporto tecnico”*, elaborato dal Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale (DEP) - Regione Lazio;
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 1114 del 19 dicembre 2024 con la quale è stato approvato il documento denominato *“Registro Regionale Dialisi e Trapianto Lazio Rapporto annuale RRDTL – Rapporto tecnico anno 2024”*;
- che è in corso di adozione il provvedimento di approvazione del documento denominato *“Registro Regionale Dialisi e Trapianto Lazio Rapporto annuale RRDTL – Rapporto tecnico anno 2025”*;
- che è in corso di adozione il provvedimento di approvazione del documento tecnico con la stima del fabbisogno di specialistica ambulatoriale con validità dal 1° gennaio 2026;

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

- per ciò che concerne l’assistenza ospedaliera:
 - l’Allegato 1 alla DGR n. 1186/2024 e s.m.i., recante *“Criteri di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera (Acuti, Riabilitazione post-acuzie, Lungodegenza medica) – Esercizio 2025”*;
 - la Determinazione n. G01967/2019, avente ad oggetto *“Rimborso aggiuntivo per il dispositivo protesi cocleare nelle procedure di impianto cocleare destinato alle strutture regionali individuate come centri audiologici di terzo livello”*;
 - la Determinazione n. G07319/2020, avente ad oggetto *“Rimborso aggiuntivo negli interventi di inserzione di sistema di assistenza cardiaca impiantabile VAD (codice di intervento 37.66, DRG 103) destinato alle strutture regionali”*;
- per ciò che concerne l’assistenza specialistica:
 - il Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell’Economia e delle Finanze del 24 novembre 2024, con il quale si determinano le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica a partire dalla data del 30 dicembre 2024 (Nomenclatore Tariffario Nazionale);
 - il Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell’Economia e delle Finanze del 24 novembre 2024, con il quale si determinano le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica a partire dalla data del 30 dicembre 2024 (Nomenclatore Tariffario Nazionale);
 - la Deliberazione n. 1187 del 30 dicembre 2024, avente ad oggetto *“Approvazione “Nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale” in attuazione del DM dicembre 2024. Validità prescrizioni medicina specialistica ambulatoriale”*, con la quale si è preso atto del Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze del 25 novembre 2024 e si

è provveduto all'approvazione del nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale;

- la Determinazioni n. G00001 del 2 gennaio 2025 e n. G00169 del 10 gennaio 2025, con cui è stato approvato il Catalogo Unico Regionale delle prestazioni specialistiche prescrivibili in attuazione del *"Nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale"* approvato con DGR n. 1187 del 30 dicembre 2024;
- per ciò che concerne l'assistenza territoriale:
 - la Deliberazione di Giunta regionale n. 606 del 17 luglio 2025 avente ad oggetto *"Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. Approvazione della rete di trattamento, dei requisiti minimi autorizzativi e del sistema di remunerazione"*;
 - la Deliberazione di Giunta regionale n. 607 del 17 luglio 2025 avente ad oggetto *"Persone con disturbo da abuso di sostanze e/o addiction - Approvazione della programmazione regionale dell'offerta, dei requisiti minimi autorizzativi e del sistema di remunerazione"*;
 - la Deliberazione di Giunta regionale n. 624 del 17 luglio 2025 avente ad oggetto *"Aggiornamento sistema di remunerazione delle prestazioni rivolte alle persone affette da disturbo della Salute Mentale, alle persone non autosufficienti, anche anziane e alle persone con bisogno di cure palliative"*;
 - la Deliberazione di Giunta regionale n. 815 del 18 settembre 2025 avente ad oggetto *"Modifica della deliberazione n. 624 del 17 luglio 2025 avente ad oggetto "Aggiornamento sistema di remunerazione delle prestazioni rivolte alle persone affette da disturbo della Salute Mentale, alle persone non autosufficienti, anche anziane e alle persone con bisogno di cure palliative" - Aggiornamento della tariffa giornaliera per la remunerazione delle prestazioni residenziali in mantenimento alto e semiresidenziali di mantenimento rivolte a persone non autosufficienti, anche anziane"*;

VISTI, con riferimento alle liste di attesa delle prestazioni sanitarie:

- il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019 - 2021, approvato in data 21 febbraio 2019 in sede di intesa in Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131;
- il Decreto del Commissario ad acta del 30 aprile 2019, n. U00152, avente per oggetto: *"Recepimento del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021"*, con la quale è stato recepito il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021;
- il Decreto del Commissario ad acta 25 luglio 2019, n. U00302, avente ad oggetto: *"Piano regionale per il governo delle Liste di Attesa 2019-2021"*, con il quale è stato approvato e adottato il Piano di governo regionale delle liste di attesa 2019-2021;
- il Decreto-Legge 7 giugno 2024, n. 73, convertito con modificazioni dalla L. 29 luglio 2024, n. 107, recante: *"Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie"*;
- la Deliberazione Giunta regionale n. 777 del 10 ottobre 2024, avente ad oggetto: *"Attuazione art. 3 Decreto-Legge 7 giugno 2024, n. 73 convertito con modificazioni dalla L. 29 luglio 2024, n. 107: "Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie" Programma straordinario per la riduzione dei tempi delle liste di attesa anno 2024"*, con la quale la Regione Lazio, al fine di dare attuazione alla normativa richiamata, ha introdotto ulteriori misure e ha fissato puntuali principi volti a garantire la riduzione delle liste di attesa per le prestazioni sanitarie per superare le criticità connesse all'accessibilità e alla fruibilità delle

prestazioni e assicurare l'erogazione dei servizi entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura;

- la Deliberazione Giunta regionale n. 150 del 20 marzo 2025 avente ad oggetto: *“Approvazione del documento tecnico relativo al nuovo modello di gestione denominato “ReCUP – Gestione del Percorso di Garanzia” delle prenotazioni sanitarie delle prestazioni di medicina specialistica ambulatoriale in regime di SSR”* con la quale è stato avviato il nuovo modello di gestione del “Percorso di Garanzia” al fine di consentire alle Aziende Sanitarie di assicurare l'erogazione delle prestazioni sanitarie ai propri cittadini residenti *“fuori soglia”*, attraverso l'utilizzo delle prestazioni aggiuntive, dell'attività libero-professionale intramuraria o del sistema privato accreditato;
- la Deliberazione Giunta regionale n. 198 del 3 aprile 2025 avente ad oggetto: *“Attuazione art. 3 Decreto-Legge 7 giugno 2024, n. 73 convertito con modificazioni dalla L. 29 luglio 2024, n. 107: “Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie” - Programma straordinario per la riduzione dei tempi delle liste di attesa anno 2025”* con la quale sono state approvate ulteriori misure volte a garantire la riduzione delle liste di attesa per le prestazioni sanitarie, al fine di superare le criticità connesse all'accessibilità e alla fruibilità delle prestazioni e assicurare l'erogazione dei servizi entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura;
- la Deliberazione Giunta regionale n. 999 del 6 novembre 2025 avente ad oggetto: *“Misure sanzionatorie per mancata disdetta delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale”* con la quale è stato prevista una procedura uniforme a livello regionale destinata all'addebito delle sanzioni legate alle prestazioni prenotate e non dis dette, almeno due giorni lavorativi prima dell'erogazione della prestazione, (salvi i casi di forza maggiore e impossibilità sopravvenuta) pari alla quota ordinaria di partecipazione al costo della stessa;
- dato atto che è in corso di adozione da parte dell'Amministrazione Regionale il provvedimento di approvazione delle misure di governo in tema di appropriatezza prescrittiva e ridefinizione degli ambiti di garanzia;

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

VISTI tutti i provvedimenti regionali in materia di controlli e, in particolare, il DCA n. 509/2018, così come modificato dalla DGR n. 665 del 8 agosto 2024, avente ad oggetto *“Modifica del Decreto del Commissario ad Acta n. U00509 del 20 dicembre 2018 in materia di controlli sulle prestazioni sanitarie con onere a carico del SSR”*;

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. 836 del 25 settembre 2025, avente ad oggetto *“Recepimento Decreto Ministeriale 26 settembre 2023 n. 165 "Regolamento recante modificazioni e integrazioni al regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati." Modifiche al contenuto, alle modalità di trasmissione, ai formati di registrazione dei dati del flusso informativo ospedaliero di riabilitazione post acuzie, revisione delle variabili e del tracciato record della scheda di dimissione ospedaliera di riabilitazione (SDO-R) in uso nel Lazio”*;

VISTE:

- la DGR n. 977 del 28 dicembre 2023, avente ad 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 DGR n. 126 del 28 febbraio 2024, avente ad oggetto *“Modifica della DGR n. 977 del 28 dicembre 2023: “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” e, nello specifico, l'Allegato 1 denominato “Criteri di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera (Acuti, Riabilitazione post-acuzie, Lungodegenza medica) – Esercizio 2024”*;
- la Deliberazione di Giunta n. 1186 del 30 dicembre 2024, avente ad oggetto *“Definizione dei livelli massimi di finanziamento, dei criteri di assegnazione dei budget 2025 e delle regole di remunerazione”. Modifiche allo schema di Accordo/Contratto ex art. 8-quinquies D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. per gli anni 2025-2026”*;
- la Deliberazione di Giunta n. 440 del 12 giugno 2025, avente ad oggetto *“Modifica della Deliberazione di Giunta Regionale n. 1186 del 30 dicembre 2024, “Definizione dei livelli massimi di finanziamento, dei criteri di assegnazione dei budget 2025 e delle regole di remunerazione. Modifiche allo schema di Accordo/Contratto ex art. 8-quinquies D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. per gli anni 2025-2026”*;
- la Deliberazione di Giunta n. 723 del 7 agosto 2025, avente ad oggetto *<<Modifica della Deliberazione di Giunta Regionale n. 1186 del 30 dicembre 2024, “Definizione dei livelli massimi di finanziamento, dei criteri di assegnazione dei budget 2025 e delle regole di remunerazione. Modifiche allo schema di Accordo/Contratto ex art. 8-quinquies D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. per gli anni 2025-2026” – Integrazione livello massimo di finanziamento per le prestazioni di assistenza territoriale>>*;

CONSIDERATO che con le DGR n. 1186/2024, n. 440/2025 e 723/2025, l'Amministrazione regionale, tra l'altro, ha definito i livelli massimi di finanziamento e i criteri di assegnazione dei budget 2025 per l'acquisto delle prestazioni di assistenza ospedaliera, specialistica ambulatoriale e territoriale da privato, nonché stabilito le relative regole di remunerazione delle prestazioni e approvato lo schema di Accordo/Contratto ex art. 8-quinquies D.Lgs. 502/1992 per gli anni 2025-2026;

CONSIDERATO che nell'Allegato 1 alla sopracitata DGR n. 1186/2024, come modificato con la DGR n. 440/2025, sono state definite, tra l'altro, le regole di utilizzo dei budget di Area chirurgica da parte delle strutture private accreditate non dotate di pronto soccorso, nonché le regole generali per la concessione dell'osmosi dei budget dall'Area medica all'Area chirurgica e viceversa;

RICHIAMATE, a tal riguardo, le note dell'Area competente della Direzione Salute e Integrazione

Sociosanitaria (nn. 0805363/2025, 1209796/2025, 1204123/2025), con le quali sono stati forniti specifici chiarimenti in ordine alle predette regole, precisando che i medesimi dovranno essere recepiti nelle nuove regole di remunerazione delle attività di assistenza ospedaliera per l'esercizio 2026, nonché tenuti in debita considerazione ai fini dell'applicazione delle regole di remunerazione vigenti per le annualità 2024-2025 approvate con le sopracitate DGR n. 977/2023 e s.m.i. e DGR n. 1186/2024 e s.m.i.;

TENUTO CONTO delle suddette disposizioni, come modificate ed integrate, ai fini della determinazione dei livelli massimi di finanziamento e delle regole di remunerazione per l'anno 2026;

RICHIAMATE le Determinazioni dirigenziali con cui sono stati assegnati alle strutture private accreditate, nell'esercizio 2025, i budget per l'acquisto delle prestazioni di assistenza ospedaliera, specialistica ambulatoriale e territoriale in attuazione delle DGR n. 1186/2024 e s.m.i.;

CONSIDERATO che il budget per l'acquisto delle prestazioni di ricovero per acuti nell'esercizio 2025 è stato assegnato alle strutture private accreditate secondo la metodologia stabilita con la DGR n. 977/2023 e meglio dettagliata nelle note prot. n. 1418379/2023 e n. 1462712/2023;

VISTI, per quanto riguarda la disciplina dell'Accordo/Contratto di budget *ex art. 8-quinquies D. Lgs. 502/92 e s.m.i.*, tutti i provvedimenti regionali, tra i quali, le DGR nn. 695/2022, 310/2023, 977/2023, 126/2024, 1186/2024 e 440/2025, con le quali l'Amministrazione regionale, tra l'altro, ha aggiornato lo schema contrattuale e il regolamento denominato *“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” ex DCA n. 247/2019 e s.m.i.*;

VISTA la DGR n. 377 del 30 maggio 2024 recante: *“Approvazione schema di Accordo tra Istituto Clinico Casalpalocco S.r.l. (C.F. e P.IVA 02020660391) – gestore dell'Istituto Clinico Casalpalocco (ICC) –, Tiberia Hospital S.r.l. (C.F. e P.IVA 02564310395) – gestore della Casa di cura Tiberia Hospital 1 –, la Regione Lazio e, rispettivamente, le Aziende Sanitarie Locali Roma 3 e Roma 1”*;

VISTA la DGR n. 1088 del 27 novembre 2025, avente ad oggetto *“l.r. 4/2003 e s.m. e r.r. 20/2019. Fondazione Santa Lucia IRCCS in Amministrazione Straordinaria, sita nel Comune di Roma, Via Ardeatina n. 306 (P. IVA 05692831000). Rilascio dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale, per riconversione, in attuazione della riorganizzazione della rete ospedaliera 2024-2026 di cui alla DGR n. 869/2023. Contestuale rilascio dell'accreditamento istituzionale per attività ambulatoriali di riabilitazione per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale”*;

VISTA la DGR n. 1083 del 13 dicembre 2024, avente ad oggetto *“Attuazione Deliberazione della Giunta Regionale del 15 novembre 2024 n. 939 recante: “Adozione del programma operativo 2024 – 2026 di prosecuzione del piano di rientro della Regione Lazio” paragrafo 6.4 - Obiettivo 1. Definizione del finanziamento per le funzioni assistenziali, di cui all'art. 8-sexies comma 2 del D. Lgs. 502/1992 e s.m.i. per l'annualità 2024. Approvazione Allegato 1 relativo a “Metodologia per la determinazione dei finanziamenti per le funzioni assistenziali ANNO 2024 - 2025 - 2026” e approvazione Allegato 2 relativo a “Riparto del finanziamento per le funzioni assistenziali ANNO 2024”*, rettificata con la DGR n. 1117 del 19 dicembre 2024;

CONSIDERATO che con la sopracitata DGR n. 1083/2024 e s.m.i. l'Amministrazione regionale ha introdotto, tra l'altro, una nuova metodologia per la definizione dei finanziamenti da assegnare alle strutture pubbliche e private per lo svolgimento delle funzioni assistenziali *ex art. 8-sexies, comma 2, del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i.*, ivi compresa la metodologia per la definizione dei finanziamenti a copertura dei maggiori costi per l'attività svolte nell'ambito delle reti di emergenza urgenza;

VISTA la DGR n. 1263 del 18/12/2025, avente ad oggetto *“Determinazione del finanziamento da*

assegnare alle strutture pubbliche e private accreditate per lo svolgimento delle funzioni assistenziali ex art. 8-sexies, comma 2, del D. Lgs. 502/92 e s.m.i., in applicazione della metodologia approvata con la DGR n. 1083 del 13 dicembre 2024 e s.m.i. e conseguente integrazione del livello massimo di finanziamento a copertura dei maggiori costi sostenuti dalle strutture private accreditate per lo svolgimento delle funzioni assistenziali ex art. 8 sexies del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. per l'anno 2025 – Esercizio 2025”;

RICHIAMATO l'art. 9, comma 1, comma 1), dell'Accordo/Contratto ex art. 8-quinquies del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. approvato con la DGR n. 1186/2024 e s.m.i. che prevede *“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”*;

RICHIAMATO, altresì, l'art. 12, comma 11, del sopracitato Accordo/Contratto ex art. 8-quinquies del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. che stabilisce *“La mancata emissione delle note di credito relative a crediti derivanti da controlli esterni concordati ovvero a crediti di qualsiasi natura ancora non recuperati finanziariamente dall'Azienda Sanitaria di competenza, anche attraverso il blocco di altre fatture emesse dalla struttura, nel termine di cui al precedente comma 9, comporterà l'impossibilità di concedere il beneficio dell'eventuale rateizzazione (in relazione al recupero degli stessi crediti) nonché la riduzione del 10% dell'eventuale budget da assegnare nell'anno successivo”*;

STABILITO che, la *“riduzione del 10% dell'eventuale budget da assegnare nell'anno successivo”*, previsto nelle clausole contrattuali sopra richiamate, è determinata decurtando dal budget da assegnare per l'annualità 2026 la quota del 10% del budget 2025 assegnato per la specifica attività assistenziale per cui le strutture private accreditate non hanno emesso le note di credito richieste dalle Aziende Sanitarie Locali;

CONSIDERATO che la Regione Lazio, nell'ambito del processo di riorganizzazione della rete ospedale-territorio, e in coerenza con gli indirizzi nazionali in materia di continuità assistenziale, ha introdotto, a partire dal 2025, un sistema informatico denominato *“Transitional Care”* finalizzato alla gestione telematica e coordinata della logistica dei pazienti nei passaggi tra differenti *setting* assistenziali;

CONSIDERATO che il sistema sopra descritto è attualmente operativo per la gestione dei trasferimenti dai reparti per acuti verso i reparti di post-acuzie, garantendo tracciabilità, appropriatezza del percorso assistenziale e tempestiva allocazione del paziente nella struttura più idonea;

CONSIDERATO, altresì, che il modello su indicato è concepito come piattaforma evolutiva, in quanto, in una fase successiva, esso sarà esteso anche alla gestione dei trasferimenti verso ulteriori *setting* assistenziali, quali, a titolo esemplificativo, RSA, Hospice e altre strutture del territorio, al fine di assicurare un *continuum* assistenziale uniforme, integrato e digitalizzato sull'intero Servizio Sanitario Regionale, nonché alla gestione dei trasferimenti dei pazienti dai Pronto Soccorso verso i reparti di ricovero per acuti;

RICHIAMATO integralmente il contenuto della nota prot. n. 1225606 del 12 dicembre 2025, con cui la Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria ha trasmesso alle Associazioni di categoria, ai Policlinici Universitari privati e alla Fondazione IRCCS Santa Lucia la comunicazione di avvio del procedimento di adozione del presente provvedimento, ai sensi della L. n. 241/1990 s.m.i., per la definizione dei livelli massimi di finanziamento e relativi criteri di assegnazione dei budget 2026, alle regole di remunerazione e all'aggiornamento dello schema di Accordo/Contratto ex art. 8-quinquies D. Lgs. 502/92 e s.m.i. 2025-2026;

TENUTO CONTO delle osservazioni presentate durante l'incontro del 18 dicembre 2025 dalle

Associazioni di categoria e dalle strutture private accreditate;

STABILITO che:

- i livelli massimi di finanziamento per l'esercizio 2026 sono determinati sulla base delle tariffe vigenti, nel rispetto dei vincoli programmatori e degli equilibri economico-finanziari del Servizio Sanitario Regionale e che la relativa quantificazione è effettuata utilizzando i valori tariffari attualmente in uso;
- eventuali aggiornamenti tariffari di fonte nazionale produrranno effetti esclusivamente a seguito del formale recepimento regionale, che ne definirà condizioni, tempi e modalità applicative;
- fino all'adozione del suddetto recepimento, i budget assegnati alle strutture private accreditate resteranno invariati e continueranno ad applicarsi le vigenti regole di remunerazione delle prestazioni;

RITENUTO, ai fini del perseguitamento degli obiettivi pubblici di salute, tra i quali, **(i)** la garanzia dei LEA, **(ii)** il contenimento del fenomeno del *boarding* nei Pronto Soccorso, **(iii)** la riduzione delle liste d'attesa per le prestazioni critiche, **(iv)** il rispetto dei tempi di attesa per l'esecuzione degli interventi chirurgici di cui al Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA), nonché **(v)** l'attuazione progressiva delle Reti di cui alle DGR n. 869/2023 e n. 976/2023 e **(vi)** il soddisfacimento del fabbisogno di assistenza specialistica di cui alla DGR in corso di adozione, di stabilire per l'esercizio 2026:

- con riferimento all'**assistenza ospedaliera**, così come anticipato sinteticamente nella nota prot. n. 1225606 del 12 dicembre 2025:
 - o la conferma della metodologia per la determinazione del finanziamento a copertura dei maggiori costi connessi allo svolgimento delle funzioni assistenziali previste dall'art. 8-sexies del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., come definita dalla DGR n. 1083/2024 e successive modifiche, effettuando una parziale revisione della metodologia relativa alla determinazione della *"Quota di finanziamento a copertura dei costi di attesa delle reti di emergenza-urgenza"* da assegnare alle strutture private accreditate sede di DEA di II livello, in considerazione della maggiore complessità clinica dei casi trattati e del conseguente assorbimento di fattori produttivi aggiuntivi;
 - o che alle strutture pubbliche e private accreditate sede di DEA II sarà, pertanto, assegnato il finanziamento corrispondente all'ultimo scaglione di cui alla Tabella 3 dell'Allegato 1 alla DGR n. 1083/2024, pari a € 12.421.257, prevedendo un incremento della predetta quota pari al 50%, al fine di garantire una più adeguata copertura dei maggiori oneri connessi alla gestione della complessità assistenziale;
 - o che i livelli massimi di finanziamento stanziati per l'acquisto delle prestazioni di assistenza ospedaliera nell'esercizio 2026, ammontano ad euro 1.401.325.758,00, 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 IRCCS privati di cui all'art. 15, comma 14, del D.L. n. 95/2012 e s.m.i., stanziato da ultimo con la DGR n. 977/2023 e s.m.i.; **(ii)** le risorse necessarie per rispondere a specifiche esigenze di salute pubblica ed, in particolare, **(a)** l'acquisto di ulteriori posti letto accreditati di ricovero per acuti in regime ordinario di Area medica a supporto dei Pronto Soccorso, **(b)** l'acquisto di tutti i posti letto accreditati di riabilitazione post-acuzie, in regime ordinario e in day hospital, e di lungodegenza medica a supporto della Rete ospedaliera; **(iii)** il finanziamento da assegnare in attuazione dei percorsi di riorganizzazione o rimodulazione delle strutture private

accreditate in coerenza con la Rete Ospedaliera 2024-2026;

- che il finanziamento per le prestazioni di neonato sano per l'anno 2026 è stimato in una quota pari ad euro 8.177.165,00, così come determinato nell'esercizio 2024 in attuazione dei criteri di remunerazione vigenti e che tale finanziamento è da ritenersi presuntivo in quanto potrà subire delle variazioni a seguito del consolidamento dei dati effettivi di produzione e della relativa valorizzazione in applicazione delle regole di remunerazione ad oggi vigenti;
- che il finanziamento a copertura dei maggiori costi per lo svolgimento delle funzioni assistenziali previste dall'art. 8-sexies del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. per l'anno 2026 è stimato in una quota pari ad euro 182.919.381,00, così come determinato in attuazione della DGR n. 1083/2024, parzialmente modificata con il presente provvedimento, e che tale finanziamento è da ritenersi presuntivo in quanto soggetto alla valutazione dei volumi registrati e delle rendicontazioni annuali delle attività e dei costi sostenuti;
- che il finanziamento a 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., per l'anno 2026 è stimato in una quota pari ad euro 35.413.158,00 e che potrà subire delle variazioni a seguito dell'applicazione delle metodologie di cui all'Accordo-Contratto di budget approvato con il presente provvedimento;
- la conferma della metodologia di assegnazione dei budget di ricovero per acuti, definita con la DGR n. 977/2023 e ulteriormente dettagliata nelle note prot. n. 1418379/2023 e n. 1462712/2023 – metodologia già applicata per la determinazione dei budget 2024 e 2025 – nonché della correlata metodologia di suddivisione del budget per disciplina, di cui alla *“Nota metodologica per la definizione del Budget acuti 2024”* approvata con la Determinazione n. G17757/2023, prevedendo, ove necessario, così come meglio specificato nella nota prot. n. 1225606 del 12 dicembre 2025, una rimodulazione della suddetta suddivisione, senza modificare i budget complessivi di Area Medica, Chirurgica, Critica e Medica DH, tenendo conto della configurazione dei posti letto accreditati per disciplina nonché del costo medio per posto letto, calcolato per ogni disciplina e per ciascuna struttura privata accreditata, sulla base dei dati di produzione lorda registrati nel periodo gennaio-settembre 2025, al fine di garantire che i budget articolati per disciplina siano coerenti con la capacità produttiva massima accreditata;
- la conferma, per l'esercizio 2026, dei budget assegnati nel 2025 per l'acquisto di prestazioni di ricovero per acuti in applicazione della metodologia approvata con la DGR n. 977/2023 e ulteriormente dettagliata nelle note prot. n. 1418379/2023 e n. 1462712/2023, prevedendo eventuali riproporzionamenti, su base annuale, dei finanziamenti assegnati alle strutture in corso d'anno;
- che il budget aggiuntivo da assegnare alle strutture private accreditate per l'acquisto degli ulteriori posti letto di ricovero per acuti, in regime ordinario, di Area medica a supporto dei Pronto Soccorso – nelle discipline di Geriatria, Pneumologia, Gastroenterologia, Neurologia, Medicina Generale attive presso le strutture private accreditate non dotate di Pronto Soccorso e nelle discipline di Medicina Generale, Medicina d'urgenza, Geriatria, Pneumologia attive presso le strutture private accreditate dotate di Pronto Soccorso – dovrà essere determinato in applicazione della metodologia del *“costo medio a posto letto per disciplina e classe di erogatore”* di cui alla DGR n. 977/2023, individuando le strutture che presentano, rispetto al budget di Area medica ad esse assegnato nel 2025, una percentuale di acquisto di posti letto riferiti alle discipline in argomento inferiore alla soglia del 82,87% e acquistando i posti letto accreditati disponibili fino a tale soglia con l'obiettivo di riequilibrare l'offerta contrattualizzata;

- che il budget da assegnare alle strutture private accreditate per l'acquisto dei posti letto di riabilitazione post-acuzie, cod. 56, in regime ordinario e day hospital, dovrà essere determinato considerando la capacità produttiva massima accreditata, per un tasso di occupazione del 98%, valorizzata al “*costo MDC medio per struttura*” determinato utilizzando i dati di produzione registrati sul sistema informativo regionale dedicato nel periodo 1° gennaio 2025 – 30 settembre 2025;
- che il budget da assegnare alle strutture private accreditate per l'acquisto dei posti letto di neuroriabilitazione cod. 75, in regime ordinario, dovrà essere determinato considerando la capacità produttiva massima accreditata, per un tasso di occupazione del 98%, valorizzata alla tariffa massima di euro 470,00 prevista nell'allegato 2 al D.M. del 18 ottobre 2012 per la remunerazione dei ricoveri di soggetti affetti da grave cerebrolesione acquisita così come meglio individuati nel DCA n. 444/2014;
- che il budget da assegnare alle strutture private accreditate per l'acquisto dei posti letto di neuroriabilitazione cod. 75, in regime diurno, dovrà essere determinato considerando la capacità produttiva massima accreditata, per un tasso di occupazione del 98%, valorizzata alla tariffa massima prevista nell'allegato 2 al D.M. del 18 ottobre 2012 per la remunerazione degli accessi in regime diurno riconducibili al MDC1;
- che il budget da assegnare alle strutture private accreditate per l'acquisto dei posti letto di riabilitazione presso le unità spinali cod. 28, in regime ordinario, dovrà essere determinato considerando la capacità produttiva massima accreditata, per un tasso di occupazione del 98%, valorizzata alla tariffa massima di euro 470,00 prevista nell'allegato 2 al D.M. del 18 ottobre 2012 per la remunerazione dei ricoveri di pazienti mieloesi con una gravità di lesione A, B, C così come meglio individuati nel DCA n. 444/2014;
- che il budget da assegnare alle strutture private accreditate per l'acquisto dei posti letto di lungodegenza medica, cod. 60, dovrà essere determinato considerando la capacità produttiva massima accreditata, per un tasso di occupazione del 98%, valorizzata alla tariffa giornaliera attualmente vigente;
- la conferma dei criteri generali di remunerazione delle prestazioni di ricovero per acuti, di riabilitazione post-acuzie e di lungodegenza medica di cui alla DGR n. 1186/2024 e s.m.i., prevedendo, tuttavia:
 - che le SDO relative alle prestazioni di ricovero per acuti, erogate dalle strutture private accreditate (Policlinici Universitari, IRCCS, Ospedali Classificati e altre strutture private) e registrate sul sistema informativo SIOXL con onere della degenza 5 (intramoenia), siano scartate dal sistema informatico SIOXL in fase di accettazione, in coerenza con la normativa nazionale di riferimento;
 - una revisione degli abbattimenti tariffari sui “*ricoveri per frattura del femore in pazienti +65 anni*”, sui “*ricoveri con parto cesareo primario*” e sui “*ricoveri per intervento chirurgico per colecistectomia laparoscopica*”, adeguandoli alla normativa nazionale vigente in materia di indicatori Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), al fine di incentivare il raggiungimento di elevati standard di qualità delle cure erogate agli utenti del Servizio Sanitario Regionale;
 - il recepimento del contenuto delle note prot. n. 0805363/2025, 1209796/2025, 1204123/2025, con le quali sono stati forniti specifici chiarimenti, dall'Area competente della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria, in merito alle regole di utilizzo dei budget di Area chirurgica da parte delle strutture private accreditate non dotate di pronto soccorso, nonché alle regole generali per la concessione dell'osmosi dei budget dall'Area

medica all'Area chirurgica e viceversa;

- un aggiornamento della Tabella H *“Volume minimo di accettazioni da pronto soccorso”* di cui all'Allegato 1 della DGR n. 1186/2024 e s.m.i., in considerazione del graduale potenziamento dei budget di Area medica destinati alla gestione dei pazienti in attesa nei Pronto Soccorso;
- una revisione dell'attuale abbattimento tariffario correlato alla provenienza del paziente (pari al 5% del valore del ricovero) applicato agli episodi di ricovero in riabilitazione post-acuzie – cod. 56, prevedendo tra le cause di esclusione dall'applicazione dell'abbattimento anche i ricoveri conseguenti a trasferimento diretto dal reparto cod. 28 al reparto cod. 56, finalizzati al completamento del programma riabilitativo;
- l'introduzione di uno specifico monitoraggio sui trasferimenti effettuati dai reparti di ricovero per acuti verso i reparti di riabilitazione post-acuzie e di lungodegenza medica, attraverso l'utilizzo delle informazioni registrate sui sistemi informativi regionali dedicati, al fine di monitorare il livello di accettazione dei pazienti in tali reparti derivante dalle richieste di trasferimento veicolate tramite il sistema informatico denominato *“Transitional Care”* e, sulla base degli esiti di tali monitoraggi, nel corso dell'esercizio 2026 ovvero a partire dall'esercizio 2027, potranno essere introdotti specifici abbattimenti delle tariffe riconosciute agli episodi di ricovero post-acuzie e di lungodegenza medica qualora si dovesse riscontrare un rilevante livello di accettazioni nei sopra citati reparti non veicolate tramite il già menzionato sistema informatico *“Transitional Care”*;
- di approvare, alla luce della revisione di cui al punto che precede, il documento tecnico (Allegato 1), parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, denominato *“Criteri di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera (Acuti, Riabilitazione post-acuzie, Lungodegenza medica) – Esercizio 2026”*;
- di chiarire che le prestazioni di dialisi erogate a pazienti ricoverati nei reparti di post-acuzie presso le strutture private accreditate possono essere effettuate dalle medesime strutture, qualora accreditate per l'esecuzione dei trattamenti dialitici, e rendicontate mediante le ordinarie procedure previste dalla normativa regionale, attraverso l'utilizzo del sistema SIASXL;
- con riferimento all'**assistenza specialistica**, così come anticipato sinteticamente nella nota prot. n. 1225606 del 12 dicembre 2025:
 - che i livelli massimi di finanziamento stanziati per l'acquisto delle prestazioni di assistenza specialistica nell'esercizio 2026, ammontano ad euro 375.699.533,00 e che tale finanziamento conferma i budget complessivi per struttura assegnati nel 2025 e comprende:
 - il finanziamento per l'acquisto delle Prestazioni cd. *“Critiche”* (di cui all'elenco allegato al presente provvedimento - Allegato 2, quale parte integrante e sostanziale);
 - il finanziamento per l'acquisto delle prestazioni di Altra Specialistica non incluse nell'elenco delle soprarichiamate prestazioni critiche;
 - le prestazioni di RMN, contenute all'interno del finanziamento per le Prestazioni Critiche e le prestazioni di Altra Specialistica in quanto per le stesse non è più previsto un budget specifico, né le fasce di accreditamento con il relativo tetto massimo delle prestazioni;
 - il finanziamento per l'acquisto delle prestazioni di Laboratorio Analisi;

- il finanziamento per l'acquisto delle prestazioni in APA;
- la conferma della metodologia di assegnazione dei budget di assistenza specialistica di cui alla DGR n. 1186/2024 e s.m.i., già applicata per la definizione dei budget relativi all'anno 2025, con previsione di riproporzionamenti annuali dei finanziamenti assegnati alle strutture nel corso del 2025 e nuovi accreditamenti;
- un finanziamento aggiuntivo finalizzato ad assicurare un equilibrio tra il profilo assistenziale Ospedaliero e il profilo assistenziale Specialistica Ambulatoriale nella misura di almeno il 10%, da assegnare esclusivamente alle strutture con posti letto di ricovero che abbiano una proporzione tra i due profili assistenziali al di sotto di tale percentuale (10%), così da coprire la domanda assistenziale sia dei pazienti presi in carico che dei pazienti che accedono direttamente dall'esterno agli ambulatori della struttura stessa. Tale incremento sarà assegnato in misura proporzionale tra tutti gli ambiti di specialistica, tenendo conto delle specificità delle strutture coinvolte;
- un finanziamento aggiuntivo finalizzato all'acquisto di prestazioni incluse nel percorso di *follow up* al fine di garantire ai pazienti presi in carico dai Policlinici Universitari Privati e dagli IRCCS Privati di accedere direttamente alle cure previste, che verrà assegnato alle strutture private accreditate nella misura pari al 7% del budget ordinario;
- un finanziamento aggiuntivo finalizzato all'acquisto di specifiche prestazioni ritenute maggiormente critiche in relazione ai tempi di attesa, volumi e i giorni medi di ritardo rispetto alle scadenze previste per le singole classi di priorità, che saranno oggetto di un distinto Addendum Contrattuale, al fine di soddisfare specifici fabbisogni aziendali nonché prevenire la formazione di nuove liste di attesa;
- che il finanziamento destinato alla copertura delle prestazioni di dialisi e radioterapia per l'esercizio 2026 è stimato in un importo pari a euro 205.580.335,00, determinato sulla base dei volumi di produzione erogati nell'anno 2024 e tenuto conto del trend di crescita incrementale della spesa registrato negli ultimi esercizi;
- che il finanziamento per le prestazioni di diagnostica, di laboratorio e delle visite mediche, erogate sugli accessi non seguiti da ricovero e per le prestazioni erogate in OBI per l'anno 2026 è stimato in una quota pari ad euro 37.053.959,00, determinato in considerazione della produzione erogata nel 2024, e che tale quota di finanziamento potrà subire delle variazioni a seguito del consolidamento dei dati effettivi di produzione e della relativa valorizzazione in applicazione delle regole di remunerazione ad oggi vigenti;
- la conferma dei criteri generali di remunerazione delle prestazioni di cui alla DGR n. 1186/2024 e s.m.i., prevedendo l'aggiornamento delle modalità di erogazione e remunerazione delle prestazioni per la conduzione della terapia dialitica, così come riportato nel Documento Tecnico denominato *“Nuove modalità di erogazione e remunerazione delle prestazioni previste per la conduzione della terapia dialitica”*, per le prestazioni per la conduzione della terapia dialitica, che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento (Allegato 3) e dell'Accordo/Contratto di budget ex art. 8 quinque D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., stabilendo in particolare:
 - la rimodulazione dei pacchetti dialisi (V56A-B), con la creazione di un unico pacchetto erogabile sia da strutture pubbliche sia dai privati accreditati;
 - la valorizzazione economica di tutte le prestazioni necessarie per la conduzione della terapia dialitica;
 - l'introduzione di una frequenza massima per le analisi di laboratorio e le visite mediche;

- l'introduzione di uno specifico abbattimento - in sede di conguaglio - del valore delle prestazioni in caso di superamento delle frequenze massime previste per le analisi di laboratorio e le visite mediche;
- l'introduzione di uno specifico monitoraggio dei dati relativi all'utilizzo delle metodiche dialitiche ad alta efficienza e biocompatibili da parte delle strutture private accreditate;
- che viene confermata la previsione dell'osmosi tra l'ambito Prestazioni Critiche e Altra Specialistica, di cui alla DGR n. 977/2023 e DGR n. 1186/2024, qualora il budget assegnato per le prestazioni di Altra Specialistica non sia stato completamente eroso e le Prestazioni Critiche abbiano saturato completamente il budget dedicato a tali prestazioni; in tal caso potrà essere utilizzata la parte disponibile del budget di Altra Specialistica per la remunerazione delle prestazioni critiche;
- che vengono confermate le disposizioni introdotte con la DGR n. 1186/2024 in materia di osmosi dei livelli massimi di finanziamento tra assistenza ospedaliera e assistenza specialistica e nello specifico che le strutture private accreditate non potranno presentare istanza alla propria ASL di appartenenza per un eventuale trasferimento, fino ad un massimo del 20% dell'attuale budget assegnato per acuti, incrementando per un equivalente valore esclusivamente il budget dedicato alle c.d. prestazioni critiche, PET, PET/TC e/o agli APA compatibilmente con il titolo autorizzativo e di accreditamento rilasciato alla struttura stessa;
- la conferma che l'assegnazione del budget per le prestazioni di "laboratorio analisi", nonché la sottoscrizione del relativo contratto con le Aziende Sanitarie territorialmente competenti ai sensi dell'art. 8-quater del D. Lgs. 502/1992, può avvenire esclusivamente a favore dei laboratori accreditati o delle aggregazioni che abbiano raggiunto una soglia minima di produzione pari ad almeno 200.000 esami/anno; a tal fine, ai fini della corretta contrattualizzazione, entro e non oltre il 31 gennaio 2026 i legali rappresentanti dei laboratori autonomi e delle aggregazioni di laboratorio sono tenuti a trasmettere alla Regione Lazio e alle Aziende sanitarie territorialmente competenti l'autocertificazione attestante il possesso della predetta soglia minima sulla base della produzione dell'anno precedente, nonché eventuali modifiche intervenute nella configurazione delle compagini aggregative attualmente operanti (recessi e/o nuove adesioni); in caso di mancato rispetto anche di una sola delle scadenze sopra indicate, l'Azienda sanitaria procederà all'assegnazione del budget applicando una riduzione pari al 5% dello stesso;
- con riferimento all'**assistenza territoriale**, così come anticipato sinteticamente nella nota prot. n. 1225606 del 12 dicembre 2025:
 - che i livelli massimi di finanziamento stanziati per l'acquisto delle prestazioni di assistenza territoriale nell'esercizio 2026, ammontano ad euro 952.800.000,00, e che tale finanziamento comprende:
 - il livello massimo di finanziamento per le prestazioni per persone non autosufficienti, anche anziane, per le prestazioni di cure palliative residenziali e domiciliari e per le prestazioni rivolte a persone con disturbo della salute mentale, calcolato sulla capacità produttiva delle strutture accreditate nell'anno 2025;
 - il livello massimo di finanziamento per le prestazioni di riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale, distribuito tra le Aziende Sanitarie Locali al fine di potenziare e riequilibrare l'offerta di prestazioni sul territorio, incrementato in misura pari al 3% rispetto al

finanziamento complessivamente assegnato nell'anno 2025;

- il livello massimo di finanziamento per l'erogazione di prestazioni di assistenza domiciliare integrata (ADI) che, nelle more dell'adozione del nuovo modello organizzativo e tenuto conto del raggiungimento del *target* di copertura dei pazienti *over 65* fissato dal PNRR, viene stabilito in misura pari a quanto assegnato nell'anno 2025;
 - il livello massimo di finanziamento per la contrattualizzazione delle strutture accreditate che erogano prestazioni rivolte a persone in stato di dipendenza o *addiction*, tenuto conto del percorso avviato con la delibera di giunta regionale n. 607/2025 ed in corso di attuazione;
 - le risorse necessarie per il potenziamento dell'offerta da privato accreditato in linea con la programmazione regionale vigente.
- con riferimento allo schema di Accordo/Contratto *ex art. 8-quinquies* D. Lgs. 502/92 e s.m.i., così come anticipato sinteticamente nella nota prot. n. 1225606 del 12 dicembre 2025:
- l'aggiornamento dello schema di Accordo/Contratto di budget *ex art. 8-quinquies* D. Lgs. 502/92 e s.m.i., approvato con DGR n. 1186/2024 e successivamente modificato e integrato dalla DGR n. 440 del 12/06/2025, anche al fine di ottemperare all'obbligo di adeguamento ai provvedimenti regionali e nazionali intervenuti in materia, prevedendo:
 - l'aggiornamento dell'Allegato C, parte integrante e sostanziale dell'Accordo/Contratto, in considerazione delle modifiche introdotte con il presente provvedimento;
 - l'introduzione, all'art. 8, comma 9, di specifiche disposizioni in materia di governo delle liste di attesa, stabilendo che le Strutture sono tenute a garantire una profondità delle Agende non inferiore a 12 mesi consecutivi e - tenuto conto degli appuntamenti già prenotati - a configurare le stesse sulla base delle indicazioni fornite dalla Regione Lazio e dall'Azienda Sanitaria competente, con riferimento alla suddivisione per classi di priorità, ai volumi, alle tipologie di prestazioni e a specifiche esigenze organizzative – pena la risoluzione del contratto in caso di inadempimento, previo contraddittorio con la Struttura interessata;
 - l'introduzione, quale parte integrante e sostanziale dell'Accordo/Contratto di budget, dell'Allegato D, recante le nuove modalità di erogazione e di remunerazione delle prestazioni per la conduzione della terapia dialitica;
 - l'inserimento di una specifica clausola volta a precisare che i budget assegnati alle strutture private accreditate, nonché le relative regole di remunerazione, potranno essere oggetto di modifiche in corso d'anno in relazione all'attuazione delle disposizioni introdotte dal legislatore con la Legge 30 dicembre 2024, n. 207, nonché in conseguenza dell'applicazione degli Accordi bilaterali tra le Regioni e le Province autonome per il governo della mobilità sanitaria, adottati sulla base del Modello definito dal Ministero della Salute;
 - la previsione che le strutture accreditate per l'erogazione delle prestazioni di riabilitazione post-acuzie (cod. 56) sono tenute ad accettare tutti i pazienti afferenti al medesimo codice (cod. 56), in quanto, sulla base del titolo di autorizzazione e accreditamento rilasciato, devono essere in possesso dei requisiti organizzativi e tecnologici previsti dalla normativa vigente per l'assistenza di tutti i pazienti che necessitano di interventi riabilitativi gestibili nell'ambito del cod. 56, fatto salvo il caso delle strutture per le quali il provvedimento di

accreditamento preveda espressamente l'erogazione di specifici trattamenti riabilitativi. L'attuazione di tale obbligo avverrà in modo graduale e progressivo e sarà attivata a seguito della conclusione delle attività di monitoraggio avviate dalla Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria, finalizzate a individuare le modalità e le tempistiche per il relativo adeguamento con l'emanazione di uno specifico provvedimento recante le relative indicazioni operative. A decorrere dall'emanazione di tale provvedimento, le strutture interessate dovranno adeguarsi alle stesse entro il termine massimo di tre mesi;

- di approvare lo schema di *Addendum* all'Accordo-Contratto di budget *ex art. 8-quinquies* D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i., di cui alla DGR n. 1186/2024 e successivamente modificato e integrato dalla DGR n. 440 del 12/06/2025 e dal presente provvedimento, per l'annualità 2026 (allegato 4), parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- di confermare lo schema di Accordo/Contratto Quadro *ex art. 8-quinquies* D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. per le prestazioni di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) utilizzato per l'anno 2025, non essendo intervenute modifiche alla disciplina giuridica;
- di approvare lo schema di *Addendum* all'Accordo-Contratto di budget *ex art. 8-quinquies* D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. relativamente al Budget "aggiuntivo" dedicato all'abbattimento delle liste d'attesa - prestazioni di specialistica anno 2026 (Allegato 5), parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

VISTI i commi 1, 2 e 5 dell'art. 9 della citata legge regionale n. 4/2003 e s.m.i., recanti disposizioni in materia di *"Voltura dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale - Decadenza dell'autorizzazione all'esercizio"*;

RICHIAMATO, in particolare, il sopracitato comma 5, dell'art. 9 della legge regionale n. 4/2003 e s.m.i., che stabilisce: *"il provvedimento di voltura diventa efficace il primo giorno del mese successivo al decorso del termine di trenta giorni dalla pubblicazione dello stesso o dalla notifica, in caso di voltura della sola autorizzazione"*;

CONSIDERATO, in particolare, che le volture dei titoli di autorizzazione e di accreditamento istituzionale determinano modificazioni soggettive in ambito giuridico-amministrativo delle strutture private accreditate, che incidono nell'ambito della gestione dei rapporti con le strutture private accreditate, in particolare, (i) sul budget assegnato alle strutture accreditate, (ii) sulla sottoscrizione degli accordi contrattuali *ex art. 8-quinquies* del D.lgs. n. 502/1992 e s.m.i., (iii) sull'aggiornamento dei sistemi informativi e (iv) sul calcolo del valore della produzione erogata;

RITENUTO necessario, ai fini dell'ottimizzazione del procedimento amministrativo di voltura, semplificare le relative attività per risolvere le criticità correlate al subentro di un nuovo soggetto nell'erogazione delle prestazioni sanitarie con onere a carico del SSR;

STABILITO, pertanto, ai fini della corretta gestione dei rapporti tra le parti, precisare nell'ambito del procedimento amministrativo di voltura dell'autorizzazione e dell'accreditamento istituzionale disciplinato dall'art. 9 della legge regionale n. 4/2003 e s.m.i., quanto segue:

- i budget attribuiti alle strutture accreditate oggetto di voltura verranno assegnati in dodicesimi e, in particolare, al soggetto subentrante verrà assegnato il budget a partire dalla data di efficacia del provvedimento di voltura;
- il soggetto subentrante, a seguito del provvedimento di voltura dell'accreditamento, dovrà procedere alla sottoscrizione degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies del D.lgs. n. 502/1992 e s.m.i.;
- gli Uffici competenti, nell'ambito del procedimento di voltura dell'accreditamento, dovranno provvedere, entro il termine previsto per l'efficacia del provvedimento di voltura,

all'aggiornamento di tutti i flussi informativi a seguito dell'assegnazione dei nuovi "codici struttura" al soggetto subentrante e delle anagrafiche sul Sistema Pagamenti;

- la fatturazione degli episodi di ricovero "cavaliere", ossia degli episodi con accettazione antecedente e dimissione successiva alla data di efficacia del provvedimento di voltura, deve essere effettuata esclusivamente dal soggetto subentrante; pertanto, le Aziende Sanitarie Locali provvedono all'emissione dell'ordine elettronico nei confronti di quest'ultimo, ai sensi della normativa vigente in materia di fatturazione elettronica e degli obblighi previsti per gli acquisti di beni e servizi da parte delle Pubbliche Amministrazioni;
- ai soggetti interessati dalla voltura, il valore della produzione riconoscibile (al netto degli abbattimenti e dei controlli previsti dalla normativa regionale di riferimento *ratione temporis* vigente) è determinato entro il budget assegnato, e calcolato in dodicesimi a partire dalla data di efficacia del provvedimento di voltura dell'accreditamento, come sopra stabilita;
- l'eventuale valore della produzione riconoscibile (al netto degli abbattimenti e dei controlli previsti dalla normativa regionale di riferimento *ratione temporis* vigente) in eccesso rispetto al budget assegnato in dodicesimi al cedente o al subentrante, verrà recuperato entro i limiti di disponibilità del budget non utilizzato, rispettivamente, da parte del subentrante o del cedente, con conseguente sottoscrizione di specifico Addendum all'Accordo/Contratto *ex art. 8-quinquies* del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i.;

RIBADITO che, al fine di ottemperare alla normativa vigente in tema di tracciabilità dei flussi finanziari e tenuto conto della Determinazione ANAC n. 4 del 7 luglio 2011, recante "Linee guida sulla tracciabilità dei flussi finanziari ai sensi dell'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136", aggiornata con delibere ANAC n. 584 e n. 585 del 19 dicembre 2023, le Aziende Sanitarie Locali sono tenute all'acquisizione del CIG in sede di contrattualizzazione;

DATO ATTO che la Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria provvederà al monitoraggio delle prestazioni sanitarie erogate con onere a carico del SSR, al fine di valutare i risultati ottenuti, effettuando, laddove ritenuto opportuno, modifiche in corso d'anno nonché valutando eventuali azioni correttive a fronte di specifiche segnalazioni comunicate dalle Aziende Sanitarie Locali competenti, ferme restando le risorse disponibili;

STABILITO che le risorse destinate ad uno specifico profilo assistenziale (Ospedaliera, Specialistica Ambulatoriale, Territoriale) non possono essere utilizzate per la copertura degli oneri derivanti dall'erogazione di prestazioni di un altro profilo con onere a carico del SSR e che il finanziamento non può essere spostato da un profilo assistenziale diverso da quello per cui è stato assegnato;

DATO ATTO che la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, al fine di adeguare l'offerta presente sul territorio al reale fabbisogno di salute della popolazione, potrà valutare la possibilità di spostare il finanziamento assegnato ai diversi regimi/*settings* assistenziali, purché entro i limiti dello stesso profilo assistenziale (Ospedaliera, Specialistica Ambulatoriale, Territoriale);

DATO ATTO che la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, nel rispetto dei vincoli di bilancio e delle risorse disponibili, potrà valutare l'eventuale integrazione dei livelli massimi di finanziamento stabiliti con il presente atto, tenendo conto, tra l'altro, dell'adozione di ulteriori provvedimenti di rilascio o di variazione dell'accreditamento istituzionale delle strutture che insistono sul territorio della Regione Lazio;

DATO ATTO che la programmazione finanziaria per l'acquisto da privato delle prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera e specialistica, rispetta le previsioni di cui all'art. 15, comma 14, del D.L. n. 95/2012 e s.m.i.;

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 citati in premessa che si richiamano integralmente:

1. di stabilire che, la *“riduzione del 10% dell’eventuale budget da assegnare nell’anno successivo”*, previsto nelle clausole contrattuali sopra richiamate, è determinata decurtando dal budget da assegnare per l’annualità 2026 la quota del 10% del budget 2025 assegnato per la specifica attività assistenziale per cui le strutture private accreditate non hanno emesso le note di credito richieste dalle Aziende Sanitarie Locali;
2. di determinare i livelli massimi di finanziamento per l’esercizio 2026 sulla base delle tariffe vigenti, nel rispetto dei vincoli programmatori e degli equilibri economico-finanziari del Servizio Sanitario Regionale e che la relativa quantificazione è effettuata utilizzando i valori tariffari attualmente in uso;
3. di stabilire che, eventuali aggiornamenti tariffari di fonte nazionale produrranno effetti esclusivamente a seguito del formale recepimento regionale, che ne definirà condizioni, tempi e modalità applicative;
4. di stabilire che, fino all’adozione del suddetto recepimento, i budget assegnati alle strutture private accreditate resteranno invariati e continueranno ad applicarsi le vigenti regole di remunerazione delle prestazioni;
5. di stabilire per l’esercizio 2026, ai fini del perseguitamento degli obiettivi pubblici di salute, tra i quali, *(i)* la garanzia dei LEA, *(ii)* il contenimento del fenomeno del *boarding* nei Pronto Soccorso, *(iii)* la riduzione delle liste d’attesa per le prestazioni critiche, *(iv)* il rispetto dei tempi di attesa per l’esecuzione degli interventi chirurgici di cui al Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA), nonché *(v)* l’attuazione progressiva delle Reti di cui alle DGR n. 869/2023 e n. 976/2023 e *(vi)* il soddisfacimento del fabbisogno di assistenza specialistica di cui alla DGR in corso di adozione,
 - con riferimento all'**assistenza ospedaliera**, così come anticipato sinteticamente nella nota prot. n. 1225606 del 12 dicembre 2025:
 - o la conferma della metodologia per la determinazione del finanziamento a copertura dei maggiori costi connessi allo svolgimento delle funzioni assistenziali previste dall’art. 8-sexies del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., come definita dalla DGR n. 1083/2024 e successive modifiche, effettuando una parziale revisione della metodologia relativa alla determinazione della *“Quota di finanziamento a copertura dei costi di attesa delle reti di emergenza-urgenza”* da assegnare alle strutture private accreditate sede di DEA di II livello, in considerazione della maggiore complessità clinica dei casi trattati e del conseguente assorbimento di fattori produttivi aggiuntivi;
 - o che alle strutture pubbliche e private accreditate sede di DEA II sarà, pertanto, assegnato il finanziamento corrispondente all’ultimo scaglione di cui alla Tabella 3 dell’Allegato 1 alla DGR n. 1083/2024, pari a € 12.421.257, prevedendo un incremento della predetta quota pari al 50%, al fine di garantire una più adeguata copertura dei maggiori oneri connessi alla gestione della complessità assistenziale;
 - o che i livelli massimi di finanziamento stanziati per l’acquisto delle prestazioni di assistenza ospedaliera nell’esercizio 2026, ammontano ad euro 1.401.325.758,00, 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 IRCCS privati di cui all'art. 15, comma 14, del D.L. n. 95/2012 e s.m.i., stanziato da ultimo con la DGR n. 977/2023 e s.m.i.; *(ii)* le risorse necessarie per rispondere a specifiche esigenze di salute pubblica ed, in particolare, *(a)* l'acquisto di ulteriori posti letto accreditati di ricovero per acuti in regime ordinario di Area medica a supporto dei Pronto Soccorso, *(b)* l'acquisto di tutti i posti letto accreditati di riabilitazione post-acuzie, in regime ordinario e in day hospital, e di lungodegenza medica a supporto della Rete ospedaliera; *(iii)* il finanziamento da assegnare in attuazione dei percorsi di riorganizzazione o rimodulazione delle strutture private accreditate in coerenza con la Rete Ospedaliera 2024-2026;

- che il finanziamento per le prestazioni di neonato sano per l'anno 2026 è stimato in una quota pari ad euro 8.177.165,00, così come determinato nell'esercizio 2024 in attuazione dei criteri di remunerazione vigenti e che tale finanziamento è da ritenersi presuntivo in quanto potrà subire delle variazioni a seguito del consolidamento dei dati effettivi di produzione e della relativa valorizzazione in applicazione delle regole di remunerazione ad oggi vigenti;
- che il finanziamento a copertura dei maggiori costi per lo svolgimento delle funzioni assistenziali previste dall'art. 8-sexies del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. per l'anno 2026 è stimato in una quota pari ad euro 182.919.381,00, così come determinato in attuazione della DGR n. 1083/2024, parzialmente modificata con il presente provvedimento, e che tale finanziamento è da ritenersi presuntivo in quanto soggetto alla valutazione dei volumi registrati e delle rendicontazioni annuali delle attività e dei costi sostenuti;
- che il finanziamento a 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., per l'anno 2026 è stimato in una quota pari ad euro 35.413.158,00 e che potrà subire delle variazioni a seguito dell'applicazione delle metodologie di cui all'Accordo-Contratto di budget approvato con il presente provvedimento;
- la conferma della metodologia di assegnazione dei budget di ricovero per acuti, definita con la DGR n. 977/2023 e ulteriormente dettagliata nelle note prot. n. 1418379/2023 e n. 1462712/2023 – metodologia già applicata per la determinazione dei budget 2024 e 2025 – nonché della correlata metodologia di suddivisione del budget per disciplina, di cui alla *“Nota metodologica per la definizione del Budget acuti 2024”* approvata con la Determinazione n. G17757/2023, prevedendo, ove necessario, così come meglio specificato nella nota prot. n. 1225606 del 12 dicembre 2025, una rimodulazione della suddetta suddivisione, senza modificare i budget complessivi di Area Medica, Chirurgica, Critica e Medica DH, tenendo conto della configurazione dei posti letto accreditati per disciplina nonché del costo medio per posto letto, calcolato per ogni disciplina e per ciascuna struttura privata accreditata, sulla base dei dati di produzione linda registrati nel periodo gennaio-settembre 2025, al fine di garantire che i budget articolati per disciplina siano coerenti con la capacità produttiva massima accreditata;
- la conferma, per l'esercizio 2026, dei budget assegnati nel 2025 per l'acquisto di prestazioni di ricovero per acuti in applicazione della metodologia approvata con la DGR n. 977/2023 e ulteriormente dettagliata nelle note prot. n. 1418379/2023 e n. 1462712/2023, prevedendo eventuali riproporzionamenti, su base annuale, dei finanziamenti assegnati alle strutture in corso d'anno;
- che il budget aggiuntivo da assegnare alle strutture private accreditate per l'acquisto degli ulteriori posti letto di ricovero per acuti, in regime ordinario, di Area medica a supporto dei Pronto Soccorso – nelle discipline di Geriatria, Pneumologia, Gastroenterologia, Neurologia, Medicina Generale attive presso le strutture private

accreditate non dotate di Pronto Soccorso e nelle discipline di Medicina Generale, Medicina d'urgenza, Geriatria, Pneumologia attive presso le strutture private accreditate dotate di Pronto Soccorso – dovrà essere determinato in applicazione della metodologia del “*costo medio a posto letto per disciplina e classe di erogatore*” di cui alla DGR n. 977/2023, individuando le strutture che presentano, rispetto al budget di Area medica ad esse assegnato nel 2025, una percentuale di acquisto di posti letto riferiti alle discipline in argomento inferiore alla soglia del 82,87% e acquistando i posti letto accreditati disponibili fino a tale soglia con l’obiettivo di riequilibrare l’offerta contrattualizzata;

- che il budget da assegnare alle strutture private accreditate per l’acquisto dei posti letto di riabilitazione post-acuzie, cod. 56, in regime ordinario e day hospital, dovrà essere determinato considerando la capacità produttiva massima accreditata, per un tasso di occupazione del 98%, valorizzata al “*costo MDC medio per struttura*” determinato utilizzando i dati di produzione registrati sul sistema informativo regionale dedicato nel periodo 1° gennaio 2025 – 30 settembre 2025;
- che il budget da assegnare alle strutture private accreditate per l’acquisto dei posti letto di neuroriabilitazione cod. 75, in regime ordinario, dovrà essere determinato considerando la capacità produttiva massima accreditata, per un tasso di occupazione del 98%, valorizzata alla tariffa massima di euro 470,00 prevista nell’allegato 2 al D.M. del 18 ottobre 2012 per la remunerazione dei ricoveri di soggetti affetti da grave cerebrolesione acquisita così come meglio individuati nel DCA n. 444/2014;
- che il budget da assegnare alle strutture private accreditate per l’acquisto dei posti letto di neuroriabilitazione cod. 75, in regime diurno, dovrà essere determinato considerando la capacità produttiva massima accreditata, per un tasso di occupazione del 98%, valorizzata alla tariffa massima prevista nell’allegato 2 al D.M. del 18 ottobre 2012 per la remunerazione degli accessi in regime diurno riconducibili al MDC1;
- che il budget da assegnare alle strutture private accreditate per l’acquisto dei posti letto di riabilitazione presso le unità spinali cod. 28, in regime ordinario, dovrà essere determinato considerando la capacità produttiva massima accreditata, per un tasso di occupazione del 98%, valorizzata alla tariffa massima di euro 470,00 prevista nell’allegato 2 al D.M. del 18 ottobre 2012 per la remunerazione dei ricoveri di pazienti mieloesi con una gravità di lesione A, B, C così come meglio individuati nel DCA n. 444/2014;
- che il budget da assegnare alle strutture private accreditate per l’acquisto dei posti letto di lungodegenza medica, cod. 60, dovrà essere determinato considerando la capacità produttiva massima accreditata, per un tasso di occupazione del 98%, valorizzata alla tariffa giornaliera attualmente vigente;
- la conferma dei criteri generali di remunerazione delle prestazioni di ricovero per acuti, di riabilitazione post-acuzie e di lungodegenza medica di cui alla DGR n. 1186/2024 e s.m.i., prevedendo, tuttavia:
 - che le SDO relative alle prestazioni di ricovero per acuti, erogate dalle strutture private accreditate (Policlinici Universitari, IRCCS, Ospedali Classificati e altre strutture private) e registrate sul sistema informativo SIOXL con onere della degenza 5 (intramoenia), siano scartate dal sistema informatico SIOXL in fase di accettazione, in coerenza con la normativa nazionale di riferimento;
 - una revisione degli abbattimenti tariffari sui “*ricoveri per frattura del femore in pazienti +65 anni*”, sui “*ricoveri con parto cesareo primario*” e sui “*ricoveri per*

intervento chirurgico per colecistectomia laparoscopica”, adeguandoli alla normativa nazionale vigente in materia di indicatori Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), al fine di incentivare il raggiungimento di elevati standard di qualità delle cure erogate agli utenti del Servizio Sanitario Regionale;

- il recepimento del contenuto delle note prot. n. 0805363/2025, 1209796/2025, 1204123/2025, con le quali sono stati forniti specifici chiarimenti, dall'Area competente della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria, in merito alle regole di utilizzo dei budget di Area chirurgica da parte delle strutture private accreditate non dotate di pronto soccorso, nonché alle regole generali per la concessione dell'osmosi dei budget dall'Area medica all'Area chirurgica e viceversa;
- un aggiornamento della Tabella H *“Volume minimo di accettazioni da pronto soccorso”* di cui all'Allegato 1 della DGR n. 1186/2024 e s.m.i., in considerazione del graduale potenziamento dei budget di Area medica destinati alla gestione dei pazienti in attesa nei Pronto Soccorso;
- una revisione dell'attuale abbattimento tariffario correlato alla provenienza del paziente (pari al 5% del valore del ricovero) applicato agli episodi di ricovero in riabilitazione post-acuzie – cod. 56, prevedendo tra le cause di esclusione dall'applicazione dell'abbattimento anche i ricoveri conseguenti a trasferimento diretto dal reparto cod. 28 al reparto cod. 56, finalizzati al completamento del programma riabilitativo;
- l'introduzione di uno specifico monitoraggio sui trasferimenti effettuati dai reparti di ricovero per acuti verso i reparti di riabilitazione post-acuzie e di lungodegenza medica, attraverso l'utilizzo delle informazioni registrate sui sistemi informativi regionali dedicati, al fine di monitorare il livello di accettazione dei pazienti in tali reparti derivante dalle richieste di trasferimento veicolate tramite il sistema informatico denominato *“Transitional Care”* e, sulla base degli esiti di tali monitoraggi, nel corso dell'esercizio 2026 ovvero a partire dall'esercizio 2027, potranno essere introdotti specifici abbattimenti delle tariffe riconosciute agli episodi di ricovero post-acuzie e di lungodegenza medica qualora si dovesse riscontrare un rilevante livello di accettazioni nei sopra citati reparti non veicolate tramite il già menzionato sistema informatico *“Transitional Care”*;
- di approvare, alla luce della revisione di cui al punto che precede, il documento tecnico (Allegato 1), denominato *“Criteri di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera (Acuti, Riabilitazione post-acuzie, Lungodegenza medica) – Esercizio 2026”*, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- di chiarire che le prestazioni di dialisi erogate a pazienti ricoverati nei reparti di post-acuzie presso le strutture private accreditate possono essere effettuate dalle medesime strutture, qualora accreditate per l'esecuzione dei trattamenti dialitici, e rendicontate mediante le ordinarie procedure previste dalla normativa regionale, attraverso l'utilizzo del sistema SIASXL;
- con riferimento all'**assistenza specialistica**, così come anticipato sinteticamente nella nota prot. n. 1225606 del 12 dicembre 2025:
 - che i livelli massimi di finanziamento stanziati per l'acquisto delle prestazioni di assistenza specialistica nell'esercizio 2026, ammontano ad euro 375.699.533,00 e che

tal finanziamento conferma i budget complessivi per struttura assegnati nel 2025 e comprende:

- il finanziamento per l'acquisto delle Prestazioni cd. "Critiche" (di cui all'elenco allegato al presente provvedimento - Allegato 2, quale parte integrante e sostanziale);
- il finanziamento per l'acquisto delle prestazioni di Altra Specialistica non incluse nell'elenco delle soprarichiamate prestazioni critiche;
- le prestazioni di RMN, contenute all'interno del finanziamento per le Prestazioni Critiche e le prestazioni di Altra Specialistica in quanto per le stesse non è più previsto un budget specifico, né le fasce di accreditamento con il relativo tetto massimo delle prestazioni;
- il finanziamento per l'acquisto delle prestazioni di Laboratorio Analisi;
- il finanziamento per l'acquisto delle prestazioni in APA;
- la conferma della metodologia di assegnazione dei budget di assistenza specialistica di cui alla DGR n. 1186/2024 e s.m.i., già applicata per la definizione dei budget relativi all'anno 2025, con previsione di riproporzionamenti annuali dei finanziamenti assegnati alle strutture nel corso del 2025 e nuovi accreditamenti;
- un finanziamento aggiuntivo finalizzato ad assicurare un equilibrio tra il profilo assistenziale Ospedaliero e il profilo assistenziale Specialistica Ambulatoriale nella misura di almeno il 10%, da assegnare esclusivamente alle strutture con posti letto di ricovero che abbiano una proporzione tra i due profili assistenziali al di sotto di tale percentuale (10%), così da coprire la domanda assistenziale sia dei pazienti presi in carico che dei pazienti che accedono direttamente dall'esterno agli ambulatori della struttura stessa. Tale incremento sarà assegnato in misura proporzionale tra tutti gli ambiti di specialistica, tenendo conto delle specificità delle strutture coinvolte
- un finanziamento aggiuntivo finalizzato all'acquisto di prestazioni incluse nel percorso di *follow up* al fine di garantire ai pazienti presi in carico dai Policlinici Universitari Privati e dagli IRCCS Privati di accedere direttamente alle cure previste, che verrà assegnato alle strutture private accreditate nella misura pari al 7% del budget ordinario;
- un finanziamento aggiuntivo finalizzato all'acquisto di specifiche prestazioni ritenute maggiormente critiche in relazione ai tempi di attesa, volumi e i giorni medi di ritardo rispetto alle scadenze previste per le singole classi di priorità, che saranno oggetto di un distinto Addendum Contrattuale, al fine di soddisfare specifici fabbisogni aziendali nonché prevenire la formazione di nuove liste di attesa;
- che il finanziamento destinato alla copertura delle prestazioni di dialisi e radioterapia per l'esercizio 2026 è stimato in un importo pari a euro 205.580.335,00 determinato sulla base dei volumi di produzione erogati nell'anno 2024 e tenuto conto del trend di crescita incrementale della spesa registrato negli ultimi esercizi;
- che il finanziamento per le prestazioni di diagnostica, di laboratorio e delle visite mediche, erogate sugli accessi non seguiti da ricovero e per le prestazioni erogate in OBI per l'anno 2026 è stimato in una quota pari ad euro 37.053.959,00, determinato in considerazione della produzione erogata nel 2024, e che tale quota di finanziamento potrà subire delle variazioni a seguito del consolidamento dei dati effettivi di produzione e della relativa valorizzazione in applicazione delle regole di remunerazione ad oggi

vigenti;

- la conferma dei criteri generali di remunerazione delle prestazioni di cui alla DGR n. 1186/2024 e s.m.i., prevedendo l'aggiornamento delle modalità di erogazione e remunerazione delle prestazioni per la conduzione della terapia dialitica, così come riportato nel Documento Tecnico denominato *“Nuove modalità di erogazione e remunerazione delle prestazioni previste per la conduzione della terapia dialitica”*, per le prestazioni per la conduzione della terapia dialitica, che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento (Allegato 3) e dell'Accordo/Contratto di budget ex art. 8 quinque D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., stabilendo in particolare:
 - la rimodulazione dei pacchetti dialisi (V56A-B), con la creazione di un unico pacchetto erogabile sia da strutture pubbliche sia dai privati accreditati;
 - la valorizzazione economica di tutte le prestazioni necessarie per la conduzione della terapia dialitica;
 - l'introduzione di una frequenza massima per le analisi di laboratorio e le visite mediche;
 - l'introduzione di uno specifico abbattimento - in sede di conguaglio - del valore delle prestazioni in caso di superamento delle frequenze massime previste per le analisi di laboratorio e le visite mediche;
 - l'introduzione di uno specifico monitoraggio dei dati relativi all'utilizzo delle metodiche dialitiche ad alta efficienza e biocompatibili da parte delle strutture private accreditate;
- che viene confermata la previsione dell'osmosi tra l'ambito Prestazioni Critiche e Altra Specialistica, di cui alla DGR n. 977/2023 e DGR n. 1186/2024, qualora il budget assegnato per le prestazioni di Altra Specialistica non sia stato completamente eroso e le Prestazioni Critiche abbiano saturato completamente il budget dedicato a tali prestazioni; in tal caso potrà essere utilizzata la parte disponibile del budget di Altra Specialistica per la remunerazione delle prestazioni critiche;
- che vengono confermate le disposizioni introdotte con la DGR n. 1186/2024 in materia di osmosi dei livelli massimi di finanziamento tra assistenza ospedaliera e assistenza specialistica e nello specifico che le strutture private accreditate non potranno presentare istanza alla propria ASL di appartenenza per un eventuale trasferimento, fino ad un massimo del 20% dell'attuale budget assegnato per acuti, incrementando per un equivalente valore esclusivamente il budget dedicato alle c.d. prestazioni critiche, PET, PET/TC e/o agli APA compatibilmente con il titolo autorizzativo e di accreditamento rilasciato alla struttura stessa;
- che viene confermato che l'assegnazione del budget per le prestazioni di “laboratorio analisi”, nonché la sottoscrizione del relativo contratto con le Aziende Sanitarie territorialmente competenti ai sensi dell'art. 8-quater del D. Lgs. 502/1992, può avvenire esclusivamente a favore dei laboratori accreditati o delle aggregazioni che abbiano raggiunto una soglia minima di produzione pari ad almeno 200.000 esami/anno; a tal fine, ai fini della corretta contrattualizzazione, entro e non oltre il 31 gennaio 2026 i legali rappresentanti dei laboratori autonomi e delle aggregazioni di laboratorio sono tenuti a trasmettere alla Regione Lazio e alle Aziende sanitarie territorialmente competenti l'autocertificazione attestante il possesso della predetta soglia minima sulla base della produzione dell'anno precedente, nonché eventuali modifiche intervenute

nella configurazione delle compagini aggregative attualmente operanti (recessi e/o nuove adesioni); in caso di mancato rispetto anche di una sola delle scadenze sopra indicate, l’Azienda sanitaria procederà all’assegnazione del budget applicando una riduzione pari al 5% dello stesso;

- con riferimento all’**assistenza territoriale**, così come anticipato sinteticamente nella nota prot. n. 1225606 del 12 dicembre 2025:
 - o che i livelli massimi di finanziamento stanziati per l’acquisto delle prestazioni di assistenza territoriale nell’esercizio 2026, ammontano ad euro 952.800.000,00, e che tale finanziamento comprende:
 - il livello massimo di finanziamento per le prestazioni per persone non autosufficienti, anche anziane, per le prestazioni di cure palliative residenziali e domiciliari e per le prestazioni rivolte a persone con disturbo della salute mentale, calcolato sulla capacità produttiva delle strutture accreditate nell’anno 2025;
 - il livello massimo di finanziamento per le prestazioni di riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale, distribuito tra le Aziende Sanitarie Locali al fine di potenziare e riequilibrare l’offerta di prestazioni sul territorio, incrementato in misura pari al 3% rispetto al finanziamento complessivamente assegnato nell’anno 2025;
 - il livello massimo di finanziamento per l’erogazione di prestazioni di assistenza domiciliare integrata (ADI) che, nelle more dell’adozione del nuovo modello organizzativo e tenuto conto del raggiungimento del *target* di copertura dei pazienti *over 65* fissato dal PNRR, viene stabilito in misura pari a quanto assegnato nell’anno 2025;
 - il livello massimo di finanziamento per la contrattualizzazione delle strutture accreditate che erogano prestazioni rivolte a persone in stato di dipendenza o *addiction*, tenuto conto del percorso avviato con la delibera di giunta regionale n. 607/2025 ed in corso di attuazione;
 - le risorse necessarie per il potenziamento dell’offerta da privato accreditato in linea con la programmazione regionale vigente.
- con riferimento allo schema di Accordo/Contratto *ex art. 8-quinquies* D. Lgs. 502/92 e s.m.i., così come anticipato sinteticamente nella nota prot. n. 1225606 del 12 dicembre 2025:
 - o l’aggiornamento dello schema di Accordo/Contratto di budget *ex art. 8-quinquies* D. Lgs. 502/92 e s.m.i., approvato con DGR n. 1186/2024 e successivamente modificato e integrato dalla DGR n. 440 del 12/06/2025, anche al fine di ottemperare all’obbligo di adeguamento ai provvedimenti regionali e nazionali intervenuti in materia, prevedendo:
 - l’aggiornamento dell’Allegato C, parte integrante e sostanziale dell’Accordo/Contratto, in considerazione delle modifiche introdotte con il presente provvedimento;
 - l’introduzione, all’art. 8, comma 9, di specifiche disposizioni in materia di governo delle liste di attesa, stabilendo che le Strutture sono tenute a garantire una profondità delle Agende non inferiore a 12 mesi consecutivi e - tenuto conto degli

appuntamenti già prenotati - a configurare le stesse sulla base delle indicazioni fornite dalla Regione Lazio e dall’Azienda Sanitaria competente, con riferimento alla suddivisione per classi di priorità, ai volumi, alle tipologie di prestazioni e a specifiche esigenze organizzative, pena la risoluzione del contratto in caso di inadempimento, previo contraddittorio con la Struttura interessata;

- l’introduzione, quale parte integrante e sostanziale dell’Accordo/Contratto di budget, dell’Allegato D, recante le nuove modalità di erogazione e di remunerazione delle prestazioni per la conduzione della terapia dialitica;
 - l’inserimento di una specifica clausola volta a precisare che i budget assegnati alle strutture private accreditate, nonché le relative regole di remunerazione, potranno essere oggetto di modifiche in corso d’anno in relazione all’attuazione delle disposizioni introdotte dal legislatore con la Legge 30 dicembre 2024, n. 207, nonché in conseguenza dell’applicazione degli Accordi bilaterali tra le Regioni e le Province autonome per il governo della mobilità sanitaria, adottati sulla base del Modello definito dal Ministero della Salute;
 - la previsione che le strutture accreditate per l’erogazione delle prestazioni di riabilitazione post-acuzie (cod. 56) sono tenute ad accettare tutti i pazienti afferenti al medesimo codice (cod. 56), in quanto, sulla base del titolo di autorizzazione e accreditamento rilasciato, devono essere in possesso dei requisiti organizzativi e tecnologici previsti dalla normativa vigente per l’assistenza di tutti i pazienti che necessitano di interventi riabilitativi gestibili nell’ambito del cod. 56, fatto salvo il caso delle strutture per le quali il provvedimento di accreditamento preveda espressamente l’erogazione di specifici trattamenti riabilitativi. L’attuazione di tale obbligo avverrà in modo graduale e progressivo e sarà attivata a seguito della conclusione delle attività di monitoraggio avviate dalla Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria, finalizzate a individuare le modalità e le tempistiche per il relativo adeguamento con l’emanazione di uno specifico provvedimento recante le relative indicazioni operative. A decorrere dall’emanazione di tale provvedimento, le strutture interessate dovranno adeguarsi alle stesse entro il termine massimo di tre mesi;
- **con riferimento allo schema di Accordo/Contratto ex art. 8-quinquies D. Lgs. 502/92 e s.m.i.**, così come comunicato con la nota prot. n. 1539388 del 13 dicembre 2024:
- di approvare lo schema di *Addendum* all’Accordo-Contratto di budget ex art. 8-quinquies D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i., di cui alla DGR n. 1186/2024 e successivamente modificato e integrato dalla DGR n. 440 del 12/06/2025 e dal presente provvedimento, per l’annualità 2026 (Allegato 4), parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
 - di confermare lo schema di Accordo/Contratto Quadro ex art. 8-quinquies D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. per le prestazioni di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) utilizzato per l’anno 2025, non essendo intervenute modifiche alla disciplina giuridica;
- di approvare lo schema di *Addendum* all’Accordo-Contratto di budget ex art. 8-quinquies D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. relativamente al Budget “aggiuntivo” dedicato all’abbattimento delle liste d’attesa - prestazioni di specialistica, anno 2026 (Allegato 5), parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
6. di semplificare le relative attività per risolvere le criticità correlate al subentro di un nuovo soggetto nell’erogazione delle prestazioni sanitarie con onere a carico del SSR ai fini

- dell'ottimizzazione del procedimento amministrativo di voltura;
7. di precisare, ai fini della corretta gestione dei rapporti tra le parti, nell'ambito del procedimento amministrativo di voltura dell'autorizzazione e dell'accreditamento istituzionale disciplinato dall'art. 9 della legge regionale n. 4/2003 e s.m.i., quanto segue:
 - i budget attribuiti alle strutture accreditate oggetto di voltura verranno assegnati in dodicesimi e, in particolare, al soggetto subentrante verrà assegnato il budget a partire dalla data di efficacia del provvedimento di voltura;
 - il soggetto subentrante, a seguito del provvedimento di voltura dell'accreditamento, dovrà procedere alla sottoscrizione degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-*quinquies* del D.lgs. n. 502/1992 e s.m.i.;
 - gli Uffici competenti, nell'ambito del procedimento di voltura dell'accreditamento, dovranno provvedere, entro il termine previsto per l'efficacia del provvedimento di voltura, all'aggiornamento di tutti i flussi informativi a seguito dell'assegnazione dei nuovi "codici struttura" al soggetto subentrante e delle anagrafiche sul Sistema Pagamenti;
 - la fatturazione degli episodi di ricovero "cavalieri", ossia degli episodi con accettazione antecedente e dimissione successiva alla data di efficacia del provvedimento di voltura, deve essere effettuata esclusivamente dal soggetto subentrante; pertanto, le Aziende Sanitarie Locali provvedono all'emissione dell'ordine elettronico nei confronti di quest'ultimo, ai sensi della normativa vigente in materia di fatturazione elettronica e degli obblighi previsti per gli acquisti di beni e servizi da parte delle Pubbliche Amministrazioni;
 - ai soggetti interessati dalla voltura, il valore della produzione riconoscibile (al netto degli abbattimenti e dei controlli previsti dalla normativa regionale di riferimento *ratione temporis* vigente) è determinato entro il budget assegnato, e calcolato in dodicesimi a partire dalla data di efficacia del provvedimento di voltura dell'accreditamento, come sopra stabilita;
 - l'eventuale valore della produzione riconoscibile (al netto degli abbattimenti e dei controlli previsti dalla normativa regionale di riferimento *ratione temporis* vigente) in eccesso rispetto al budget assegnato in dodicesimi al cedente o al subentrante, verrà recuperato entro i limiti di disponibilità del budget non utilizzato, rispettivamente, da parte del subentrante o del cedente, con conseguente sottoscrizione di specifico Addendum all'Accordo/Contratto *ex art. 8-*quinquies** del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i.;
 8. di stabilire che le risorse destinate ad uno specifico profilo assistenziale (Ospedaliera, Specialistica Ambulatoriale, Territoriale) non possono essere utilizzate per la copertura degli oneri derivanti dall'erogazione di prestazioni di un altro profilo con onere a carico del SSR e che il finanziamento non può essere spostato da un profilo assistenziale diverso da quello per cui è stato assegnato;

La Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria provvederà al monitoraggio delle prestazioni sanitarie erogate con onere a carico del SSR, al fine di valutare i risultati ottenuti, effettuando, laddove ritenuto opportuno, modifiche in corso d'anno nonché valutando eventuali azioni correttive a fronte di specifiche segnalazioni comunicate dalle Aziende Sanitarie Locali competenti, ferme restando le risorse disponibili;

La Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, al fine di adeguare l'offerta presente sul territorio al reale fabbisogno di salute della popolazione, potrà valutare la possibilità di spostare il finanziamento assegnato ai diversi regimi/settings assistenziali, purché entro i limiti dello stesso profilo assistenziale (Ospedaliera, Specialistica Ambulatoriale, Territoriale);

La Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, nel rispetto dei vincoli di bilancio e delle risorse disponibili, potrà valutare l'eventuale integrazione dei livelli massimi di finanziamento stabiliti con il presente atto, tenendo conto, tra l'altro, dell'adozione di ulteriori provvedimenti di rilascio o di variazione dell'accreditamento istituzionale delle strutture che insistono sul territorio della Regione Lazio.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nel termine di giorni 60 (sessanta) ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi) decorrenti dalla data di pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

Allegato 1 – Criteri di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera (Acuti, Riabilitazione post-acuzie, Lungodegenza medica) – Esercizio 2026



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

1. Premessa

Nel presente documento sono individuati i criteri di remunerazione che verranno applicati, nell'esercizio 2026, 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, H 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 e s.m.i.

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

Le SDO relative alle prestazioni di ricovero per acuti erogate dalle strutture private accreditate (Policlinici Universitari, IRCCS, Ospedali Classificati e altre strutture private) e registrate sul sistema informativo SIOXL con onere della degenza 5 (Libera Attività Professionale Intramoenia) verranno scartate dal sistema informatico SIOXL in fase di accettazione, in coerenza con la normativa nazionale di riferimento.

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 presenta una delle seguenti discipline di dimissione: 01-Allergologia, 05-Angiologia, 08-Cardiologia, 15-Medicina sportiva, 18-Ematologia, 19-Malattie endocrine del ricambio e nutrizione, 20-Immunologia, 21-Geriatria, 24-Malattie Infettive e Tropicali, 26-Medicina Generale, 27-Medicina legale, 29-Nefrologia, 31-Nido, 32-Neurologia, 33-Neuropsichiatria infantile, 39-Pediatria, 40-Psichiatria, 42-Tossicologia, 51-Medicina d'urgenza, 52-Dermatologia, 54-Emodialisi, 57-Fisiopatologia della riproduzione umana, 58-Gastroenterologia, 61-Medicina nucleare, 62-Neonatologia, 64-Oncologia, 65-Oncoematologia pediatrica, 66-Oncoematologia, 68-Pneumologia, 69-Radiologia, 70-Radioterapia, 71-Reumatologia, 74-Radioterapia oncologica, 77-Nefrologia pediatrica, 94-Terapia Semi Intensiva, 96-Terapia del dolore, 97-Detenuti, 99-Cure palliative;
- il budget di **Area Chirurgica** verrà eroso dagli episodi di ricovero ordinario e in day hospital la cui SDO registrata sul sistema SIOXL presenta una delle seguenti discipline di dimissione: 06-Cardiochirurgia pediatrica, 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, 78-Urologia pediatrica, 98-Day Surgery Multispecialistico;
- il budget di **Area Critica** verrà eroso dagli episodi di ricovero ordinario la cui SDO registrata sul sistema SIOXL presenta una delle seguenti discipline di dimissione: 46-Grandi ustioni pediatriche, 47-Grandi ustioni, 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 presenta una delle seguenti discipline di dimissione: 01-Allergologia, 02-Day Hospital Multispecialistico, 05-Angiologia, 08-Cardiologia, 15-Medicina sportiva, 18-Ematologia, 19-Malattie endocrine del ricambio e nutrizione, 20-Immunologia, 21-Geriatria, 24-Malattie Infettive e Tropicali, 26-Medicina Generale, 27-Medicina legale, 29-Nefrologia, 31-Nido, 32-Neurologia, 33-Neuropsichiatria infantile, 39-Pediatria, 40-Psichiatria, 42-Tossicologia, 51-Medicina d'urgenza, 52-Dermatologia, 54-Emodialisi, 57-Fisiopatologia della riproduzione umana, 58-Gastroenterologia, 61-Medicina nucleare, 62-Neonatologia, 64-Oncologia, 65-Oncoematologia pediatrica, 66-Oncoematologia, 68-Pneumologia, 69-Radiologia, 70-Radioterapia, 74-Radioterapia oncologica, 71-Reumatologia, 77-Nefrologia pediatrica, 94-Terapia Semi Intensiva, 96-Terapia del dolore, 97-Detenuti, 99-Cure palliative.

Considerato che l'introduzione dei budget distinti per tipologia di attività è 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 2026, 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



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

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.

2.2. Abbattimenti tariffari

Si riportano nella tabella che segue le rimodulazioni tariffarie e gli abbattimenti che vengono applicati per l'esercizio 2026.

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	<p>Abbattimento tariffario per gli interventi chirurgici per fattura del femore effettuati oltre 48 ore a partire dalla data di ricovero ed in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> – nel caso in cui l'indicatore di <i>“proporzione grezza di interventi chirurgici entro 48 ore a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano (65+)”</i> – determinato in applicazione del protocollo per il calcolo pubblicato nel Programma Regionale di Valutazione di Esito (PReValE) - sia < 80% verrà applicato un abbattimento del 40% della tariffa; – nel caso tale indicatore sia > o = al 80% non è previsto nessun abbattimento. <p>L'abbattimento tariffario viene calcolato sugli interventi chirurgici effettuati oltre 48 ore a partire dalla data di ricovero.</p>	Presente provvedimento	Consuntivo
Abbattimento ricoveri con parto cesareo primario	<p>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 <i>“Proporzione grezza di parti con taglio cesareo primario”</i> – determinato in applicazione del protocollo per il calcolo pubblicato nel Programma Regionale di Valutazione di Esito (PReValE) - 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%. Nello specifico, l'abbattimento, pari al 40% della tariffa, verrà effettuato a tutti gli episodi di ricovero oltre la soglia di riferimento. Al fine di procedere all'applicazione dell'abbattimento, in conformità al protocollo operativo PReValE, verranno determinati, a consuntivo:</p> <ol style="list-style-type: none"> i. il numero massimo teorico di casi erogabili nel rispetto della soglia di riferimento; ii. il volume dei ricoveri erogati in eccedenza rispetto al valore massimo consentito, nell'ambito della medesima soglia, da assoggettare all'abbattimento. <p>Gli episodi di ricovero da sottoporre all'abbattimento saranno individuati tra quelli con onere a carico del SSR, registrati nei sistemi informativi regionali nell'anno di riferimento e selezionati in applicazione del protocollo operativo PReValE, partendo dagli episodi con data di dimissione più recente e procedendo a ritroso fino al raggiungimento del volume di cui al punto ii.</p>	Presente provvedimento	Consuntivo
Abbattimento per i ricoveri per intervento chirurgico per colecistectomia laparoscopica	<p>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 registrato nell'anno di competenza un volume di attività inferiore al valore di riferimento, pari a 100 interventi annuali. Al fine di migliorare la performance degli interventi di colecistectomia laparoscopica, mantenendo una degenza post-operatoria inferiore a tre giorni, è introdotto, altresì, un abbattimento del 10% della tariffa da applicare agli episodi di ricovero per interventi di colecistectomia laparoscopica con una degenza post-operatoria superiore a tre giorni, individuati in applicazione del relativo protocollo PReValE – <i>Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni”</i>. In particolare, l'abbattimento verrà applicato ai soli episodi di ricovero oggetto di valutazione con una degenza post-operatoria superiore ai 3 giorni nel caso in cui l'indicatore <i>“Proporzione grezza di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni”</i> – determinato in applicazione del</p>	DCA n. 255 del 05/07/2017	Consuntivo



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

Tipologia abbattimento/rimodulazione tariffaria	Descrizione abbattimento/rimodulazione tariffaria*	Provvedimento amministrativo di riferimento	Abbattimento da effettuare:
	protocollo per il calcolo pubblicato nel Programma Regionale di Valutazione di Esito (PReValE) - sia < 90%.		
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 miocardio 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, 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 indice 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 statistici-epidemiologici.	DCA n. 38 del 03/02/2015 DCA n. 332 del 13/07/2015	In corso d'anno
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 inappropriatezza	Decurtazioni dei DRG a rischio di inappropriatezza 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 2027 delle strutture private accreditate che hanno fatto registrare nel 2026 un volume di parti inferiore a 500.

Si rappresenta, altresì, che sono in corso le attività di progettazione, definizione e adozione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA) relativi alle patologie oncologiche. Nell'ambito del triennio 2026–2028, i volumi di attività e gli esiti assistenziali correlati ai suddetti PDTA saranno oggetto di specifico monitoraggio, finalizzato alla progressiva concentrazione dell'offerta presso i centri di riferimento individuati. All'esito delle attività di monitoraggio, la Direzione Salute si riserva la facoltà di introdurre meccanismi di regolazione, ivi inclusi specifici abbattimenti tariffari, al fine di orientare e ricondurre l'erogazione delle prestazioni verso i predetti centri di riferimento.



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 esposte 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 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 tutti gli episodi di ricovero nelle discipline di Area Medica accreditate. Per quanto riguarda le discipline di Geriatria, Medicina Generale, Pneumologia, Gastroenterologia, Neurologia, il budget dovrà essere utilizzato per gestire gli episodi di ricovero provenienti dai Pronto Soccorso, pubblici e privati, secondo le seguenti percentuali:

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, lettera a)**, **“Afferenze generali”** - allegata al presente documento - 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 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. Inoltre, le strutture non dotate di Pronto Soccorso di cui alla **Tabella F, lettera b)**, **“Afferenze dedicate”** – allegata al presente documento - devono garantire la disponibilità dei posti letto dedicati di Geriatria, Medicina Generale, Pneumologia, Gastroenterologia, Neurologia, ove presenti nella propria configurazione accreditata, per la gestione degli episodi di ricovero provenienti dalle strutture invianti, riportati nella richiamata **Tabella F**, per un numero complessivo minimo dei posti letto meglio illustrati nella colonna **“N. PL dedicati”**. Dunque, nel corso dell’esercizio 2026, 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**. Inoltre, la Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria si riserva la possibilità di definire delle afferenze esclusive per facilitare il turn-over dei ricoveri nei reparti di ricovero per acuti.

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

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

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).

A tal riguardo, si precisa che saranno oggetto di valutazione tutti gli episodi di ricovero provenienti da Pronto soccorso e accettati nelle discipline di Geriatria, Medicina Generale, Pneumologia, Gastroenterologia, Neurologia, registrati sul sistema SIOXL con data di accettazione maggiore o uguale al 1° giugno 2025.

È concessa, in sede di riconoscimento della remunerazione annuale, l'osmosi nella misura del 5% del budget di Area Medica, assegnato e non utilizzato, in favore dell'Area Chirurgica se risultano rispettate le seguenti condizioni:

- sia stato registrato a consuntivo il volume minimo di accettazioni da pronto soccorso nelle discipline di riferimento (Geriatria, Medicina Generale, Pneumologia, Gastroenterologia, Neurologia) di cui alla **Tabella H**;
- sia stato rispettato il vincolo di utilizzo del budget di Area medica di cui alla Tabella 3 del presente Allegato 1;
- sia stato rispettato il vincolo di utilizzo del budget di Area Chirurgica riportato nel proseguo del documento ossia l'esecuzione di almeno l'80% degli interventi elencati nella **Tabella G** allegata al presente documento.

Resta inteso che la sopra richiamata regola di utilizzo del budget di Area Medica è stata definita con la finalità di orientare e governare l'attività delle strutture sanitarie private accreditate la cui configurazione organizzativa prevede l'articolazione nelle discipline di Area Medica (Geriatria, Medicina Generale, Pneumologia, Gastroenterologia, Neurologia), in coerenza con le priorità strategiche dell'Amministrazione regionale. Pertanto, per le strutture sanitarie private accreditate non dotate di pronto soccorso che presentano, nella propria configurazione di accreditamento, esclusivamente discipline diverse da quelle sopra elencate, è comunque concessa l'applicazione del meccanismo di osmosi tra i budget entro il limite massimo sopra richiamato.

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 Area Medica (Geriatria, Medicina Generale, Pneumologia, Gastroenterologia, Neurologia), verrà effettuato a consuntivo 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. Il sopracitato abbattimento verrà effettuato in sede di riconoscimento della remunerazione annuale,



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

espungendo da tale abbattimento i ricoveri per i quali la struttura è stata costretta a procedere con il trasferimento per esigenze assistenziali specifiche (es. bisogni assistenziali gestibili in discipline non previste nella configurazione accreditata della struttura).

Nel caso in cui una struttura privata accreditata non dotata di pronto soccorso dovesse registrare a consuntivo una percentuale di “*re-invii di pazienti*” superiore al 5% del totale degli episodi di ricovero gestiti presso la struttura con provenienza da Pronto Soccorso, nell’esercizio 2027 verrà effettuato un taglio del budget di Area Medica assegnato nel 2026 nella misura del 10%. Per la valutazione del taglio da effettuare sul budget da assegnare alle strutture private accreditate nell’esercizio 2027 saranno selezionati gli episodi di ricovero di seguito descritti.

Esercizio 2027

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 Area Medica (Geriatria, Medicina Generale, Pneumologia, Gastroenterologia, Neurologia) registrati sul sistema SIOXL con data accettazione a partire dal 1° gennaio 2026 fino al 30 settembre 2026. Dalla selezione verranno esclusi i ricoveri per i quali la struttura è stata costretta a procedere con il trasferimento per esigenze assistenziali specifiche.

- dalle strutture private accreditate dotate di un Pronto Soccorso, per gestire tutti gli episodi di ricovero nelle discipline di Area medica accreditate. Per quanto riguarda le discipline di Medicina Generale, Medicina d'Urgenza, Geriatria e Pneumologia, il budget dovrà essere utilizzato per gestire gli episodi di ricovero provenienti dal Pronto Soccorso, 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.

Inoltre, le strutture dotate di Pronto Soccorso di cui alla **Tabella F, lettera b)**, “**Afferenze dedicate**” – allegata al presente documento – devono garantire la disponibilità dei posti letto dedicati di Medicina Generale, Medicina d’Urgenza, Geriatria, Pneumologia, ove presenti nella propria configurazione accreditata, per la gestione degli episodi di ricovero provenienti dalle strutture invianti, riportati nella soprarichiamata **Tabella F**, per un numero complessivo minimo dei posti letto meglio illustrati nella colonna “*N. PL dedicati*”. La Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria si riserva la possibilità di definire delle afferenze esclusive per facilitare il turn-over dei ricoveri nei reparti di ricovero per acuti.

Saranno, dunque, oggetto di valutazione tutti gli episodi di ricovero provenienti da Pronto soccorso accettati nelle discipline di Medicina Generale, Medicina d'Urgenza, Geriatria e Pneumologia e registrati sul sistema SIOXL con data di accettazione maggiore al 1° giugno 2025.

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

Con riferimento ai Policlinici Universitari, saranno espunti dalla sopracitata valutazione tutti gli episodi di ricovero eseguiti sui posti letto dedicati alle scuole di specializzazione medica. A tal riguardo, tutte le SDO relative a tali episodi di ricovero dovranno essere registrate sul sistema SIOXL utilizzando il codice di progressivo divisione reparto comunicato dalla Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria con nota prot. n. 0340600 del 11 marzo 2024.

È concessa, in sede di riconoscimento della remunerazione annuale, l'osmosi nella misura del 5% del budget di Area Medica, assegnato e non utilizzato, in favore dell'Area Chirurgica, se rispettate le seguenti condizioni:

- sia stato rispettato il vincolo di utilizzo del budget di Area Medica di cui alla Tabella 4 del presente Allegato 1;
- sia stato registrato a consuntivo il volume minimo di accettazioni da pronto soccorso nelle discipline di riferimento (Medicina Generale, Medicina d'Urgenza, Geriatria e Pneumologia) di cui alla **Tabella H**.

Nel caso in cui le strutture private accreditate dotate di Pronto Soccorso registrino, in relazione all'esercizio 2026, un tempo medio di permanenza in Pronto Soccorso dalla visita al ricovero nello stesso Ospedale inferiore o uguale a 480 minuti (8 ore), ai fini della concessione dell'osmosi, sarà valutato esclusivamente il rispetto del vincolo di utilizzo del budget di Area Medica di cui alla soprarichiamata Tabella 4.

Il Budget di Area Chirurgica potrà essere utilizzato:

- dalle strutture private accreditate non dotate di un Pronto Soccorso, per gestire tutti gli episodi di ricovero nelle discipline di Area Chirurgica accreditate. Per quanto riguarda le discipline di Chirurgia generale, Oculistica, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia, Otorinolaringoiatria, Urologia, Day Surgery Multispecialistico, il budget dovrà essere utilizzato per l'esecuzione di almeno l'80% degli episodi di ricovero in ciascuna delle sopracitate discipline, sia in regime di ricovero ordinario che in regime di ricovero in day surgery, riconducibili alle procedure di intervento di cui all'elenco riportato nella **Tabella G**. Le procedure di intervento riportate 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 2026 attraverso l'ausilio delle strutture private non dotate di pronto soccorso. Resta inteso che gli interventi di cui alla Tabella G dovranno essere eseguiti nella disciplina e 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 episodi di ricovero per procedure diverse da quelle riportate nella **Tabella G**, sia in regime ordinario che in regime day surgery, superiore al 20% del totale degli episodi di ricovero registrati con dimissione nelle discipline soprarichiamate, verrà effettuato, in sede di riconoscimento della remunerazione annuale, un abbattimento del 30% della tariffa riconosciuta in 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 per ciascuna disciplina e dalla valutazione verranno espunti gli episodi di ricovero per parti cesarei e naturali (DRG 370, 371, 372, 373, 374, 375) e, per le sole strutture che presentano nella propria configurazione accreditata posti letto di "09-Chirurgia Generale" e/o "14-Chirurgia Vascolare", gli episodi di ricovero per interventi chirurgici propedeutici allo svolgimento dei trattamenti dialitici (es. cateterismo venoso per dialisi renale, arteriovenostomia per dialisi renale) ossia gli episodi di ricovero che presentano nella

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

SDO, a prescindere dalla posizione, almeno uno dei codici delle seguenti procedure: 3895 - Cateterismo venoso per dialisi renale; 3927 - Arteriovenostomia per dialisi renale; 3942 - Revisione di anastomosi arterovenoso per dialisi renale; 3943 - Rimozione di anastomosi arterovenoso per dialisi renale.

A tal riguardo, si precisa che la verifica del rispetto della soglia dell'80% 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 Chirurgia generale, Oculistica, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia, Otorinolaringoiatria, Urologia, Day Surgery Multispecialistico – gli episodi di ricovero (ordinari e in day surgery) con dimissione registrate nei suddetti reparti per i quali risultati nella SDO, a prescindere dalla posizione, almeno uno dei codici delle procedure riportati nella Tabella G.

Si precisa, altresì, che ai fini della valutazione del rispetto del vincolo di cui sopra per la specifica disciplina “98- Day Surgery Multispecialistico”, esclusivamente per le strutture che presentano una configurazione con posti letto accreditati di Area Chirurgica per le discipline diverse oggetto di valutazione (ossia diverse da “09-Chirurgia generale, 34-Oculistica, 36-Ortopedia e Traumatologia, 37-Ostetricia e Ginecologia, 38-Otorinolaringiatria, 43-Urologia”), concorrono a formare la soglia dell'80% anche gli episodi di ricovero riferiti ad interventi riconducibili alle discipline accreditate diverse da quelle oggetto di valutazione. Resta inteso che tale valutazione potrà essere effettuata esclusivamente a consuntivo in quanto risulta necessaria una puntuale analisi e valutazione delle procedure chirurgiche eseguite dalle strutture private accreditate che presentano nella propria configurazione accreditata discipline diverse da 09-Chirurgia generale, 34-Oculistica, 36-Ortopedia e Traumatologia, 37-Ostetricia e Ginecologia, 38-Otorinolaringiatria, 43-Urologia.

È concessa, in sede di riconoscimento della remunerazione annuale, l'osmosi nella misura del 10% del budget di Area Chirurgica, assegnato e non utilizzato, in favore dell'Area Medica se risultano rispettate le condizioni già riportate nella sezione relativa alle modalità di utilizzo del budget di Area medica da parte delle strutture private accreditate non dotate di pronto soccorso. Resta inteso che la sopra richiamata regola di utilizzo del budget di Area Chirurgica è stata definita con la finalità di orientare e governare l'attività delle strutture sanitarie private accreditate non dotate di pronto soccorso la cui configurazione organizzativa prevede l'articolazione nelle discipline di Area Chirurgica (Chirurgia generale, Oculistica, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia, Otorinolaringiatria, Urologia), in coerenza con le priorità strategiche dell'Amministrazione regionale. Pertanto, per le strutture sanitarie private accreditate che presentano, nella propria configurazione di accreditamento, esclusivamente discipline diverse da quelle sopra elencate, è comunque concessa l'applicazione del meccanismo di osmosi tra i budget entro il limite massimo sopra richiamato.

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 per i ricoveri con dimissione registrata nel 2026, 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.

È concessa, in sede di riconoscimento della remunerazione annuale, l'osmosi nella misura del 10% del

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

budget di Area Chirurgica, assegnato e non utilizzato, in favore dell'Area Medica se risultano rispettate le condizioni già riportate nella sezione relativa alle modalità di utilizzo del budget di Area medica da parte delle strutture private accreditate dotate di pronto soccorso.

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 per i ricoveri con dimissione registrata nel 2026, 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 2026 senza nessun vincolo. Considerato che attraverso tale budget vengono remunerati tutti gli episodi di ricovero con dimissione dai 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, ovvero un'eventuale osmosi del budget di Area Critica in favore dei budget di Area Medica e Area Chirurgica qualora venga rilevata una produzione maggiore rispetto ai budget assegnati.

Il budget per le attività mediche in day hospital potrà essere utilizzato nell'esercizio 2026 senza nessun vincolo. Sarà prevista, in sede di riconoscimento della remunerazione annuale, un'eventuale osmosi dei budget assegnati per le attività mediche in day hospital in favore dei budget di Area Medica 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 medica.

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 2026 e ai budget che verranno assegnati nel 2027:

- 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 2026 degli elementi sanzionatori per limitare tali fenomeni (es. sospensione tariffaria);
- in relazione ai ricoveri provenienti da Pronto Soccorso, le strutture private accreditate dotate di pronto soccorso e non 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). In particolare, saranno oggetto di valutazione tutti gli episodi di ricovero provenienti da PS con accettazione nelle discipline di Area medica oggetto di valutazione di cui alle Tabelle 3 e 4 del presente documento. La valutazione verrà effettuata confrontando la media giornaliera delle accettazioni registrate dal lunedì al venerdì con le accettazioni giornaliere medie registrate complessivamente nei giorni di sabato e domenica. Qualora la media (arrotondata all'unità) delle accettazioni dei ricoveri di pazienti provenienti



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

da PS nei reparti di degenza registrate, nell'esercizio 2026, nei giorni di sabato e domenica, dovesse risultare inferiore del 10% alla media dei restanti giorni feriali (da lunedì a venerdì), nell'esercizio 2027 verrà applicato alla struttura privata accreditata un taglio del budget di Area medica assegnato nel 2026 nella misura del 10%. Per la valutazione del taglio da effettuare sul budget da assegnare alle strutture private accreditate nell'esercizio 2027 saranno individuati gli episodi di ricovero di seguito descritti:

Esercizio 2027

- per le strutture non dotate di pronto soccorso, tutti gli episodi di ricovero provenienti da PS con accettazione nelle discipline di Area Medica oggetto di valutazione di cui alla Tabelle 3 del presente documento registrati sul sistema SIOXL con data accettazione a partire dalla data di avvio del sistema informatico per la gestione dei trasferimenti dai Pronto Soccorso fino al 30 settembre 2026;
- per le strutture dotate di pronto soccorso, tutti gli episodi di ricovero provenienti da PS con accettazione nelle discipline di Area Medica oggetto di valutazione di cui alla Tabelle 4 del presente documento registrati sul sistema SIOXL con data accettazione a partire dalla data di avvio del sistema informatico per la gestione dei trasferimenti dai Pronto Soccorso fino al 30 settembre 2026.

Si riporta di seguito un esempio esplicativo della valutazione che verrà effettuata a seguito del consolidamento dei dati di produzione dell'esercizio di riferimento. Nell'esempio viene rappresentato lo scenario in cui una struttura abbia registrato una media delle accettazioni complessivamente nei giorni di sabato e domenica superiore alla media giornaliera delle accettazioni registrate dal lunedì al venerdì. Nel caso di specie non verrà effettuato l'abbattimento del budget.

	Lun.	Mar.	Mer.	Giov.	Ven.	Sab.	Dom.
Accettazioni anno 202x	200	220	190	180	140	150	70
Media giornaliera (52 sett.)	3,85	4,23	3,65	3,46	2,69		4,23
Media per confronto (aer. unità)				4,00			4,00
Valore target medio per confronto (90%)				3,6			4,00

Con riferimento alle strutture non dotate di pronto soccorso, la regola del taglio del budget per l'esercizio 2027 verrà applicata a seguito della valutazione delle richieste di trasferimento inviate tramite il sistema informatico per la gestione dei trasferimenti dai Pronto Soccorso. Qualora la media complessiva delle richieste di trasferimento ricevute nei giorni di sabato e domenica dovesse risultare superiore alle accettazioni giornaliere medie registrate complessivamente nei giorni di sabato e domenica, verrà effettuato il taglio del budget per tutte le strutture private accreditate che non hanno rispettato la regola generale individuata sopra.

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 dedicato, 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 dedicato segue le regole meglio definite nella DGR n. 868 del 7 dicembre 2023 e s.m.i. e, da ultimo, nella DGR n. 836 del 25 settembre 2025.



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

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 assegnati per le attività di ricovero in regime ordinario e per le attività in regime day hospital.

Con Deliberazione del 4 gennaio 2024, n. 2 è stato recepito 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 il Decreto Ministeriale 5 agosto 2021 concernente: *“Criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedalieri”*.

È in corso la sperimentazione 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, durante la 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.

Si rappresenta, infine, che, a partire dall'esercizio 2026, viene attivato un monitoraggio sui trasferimenti effettuati dai reparti di ricovero per acuti verso i reparti di riabilitazione post-acuzie, attraverso l'utilizzo delle informazioni registrate sui sistemi informativi regionali dedicati, al fine di monitorare il livello di accettazione dei pazienti in tali reparti derivante dalle richieste di trasferimento veicolate tramite il sistema informatico denominato *“Transitional Care”*. Sulla base degli esiti di tali monitoraggi, nel corso dell'esercizio 2026 ovvero dell'esercizio 2027, la Direzione Salute si riserva la possibilità di introdurre specifici abbattimenti delle tariffe riconosciute agli episodi di ricovero di riabilitazione post-acuzie qualora si dovessero riscontrare accettazioni nei sopraccitati reparti non veicolate tramite il sistema *“Transitional Care”*.

La Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria si riserva, altresì, la possibilità di definire delle afferenze esclusive per facilitare il turn-over dei ricoveri nei reparti di ricovero per acuti.

3.2. Abbattimenti tariffari

Si riportano nella tabella che segue le rimodulazioni tariffarie e gli abbattimenti che vengono applicati per l'esercizio 2026.

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	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Abbattimento pari al 5% del valore del ricovero applicabile a: <ul style="list-style-type: none"> ○ 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. <p>(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</p>	Punti 3 del paragrafo 3, Allegato F, DCA n. 332/2015	In corso d'anno


Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

Tipologia abbattimento/rimodulazione tariffaria	Descrizione abbattimento/rimodulazione tariffaria*	Provvedimento amministrativo di riferimento	Abbattimento da effettuare:
	(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 o cod. 28 a reparto cod. 56 per il completamento del programma riabilitativo.		
Abbattimento tariffario sulla provenienza del paziente	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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 <i>"Totale giornate erogate/Max capacità produttiva su posti letto"</i> 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.

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 valorizzazione 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 e s.m.i.

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.

Si rappresenta, infine, che, a partire dall'esercizio 2026, viene attivato un monitoraggio sui trasferimenti effettuati dai reparti di ricovero per acuti verso i reparti di lungodegenza medica, attraverso l'utilizzo delle informazioni registrate sui sistemi informativi regionali dedicati, al fine di monitorare il livello di accettazione dei pazienti in tali reparti derivante dalle richieste di trasferimento veicolate tramite il sistema informatico denominato *"Transitional Care"*. Sulla base degli esiti di tali monitoraggi, nel corso dell'esercizio 2026 ovvero dell'esercizio 2027, la Direzione Salute si riserva la possibilità di introdurre specifici abbattimenti delle tariffe riconosciute agli episodi di ricovero di lungodegenza medica qualora si dovesse riscontrare un rilevante livello di accettazioni nei sopraccitati reparti non veicolate tramite il sistema *"Transitional Care"*.

La Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria si riserva la possibilità di definire delle afferenze esclusive per facilitare il turn-over dei ricoveri nei reparti di ricovero per acuti.



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

4.2. Abbattimenti tariffari

Si riportano nella tabella che segue le rimodulazioni tariffarie e gli abbattimenti vigenti che vengono confermati per l'esercizio 2026.

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 euro 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.



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

Tabelle

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



REGIONE LAZIO

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

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 Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

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 traumatismi multipli rilevanti
485	24	C	Reimpianto di arti, interventi su anca e femore per traumatismi multipli rilevanti
486	24	C	Altri interventi chirurgici per traumatismi 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 ecoetto cervicale con CC
498	8	C	Artrodesi vertebrale ecoetto 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/reni
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


Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
 Area Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

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 verterbale 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


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 Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

Elenco dei DRG chirurgici di bassa e media complessità

DRG	MDC	Tipo	Descrizione
160	6	C	Interventi per emia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC
161	6	C	Interventi per emia inguinale e femorale, età > 17 anni con CC
162	6	C	Interventi per emia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC
163	6	C	Interventi per emia, 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 Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

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 tireoglosso
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



REGIONE LAZIO

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria Area Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

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 neoplasia maligna, età > 17 anni
340	12	C	Interventi sul testicolo non per neoplasia maligna, 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'ovario o degli annessi con CC
355	13	C	Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovario o degli annessi senza CC
356	13	C	Interventi ricreativi 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 riaschiarimento, coniazione e impianto materiale radioattivo per neoplasie maligne
364	13	C	Dilatazione e riaschiarimento, coniazione 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 riaschiarimento
375	14	C	Parto vaginale con altro intervento eccetto sterilizzazione e/o dilatazione e riaschiarimento
377	14	C	Diagnosi relativa a postparto e postabito con intervento chirurgico
381	14	C	Aborto con dilatazione e riaschiarimento, 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 endopatici
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 coi diagnosi principali di malattia mentale
438	21	C	Trapianti di pelle per traumatismo
440	21	C	Stringimento di ferite per traumatismo
441	21	C	Interventi sulla mano per traumatismo
443	21	C	Altri interventi chirurgici per traumatismo senza CC
481	23	C	Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari


Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
 Area Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

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 extraorcanici con CC
534	1	C	Interventi vascolari extraorcanici 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 Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

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 atrofia cerebellare
14	1	M	Emorragia intracranica o infarto cerebrale
15	1	M	Mal. cerebrovascolari acute aspec. e occlus. preoperatorie 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
82	4	M	Malattia polmonare interstiziale con CC
124	5	M	Mal. Cardiovasc. eccez. IMA, con cader. caraco e diag. complicata
125	5	M	Mal. Cardiovasc. eccez. IMA, con cader. capace e agn. non complicata
126	6	M	Endocardite acuta e subacuta
127	6	M	Insufficienza caraca e shock
128	6	M	Arresto caraco senza causa apparente
135	6	M	Mal. carache congenite e valvolari, età>17 anni con CC
136	6	M	Mal. carache congenite e valvolari, età>17 anni senza CC
137	6	M	Mal. carache congenite e valvolari, età<18 anni
138	6	M	Arritmia e alterazioni della conduzione caraca con CC
139	6	M	Arritmia e alterazioni della conduzione caraca senza CC
172	6	M	Neopl. mal dell'apparato genitale con CC
173	6	M	Neopl. mal dell'apparato genitale senza CC
174	6	M	Emorragia gastrointestinale con CC
175	6	M	Emorragia gastrointestinale senza CC
179	6	M	Mal. inflammatorio dell'ileoestino
180	6	M	Occlusione gastrointestinale con CC
191	6	M	Occlusione gastrointestinale senza CC
202	7	M	Cirrosi e spato alcolico
203	7	M	Neopl. mal dell'apparato epatobiliriano o del pancreas
204	7	M	Mal. del pancreas eccetto Neopl. mal
238	8	M	Osteomielite
239	8	M	Frattura parziale Neopl. mal del sist. muscoloscheletrico connett.
242	8	M	Artrite settica



REGIONE LAZIO

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria Area Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

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
366	13	M	Neopl. mal apparato riproduttivo femminile con CC
367	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
379	14	M	Gravidanza ectopica
379	14	M	Minaodia aborto
380	14	M	Aborto senza latazione 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. reticuloendoteliale e immunitario con CC
399	16	M	Disturbi sist. reticuloendoteliale e immunitario senza CC



REGIONE LAZIO

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria Area Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

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	Riabilitazione
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	Setticoemia, età<18 anni
418	18	M	Infezioni post-chirurgiche e post-traumatiche
425	19	M	Reazione acuta: adattamento e sfumato 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 pendenza da alcool/farmaci: messo contro il parere dei sanitari
465	23	M	Assist riab con anamnesi: neoplasia maligna come diagn second
466	23	M	Assist riab senza anamnesi: neoplasia maligna come diagn second
487	24	M	Altri traumi: 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 pendenza da alcool/farmaci con CC
522	20	M	Abuso o pendenza da alcool/farmaci con terapia riab senza CC
523	20	M	Abuso o pendenza da alcool/farmaci senza terapia riab senza CC
566	4	M	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita < 90 ore
572	8	M	Mal. gastrintestinali maggiori e infекzioni peritoneali
574	16	M	Diagnosi ematologiche/immunologiche maggiori eccetto anemia falciforme e coagulopatia
576	18	M	Setticoemia senza ventilazione meccanica: ≥ 96 ore; età≥17 anni


Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
 Area Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

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 traumatismi 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 ipertensione
23	1	M	Stato stuporese e coma di origine non traumatici
26	1	M	Convulsioni e epilessia, età < 18 anni
27	1	M	Stato stuporese e coma di origine traumatica, coma > 1 ora
28	1	M	Stato stuporese e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni con CC
29	1	M	Stato stuporese e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni senza CC
30	1	M	Stato stuporese e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età < 18 anni
31	1	M	Comminazione cerebrale, età > 17 anni con CC
32	1	M	Comminazione cerebrale, età > 17 anni senza CC
33	1	M	Comminazione 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	Fama
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	Alberzioni 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	Laringotraqueite
72	3	M	Traumatismi e deformità del naso
73	3	M	Alte diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni
74	3	M	Alte 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	Venamento pleurico con CC



REGIONE LAZIO

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria Area Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

Elenco dei DRG medici di bassa e media compl. di paz. non prov. da PS non incl. nell'All. 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 astutiva
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
103	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
126	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	6	M	Ipertensione
140	6	M	Angina pectoris
141	6	M	Sinope e collasso con CC
142	6	M	Sinope e collasso senza CC
143	6	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 missellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni con CC
183	6	M	Esofagite, gastroenterite e missellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC
184	6	M	Esofagite, gastroenterite e missellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni
185	3	M	Malattie del dente e del cavo orale, eccetto extrazione e riparazione, età > 17 anni



REGIONE LAZIO

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

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 capo orale, eccetto estrazione e operazione, 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, stramenti e lussazioni di anca, pelvi e ossola
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, micidite e borsite
249	8	M	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo
250	8	M	Fratture, distorsioni, stramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni con CC
251	8	M	Fratture, distorsioni, stramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC
252	8	M	Fratture, distorsioni, stramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni
253	8	M	Fratture, distorsioni, stramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni con CC
254	8	M	Fratture, distorsioni, stramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC
255	8	M	Fratture, distorsioni, stramenti 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	Uccero della polpa
272	9	M	Malattie maggiori della pelle con CC
273	9	M	Malattie maggiori della pelle senza CC
278	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	Trumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni con CC
281	9	M	Trumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC
282	9	M	Trumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni


Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
 Area Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

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
368	13	M	Infezioni dell'apparato riproduttivo femminile
369	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 Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

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
482	23	M	Rabilitazione
483	23	M	Segni e sintomi con CC
484	23	M	Segni e sintomi senza CC
487	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 acuta
582	1	M	Convulsioni, età > 17 anni con CC
583	1	M	Convulsioni, età > 17 anni senza CC
584	1	M	Cefalea, età > 17 anni
571	0	M	Malattie maggiori dell'esofago


Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
 Area Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

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	Ipertensione
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 Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

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 Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

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 < 36 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	Ipertrofia 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 leuemia non acuta senza CC
409	17	M	Radioterapia



REGIONE LAZIO

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria Area Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

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 depressiva
427	19	M	Nevrosi eccetto nevrosi depressiva
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 pelli 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 miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC (eccetto urgenze)
298	10	M	Disturbi della nutrizione e miscellanea 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)



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

Tabella F

TABELLA F

a) Afferenze generali

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 Dermopatico dell'Immacolata Villa Pia
	San Filippo Neri S.Andrea S. Spirito S.Giovanni Calibita - Gemelli Isola 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 Iст. di Neuroscienze
	G.B Grassi S. Eugenio	Merry House Policlinico Di Liegro Ospedale Israeltico Istituto Clinico Casalpalocco
	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

b) Afferenze dedicate

Codice NSIS	Denominazione Struttura	N. PL dedicati	Denominazione struttura inviante
120075	Israelitico	14	AO San Camillo Forlani
120163	San Feliciano	18	AOU Sant'Andrea
120288	Villa Tiberia S.R.L.	20	Policlinico Umberto I, P.O. S. Pertini, P.O. Policlinico Tor Vergata
120296	Villa Betania	10	P.O. Santo Spirito
120911	Istituto Dermopatico Dell'Immacolata	14	Policlinico Umberto I, AOU Sant'Andrea
120212	Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologico	29	P.O. Santa Maria Goretti
120307	Aurelia Hospital	16	P.O. Santo spirito


Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
 Area Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

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
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



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

09 - CHIRURGIA GENERALE

Interventi e procedure	
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
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 Kheff o TPE per decompressione
51.5	Altra incisione del dotto biliare


Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

09 - CHIRURGIA GENERALE

Interventi e procedure	
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
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 Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

09 - CHIRURGIA GENERALE

Interventi e procedure

Interventi e procedure di nuova introduzione

864	Asportazione radicale di lesione della cute
064	Tiroidectomia completa
640	Circoncisione
8672	Avanzamento di lembo peduncolato
062	Lobectomy monolaterale della tiroide


Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

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	Daciocistorinostomia (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 deiscente 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
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

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
 Area Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

34 - OCULISTICA

Interventi e procedure	
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
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	Criotratamento di lesione corioretinica
14.3	Riparazione di lacerazione della retina



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

34 - OCULISTICA

Interventi e procedure	
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
Interventi e procedure di nuova introduzione	
153	Interventi su due o più muscoli extraoculari che richiedono distacco temporaneo dal bulbo, uno o entrambi gli occhi


Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
 Area Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

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
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


Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

36 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Interventi e procedure	
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
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	


Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
 Area Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

36 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Interventi e procedure	
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
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


Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
 Area Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

36 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Interventi e procedure	
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
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


Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

36 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Interventi e procedure	
81.12	Artrodesi triplice
81.13	Fusione sottoastragalica
81.14	Fusione mediotarsica
81.15	Fusione tarsometatarsica
81.16	Fusione metatarsofalangea
81.17	Altra fusione del piede
81.18	Artroeresi dell'articolazione sottoastragalica
81.20	Artrodesi di articolazioni non specificate
81.22	Artrodesi del ginocchio
81.24	Artrodesi del gomito
81.25	Fusione corporadiale
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
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


Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

36 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Interventi e procedure	
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 interiore
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
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 fasciectomia
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


Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
 Area Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

36 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Interventi e procedure	
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
Interventi e procedure di nuova introduzione	
0309	Altra esplorazione e decompressione del canale vertebrale


Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

37 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Interventi e procedure	
65	Interventi sull'ovaio
65.01	Ovariotomia laparoscopica
65.09	Altra ovariotomia
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
68.22	Incisione o asportazione di setto congenito dell'utero
68.23	Ablazione dell'endometrio



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

37 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Interventi e procedure	
68.29	Altra asportazione o demolizione di lesione dell'utero
68.3	Isterectomia abdominale subtotal
68.31	Isterectomia sopraccervicale laparoscopica
68.39	Altra e non specificata isterectomia sopraccervicale addominale subtotal
68.4	Isterectomia abdominale totale
68.41	Isterectomia abdominale 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 abdominale radicale
68.61	Isterectomia abdominale 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 Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

38 - OTORINOLARINGOLOGIA

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 intransasale
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	Turbinatectomia
21.61	Turbinatectomia mediante diatermia o criochirurgia
21.62	Frattura dei turbinati (Decongestione chirurgica dei turbinati)
21.69	Altra turbinatectomia
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
26.3	Scialoadenectomia
26.30	Scialoadenectomia, SAI



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
 Area Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

38 - OTORINOLARINGOLOGIA

Interventi e procedure

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

Interventi e procedure di nuova introduzione

1919	Altra stapedectomia
1952	Timpanoplastica di tipo II

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

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	Pilectomia
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
56.61	Ureterocutaneostomia
56.75	Uretero-trans-ureteroanastomosi


Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

43 - UROLOGIA

Interventi e procedure	
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
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



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici

43 - UROLOGIA

Interventi e procedure	
63.91	Aspirazione di spermatocèle
63.4	Epididimectomia
63.73	Vasectomia
Interventi e procedure di nuova introduzione	
5995	Litotrissia con ultrasuoni o elettroidraulica

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
 Area Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori Economici
Tabella H

Tipologia struttura	Codice NSIS	Denominazione Struttura	Volume minimo di accettazioni da pronto soccorso 2026
Strutture con PS	120071	OSPEDALE S. PIETRO FATEBENEFRATELLI	1.728
	120073	OSPEDALE SAN CARLO DI NANCY	627
	120074	OSPEDALE CRISTO RE	635
	120076	MADRE GIUSEPPINA VANNINI	1.981
	120134	S.ANNA DI POMEZIA	465
	120212	ISTITUTO CHIRURGICO ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICO	498
	120215	CITTA` DI APRILIA	1.270
	120305	FATEBENEFRATELLI ISOLA TIBERINA - GEMELLI ISOLA	916
	120307	AURELIA HOSPITAL	1.455
	120308	POLICLINICO CASILINO	3.359
	120905	POLICLINICO A. GEMELLI	7.339
	120915	CAMPUS BIO MEDICO	2.188
	Totale casi target strutture con PS		
Strutture senza PS	120014	NUOVA S. TERESA DEL BAMBIN GESU`	1.424
	120075	ISRAELITICO	1.928
	120082	VILLA DELLE QUERCE - POLIGEST DI NEMI	1.037
	120089	N. CLINICA LATINA IST. DI NEUROSCIENZE	216
	120096	MADONNA DELLE GRAZIE DI VELLETRI	865
	120104	VILLA FULVIA SRL	818
	120113	VILLA PIA	1.745
	120132	GUARNIERI SPA	1.136
	120157	FABIA MATER	705
	120163	SAN FELICIANO	665
	120166	NUOVA ITOR	1.453
	120176	L.N.I. SRL DI GROTTAFERRATA	1.724
	120191	MERRY HOUSE / C. GERIATRICO ROMANO	847
	120209	CASA DEL SOLE CLINICA TOMMASO COSTA DI FORMIA	1.191
	120213	SAN MARCO - CLINICHE MODERNE DI LATINA	1.121
	120235	VILLA SERENA DI CASSINO	1.008
	120283	ISTITUTO CLINICO CASALPALOCCO	2.563
	120288	VILLA TIBERIA S.R.L.	2.447
	120291	VILLA GIOIA DI SORA	1.023
	120295	POLICLINICO LUIGI DI LIEGRO	1.532
	120296	VILLA BETANIA	704
	120302	OSPEDALE REGINA APOSTOLORUM DI ALBANO	2.777
	120311	SAN RAFFAELE MONTECOMPATRI	960
	120312	VILLA DOMEGLIA S.R.L.	1.986
	120313	CITTA` DI ROMA	376
	120456	SAN RAFFAELE DI CASSINO	873
	120910	IRCCS SAN RAFFAELE PISANA	1.240
	120911	ISTITUTO DERMOPATICO DELL'IMMACOLATA	974
Totale casi target strutture senza PS			35.340
Totale casi target			57.800

Allegato 2 - Prestazioni Critiche

CODICE NTR LAZIO	DESCRIZIONE CODICE NTR RL	DESCRIZIONE CUR	CODICE CUR
31.42.2	LARINGOSTROBOSCOPIA	LARINGOSTROBOSCOPIA	31.42.2_0
45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS]. Non associabile a Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica (45.16.1), Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede multipla (45.16.2)	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS]. Non associabile a Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica (45.16.1), Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede multipla (45.16.2)	45.13_0
45.16.1	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA. Non associabile a: Biopsia dell'esofago (42.24 E 42.24.1); Biopsia dello stomaco (44.14); Biopsia del duodeno (45.14.1)	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA	45.16.1_0
45.16.2	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA. Non associabile a: Biopsia dell'esofago (42.24 e 42.24.1); Biopsia dello stomaco (44.14); Biopsia del duodeno (45.14.1)	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA	45.16.2_0
45.23	COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Escluso: RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (45.24), PROCTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO (48.23). Non associabile a 45.29.5	PANCOLONSCOPIA	45.23_0
45.23.1	ILEOCOLONSCOPIA RETROGRADA. Non associabile a 45.29.5	PANCOLONSCOPIA-ILEOCOLONSCOPIA RETROGRADA	45.23.1_0
45.23.2	ILEOCOLONSCOPIA RETROGRADA CON BIOPSIA	PANCOLONSCOPIA-ILEOCOLONSCOPIA RETROGRADA CON BIOPSIA	45.23.2_0
45.23.3	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA per singolo segmento di colon. Escluso: i tratti parziali e le biopsie in sede unica	PANCOLONSCOPIA CON BIOPSIA IN SEDE UNICA per singolo segmento di colon	45.23.3_0
45.23.4	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA per più segmenti di colon. Escluso: i tratti parziali e le biopsie in sede multipla	PANCOLONSCOPIA CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA per più segmenti di colon	45.23.4_0
45.24	RETTONSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Endoscopia del colon discendente . Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23). Non associabile a 45.29.5	RETTONSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Endoscopia del colon discendente	
45.24	RETTONSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Endoscopia del colon discendente . Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23). Non associabile a 45.29.5	RETTONSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	45.24_2
45.24	RETTONSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Endoscopia del colon discendente . Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23). Non associabile a 45.29.5	COLONSCOPIA SINISTRA	45.24_3
45.24	RETTONSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Endoscopia del colon discendente . Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23). Non associabile a 45.29.5	ANORETTOSCOPIA	45.24_4

Allegato 2 - Prestazioni Critiche

CODICE NTR LAZIO	DESCRIZIONE CODICE NTR RL	DESCRIZIONE CUR	CODICE CUR
45.24.1	RETTONIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA. Endoscopia del colon discendente. escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)	RETTONIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA. Endoscopia del colon discendente.	
45.24.1	RETTONIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA. Endoscopia del colon discendente. escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)	RETTONIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA	45.24.1_2
45.24.1	RETTONIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA. Endoscopia del colon discendente. escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)	COLONSCOPIA SINISTRA CON BIOPSIA IN SEDE UNICA	45.24.1_3
45.24.1	RETTONIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA. Endoscopia del colon discendente. escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)	ANORETTOSCOPIA CON BIOPSIA IN SEDE UNICA	45.24.1_4
45.24.2	RETTONIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA. Endoscopia del colon discendente. Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)	RETTONIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA. Endoscopia del colon discendente.	
45.24.2	RETTONIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA. Endoscopia del colon discendente. Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)	RETTONIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA	45.24.2_2
45.24.2	RETTONIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA. Endoscopia del colon discendente. Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)	COLONSCOPIA SINISTRA CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA	45.24.2_3
45.24.2	RETTONIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA. Endoscopia del colon discendente. Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)	ANORETTOSCOPIA CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA	45.24.2_4
45.42	POLIPECTOMIA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI ENDOSCOPIA SEDE UNICA. Polipectomia di uno o più polipi	POLIPECTOMIA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI ENDOSCOPIA SEDE UNICA. Polipectomia di uno o più polipi	45.42_0
45.42.1	POLIPECTOMIA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI ENDOSCOPIA SEDE MULTIPLA. Polipectomia di uno o più polipi	POLIPECTOMIA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI ENDOSCOPIA SEDE MULTIPLA. Polipectomia di uno o più polipi	45.42.1_0
45.42.2	MUCOSECTOMIA DELL'INTESTINO CRASSO IN CORSO DI ENDOSCOPIA	MUCOSECTOMIA DELL'INTESTINO CRASSO IN CORSO DI ENDOSCOPIA	45.42.2_0

Allegato 2 - Prestazioni Critiche

CODICE NTR LAZIO	DESCRIZIONE CODICE NTR RL	DESCRIZIONE CUR	CODICE CUR
87.03	TC CRANIO-ENCEFALO. Non associabile a TC Sella Turcica (87.03.A) e TC Orbite (87.03.C)	TC CRANIO-ENCEFALO	87.03_0
87.03.1	TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC Sella Turcica con e senza MDC (87.03.B) e TC Orbite con e senza MCD (87.03.D)	TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC	87.03.1_0
87.03.2	TC MASSICCIO FACCIALE [mascellare, mandibolare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]	TC MASSICCIO FACCIALE [mascellare, mandibolare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]	
87.03.2	TC MASSICCIO FACCIALE [mascellare, mandibolare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]	TC MASSICCIO FACCIALE [mascellare, mandibolare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]	87.03.2_2
87.03.2	TC MASSICCIO FACCIALE [mascellare, mandibolare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]	TC ARTICOLAZIONI TEMPORO MANDIBOLARI	87.03.2_3
87.03.2	TC MASSICCIO FACCIALE [mascellare, mandibolare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]	TC SENI PARANASALI	87.03.2_4
87.03.3	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC [mascellare, mandibolare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC [mascellare, mandibolare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]	
87.03.3	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC [mascellare, mandibolare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC [mascellare, mandibolare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]	87.03.3_2
87.03.3	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC [mascellare, mandibolare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]	TC ARTICOLAZIONI TEMPORO MANDIBOLARI SENZA E CON MDC	87.03.3_3
87.03.3	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC [mascellare, mandibolare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]	TC SENI PARANASALI SENZA E CON MDC	87.03.3_4
87.03.5	TC BILATERALE DELL' ORECCHIO [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo punto cerebellare]	TC DELL' ORECCHIO [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo punto cerebellare]	87.03.5_0
87.03.6	TC BILATERALE DELL' ORECCHIO SENZA E CON MDC [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo punto cerebellare]	TC DELL' ORECCHIO SENZA E CON MDC [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo punto cerebellare]	87.03.6_0
87.03.7	TC DEL COLLO [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]. Non associabile a 88.38.A	TC DEL COLLO [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]	
87.03.7	TC DEL COLLO [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]. Non associabile a 88.38.A	TC DEL COLLO [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]	87.03.7_2
87.03.7	TC DEL COLLO [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]. Non associabile a 88.38.A	TC LARINGE	87.03.7_6
87.03.8	TC DEL COLLO SENZA E CON MDC [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]. Non associabile a 88.38.D	TC DEL COLLO SENZA E CON MDC [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]	

Allegato 2 - Prestazioni Critiche

CODICE NTR LAZIO	DESCRIZIONE CODICE NTR RL	DESCRIZIONE CUR	CODICE CUR
87.03.8	TC DEL COLLO SENZA E CON MDC [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]. Non associabile a 88.38.D	TC DEL COLLO SENZA E CON MDC [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]	87.03.8_2
87.03.8	TC DEL COLLO SENZA E CON MDC [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]. Non associabile a 88.38.D	TC LARINGE SENZA E CON MDC	87.03.8_8
87.03.8	TC DEL COLLO SENZA E CON MDC [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]. Non associabile a 88.38.D	TC VASI EPIAORTICI SENZA E CON MDC	87.03.8_9
87.03.9	TC DELLE GHIANDOLE SALIVARI [SCIALO TC]	TC DELLE GHIANDOLE SALIVARI [SCIALO TC]	87.03.9_0
87.03.A	TC SELLA TURCICA (studio selettivo) Non associabile a 87.03	TC SELLA TURCICA (studio selettivo)	87.03.A_0
87.03.B	TC DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC (studio selettivo). Non associabile a 87.03.1	TC DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC (studio selettivo)	87.03.B_0
87.03.C	TC ORBITE (studio selettivo). Non associabile a 87.03	TC ORBITE (studio selettivo)	87.03.C_0
87.03.D	TC ORBITE SENZA E CON MDC (studio selettivo). Non associabile a 87.03.1	TC ORBITE SENZA E CON MDC (studio selettivo)	87.03.D_0
87.03.E	TC DI SINGOLA ARCATA DENTARIA [DENTALSCAN]	TC DI SINGOLA ARCATA DENTARIA [DENTALSCAN]	87.03.E_0
87.03.F	TC DELLE ARcate DENTARIE [DENTALSCAN]	TC DELLE ARcate DENTARIE [DENTALSCAN]	87.03.F_0
87.11.3	ORTOPANORAMICA DELLE ARcate DENTARIE. Arcate dentarie complete superiore e inferiore (OPT)	ORTOPANORAMICA DELLE ARcate DENTARIE. Arcate dentarie complete superiore e inferiore (OPT)	87.11.3_0
87.17.4	RX STANDARD DEL CRANIO. Studio in anteroposteriore, laterolaterale e occipito-naso-mento	RX STANDARD DEL CRANIO. Studio in anteroposteriore, laterolaterale e occipito-naso-mento	87.17.4_0
87.22	RX DELLA COLONNA CERVICALE. Incluso: studio dinamico	RX DELLA COLONNA CERVICALE	
87.22	RX DELLA COLONNA CERVICALE. Incluso: studio dinamico	RX COLONNA CERVICALE (2 PROIEZIONI AP e LL)	87.22_2
87.22	RX DELLA COLONNA CERVICALE. Incluso: studio dinamico	RX COLONNA CERVICALE (2 PROIEZIONI OBLIQUE)	87.22_3
87.23	RX DELLA COLONNA DORSALE. Incluso: studio dinamico	RX DELLA COLONNA DORSALE	
87.23	RX DELLA COLONNA DORSALE. Incluso: studio dinamico	RX COLONNA TORACICA (DORSALE) IN ORTOSTATISMO	87.23_2
87.23	RX DELLA COLONNA DORSALE. Incluso: studio dinamico	RX COLONNA TORACICA (DORSALE) STANDARD	87.23_4
87.23.6	RX MORFOMETRIA VERTEBRALE DORSALE. Valutazione delle altezze dei somi vertebrali su radiografia in LL della colonna per definizione quantitativa di frattura benigna osteoporotica, con tecnica radiologica o DXA	RX MORFOMETRIA VERTEBRALE DORSALE	87.23.6_0
87.24	RX DELLA COLONNA LOMBOSACRALE. Incluso: studio dinamico	RX DELLA COLONNA LOMBOSACRALE	
87.24	RX DELLA COLONNA LOMBOSACRALE. Incluso: studio dinamico	RX COLONNA LOMBOSACRALE (AP/LL)	87.24_2

Allegato 2 - Prestazioni Critiche

CODICE NTR LAZIO	DESCRIZIONE CODICE NTR RL	DESCRIZIONE CUR	CODICE CUR
87.24	RX DELLA COLONNA LOMBOSACRALE. Incluso: studio dinamico	RX COLONNA LOMBOSACRALE PROIEZ.OBLIQUE	87.24_3
87.24	RX DELLA COLONNA LOMBOSACRALE. Incluso: studio dinamico	RX RACHIDE LOMBOSACRALE IN ORTOSTATISMO	87.24_6
87.24.6	RX STANDARD SACROCOCCIGE. Non associabile a RX MORFOMETRIA VERTEBRALE LOMBARE (87.24.7)	RX STANDARD SACROCOCCIGE	87.24.6_0
87.24.7	RX MORFOMETRIA VERTEBRALE LOMBARE. Valutazione delle altezze dei somi vertebrali su radiografia in LL della colonna per definizione quantitativa di frattura benigna osteoporotica, con tecnica radiologica o DXA. Non associabile a Rx standard sacrococcige (87.24.6)	RX MORFOMETRIA VERTEBRALE LOMBARE	87.24.7_0
87.29	RX COMPLETA DELLA COLONNA E DEL BACINO SOTTO CARICO. Non associabile a RX STANDARD SACROCOCCIGE (87.24.6); RX MORFOMETRIA VERTEBRALE LOMBARE (87.24.7)	RX COMPLETA DELLA COLONNA E DEL BACINO SOTTO CARICO	87.29_0
87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE	MAMMOGRAFIA BILATERALE (2 PROIEZIONI)	
87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE	MAMMOGRAFIA BILATERALE (2 PROIEZIONI) con mdc	87.37.1_2
87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE	MAMMOGRAFIA BILATERALE (2 PROIEZIONI) senza MDC	87.37.1_3
87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	
87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE DX con mdc	87.37.2_102
87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE DX senza mdc	87.37.2_103
87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE SX con mdc	87.37.2_104
87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE SX senza mdc	87.37.2_105
87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	MAMMOGRAFIA DX CON REPERAGE senza mdc	87.37.2_106
87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	MAMMOGRAFIA SX CON REPERAGE senza mdc	87.37.2_107
87.41	TC DEL TORACE [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]. Non associabile a 88.38.B e 88.38.E	TC DEL TORACE	
87.41	TC DEL TORACE [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]. Non associabile a 88.38.B e 88.38.E	TC DEL TORACE	87.41_2
87.41	TC DEL TORACE [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]. Non associabile a 88.38.B e 88.38.E	TC DEL TORACE AD ALTA RISOLUZIONE (HR)	87.41_7
87.41.1	TC DEL TORACE SENZA E CON MDC [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]. Non associabile a 88.38.B e 88.38.E	TC DEL TORACE SENZA E CON MDC	

Allegato 2 - Prestazioni Critiche

CODICE NTR LAZIO	DESCRIZIONE CODICE NTR RL	DESCRIZIONE CUR	CODICE CUR
87.41.1	TC DEL TORACE SENZA E CON MDC [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]. Non associabile a 88.38.B e 88.38.E	TC TORACE SENZA E CON MDC	87.41.1_2
87.41.1	TC DEL TORACE SENZA E CON MDC [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]. Non associabile a 88.38.B e 88.38.E	TC AORTA TORACICA SENZA E CON MDC	87.41.1_8
87.44.1	RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale	RX DEL TORACE	
87.44.1	RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale	RX DEL TORACE	87.44.1_2
87.44.1	RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale	RX TELECUORE	87.44.1_3
88.01.1	TC DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni. Non associabile a 88.01.7, 88.01.8, 88.01.9, 88.01.9, 88.02.1 e 88.38.C	TC DELL' ADDOME SUPERIORE	88.01.1_0
88.01.2	TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC . Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni. Non associabile a 88.01.7, 88.01.8, 88.01.9, 88.02.1, 88.38.F e 88.38.9	TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC	
88.01.2	TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC . Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni. Non associabile a 88.01.7, 88.01.8, 88.01.9, 88.02.1, 88.38.F e 88.38.9	TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC	88.01.2_2
88.01.2	TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC . Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni. Non associabile a 88.01.7, 88.01.8, 88.01.9, 88.02.1, 88.38.F e 88.38.9	TC EPATICA SENZA E CON MDC	88.01.2_3
88.01.2	TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC . Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni. Non associabile a 88.01.7, 88.01.8, 88.01.9, 88.02.1, 88.38.F e 88.38.9	TC PANCREATICA SENZA E CON MDC	88.01.2_4
88.01.2	TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC . Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni. Non associabile a 88.01.7, 88.01.8, 88.01.9, 88.02.1, 88.38.F e 88.38.9	TC RETROPERITONEALE SENZA E CON MDC	88.01.2_5
88.01.2	TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC . Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni. Non associabile a 88.01.7, 88.01.8, 88.01.9, 88.02.1, 88.38.F e 88.38.9	PORTO TC	88.01.2_6
88.01.3	TC DELL' ADDOME INFERIORE. Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata. Non associabile 88.01.9, 88.02.1 e 88.38.C	TC DELL' ADDOME INFERIORE	

Allegato 2 - Prestazioni Critiche

CODICE NTR LAZIO	DESCRIZIONE CODICE NTR RL	DESCRIZIONE CUR	CODICE CUR
88.01.3	TC DELL' ADDOME INFERIORE. Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata. Non associabile 88.01.9, 88.02.1 e 88.38.C	TC DELL' ADDOME INFERIORE	88.01.3_2
88.01.3	TC DELL' ADDOME INFERIORE. Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata. Non associabile 88.01.9, 88.02.1 e 88.38.C	TC PELVI	88.01.3_3
88.01.4	TC DELL' ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC. Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata. Non associabile a 88.01.9, 88.02.1 e 88.38.F e 88.38.9	TC DELL' ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC	
88.01.4	TC DELL' ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC. Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata. Non associabile a 88.01.9, 88.02.1 e 88.38.F e 88.38.9	TC DELL' ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC	88.01.4_2
88.01.4	TC DELL' ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC. Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata. Non associabile a 88.01.9, 88.02.1 e 88.38.F e 88.38.9	TC PELVI SENZA E CON MDC	88.01.4_5
88.01.5	TC DELL' ADDOME COMPLETO. Non associabile a 88.01.9, 88.02.1 e 88.38.C	TC DELL' ADDOME COMPLETO	88.01.5_0
88.01.6	TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC. Non associabile a 88.01.9, 88.02.1 e 88.38.F, 88.38.9	TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC	
88.01.6	TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC. Non associabile a 88.01.9, 88.02.1 e 88.38.F, 88.38.9	TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC	88.01.6_2
88.01.6	TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC. Non associabile a 88.01.9, 88.02.1 e 88.38.F, 88.38.9	TC AORTO-ILIACA CON MDC	88.01.6_5
88.01.7	TC FEGATO MULTIFASICA. Non associabile a TC DELL' ADDOME SUPERIORE (88.01.1) e TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC (88.01.2)	TC FEGATO MULTIFASICA	88.01.7_0
88.01.8	TC [CLISMA TC] TENUE (con enteroclisi). Incluso: eventuale studio dell'addome extraintestinale. Non associabile a TC DELL' ADDOME SUPERIORE (88.01.1) e TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC (88.01.2)	TC [CLISMA TC] TENUE (con enteroclisi)	88.01.8_0
88.01.9	TC COLON. Incluso: eventuale studio dell'addome extraintestinale e Colonscopia virtuale. Non associabile a TC DELL' ADDOME SUPERIORE (88.01.1) e TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC (88.01.2), TC DELL' ADDOME INFERIORE (88.01.3), TC DELL' ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC (88.01.4), TC DELL' ADDOME COMPLETO (88.01.5), TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC (88.01.6)	TC COLON. Incluso: eventuale studio dell'addome extraintestinale e Colonscopia virtuale.	88.01.9_0

Allegato 2 - Prestazioni Critiche

CODICE NTR LAZIO	DESCRIZIONE CODICE NTR RL	DESCRIZIONE CUR	CODICE CUR
88.21.1	RX DELLO STRETTO TORACICO SUPERIORE - STUDIO DELLA CLAVICOLA E DELL'ARTICOLAZIONE STERNOCLAVEARE	RX DELLO STRETTO TORACICO SUPERIORE - STUDIO DELLA CLAVICOLA E DELL'ARTICOLAZIONE STERNOCLAVEARE	88.21.1_0
88.21.2	RX DELLA SPALLA	RX DELLA SPALLA	
88.21.2	RX DELLA SPALLA	RX DELLA SPALLA DX	88.21.2_2
88.21.2	RX DELLA SPALLA	RX DELLA SPALLA SX	88.21.2_3
88.21.3	RX DEL BRACCIO	RX DEL BRACCIO	
88.21.3	RX DEL BRACCIO	RX DEL BRACCIO DX	88.21.3_2
88.21.3	RX DEL BRACCIO	RX DEL BRACCIO SX	88.21.3_3
88.22.1	RX DEL GOMITO	RX DEL GOMITO	
88.22.1	RX DEL GOMITO	RX DEL GOMITO DX	88.22.1_2
88.22.1	RX DEL GOMITO	RX DEL GOMITO SX	88.22.1_3
88.22.2	RX DELL'AVAMBRACCIO	RX DELL'AVAMBRACCIO	
88.22.2	RX DELL'AVAMBRACCIO	RX DELL'AVAMBRACCIO DX	88.22.2_2
88.22.2	RX DELL'AVAMBRACCIO	RX DELL'AVAMBRACCIO SX	88.22.2_3
88.23.1	RX DEL POLSO	RX DEL POLSO	
88.23.1	RX DEL POLSO	RX DEL POLSO DX	88.23.1_2
88.23.1	RX DEL POLSO	RX DEL POLSO SX	88.23.1_3
88.23.2	RX DELLA MANO comprese le dita	RX DELLA MANO comprese le dita	
88.23.2	RX DELLA MANO comprese le dita	RX DELLA MANO DX comprese le dita	88.23.2_2
88.23.2	RX DELLA MANO comprese le dita	RX DELLA MANO SX comprese le dita	88.23.2_3
88.27.1	RX DEL FEMORE	RX DEL FEMORE	
88.27.1	RX DEL FEMORE	RX DEL FEMORE DX	88.27.1_2
88.27.1	RX DEL FEMORE	RX DEL FEMORE SX	88.27.1_3
88.27.2	RX DEL GINOCCHIO	RX DEL GINOCCHIO	
88.27.2	RX DEL GINOCCHIO	RX DEL GINOCCHIO DX	88.27.2_2
88.27.2	RX DEL GINOCCHIO	RX DEL GINOCCHIO SX	88.27.2_3
88.27.3	RX DELLA GAMBA	RX DELLA GAMBA	
88.27.3	RX DELLA GAMBA	RX DELLA GAMBA DX	88.27.3_2
88.27.3	RX DELLA GAMBA	RX DELLA GAMBA SX	88.27.3_3
88.28.1	RX DELLA CAVIGLIA	RX DELLA CAVIGLIA	
88.28.1	RX DELLA CAVIGLIA	RX DELLA CAVIGLIA DX	88.28.1_2
88.28.1	RX DELLA CAVIGLIA	RX DELLA CAVIGLIA SX	88.28.1_3
88.28.2	RX DEL PIEDE [CALCAGNO] comprese le dita	RX DEL PIEDE [CALCAGNO] comprese le dita	
88.28.2	RX DEL PIEDE [CALCAGNO] comprese le dita	RX DEL PIEDE [CALCAGNO] DX comprese le dita	88.28.2_2
88.28.2	RX DEL PIEDE [CALCAGNO] comprese le dita	RX DEL PIEDE [CALCAGNO] SX comprese le dita	88.28.2_3
88.38.5	TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE. Non associabile a 88.39.2, 88.39.3 e 88.39.A	TC BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE	88.38.5_0
88.38.8	ARTRO TC. Spalla o gomito o ginocchio	ARTRO TC - Spalla o gomito o ginocchio	
88.38.8	ARTRO TC. Spalla o gomito o ginocchio	ARTRO TC GINOCCHIO DX	88.38.8_2
88.38.8	ARTRO TC. Spalla o gomito o ginocchio	ARTRO TC GINOCCHIO SX	88.38.8_3

Allegato 2 - Prestazioni Critiche

CODICE NTR LAZIO	DESCRIZIONE CODICE NTR RL	DESCRIZIONE CUR	CODICE CUR
88.38.8	ARTRO TC. Spalla o gomito o ginocchio	ARTRO TC GOMITO DX	88.38.8_4
88.38.8	ARTRO TC. Spalla o gomito o ginocchio	ARTRO TC GOMITO SX	88.38.8_5
88.38.8	ARTRO TC. Spalla o gomito o ginocchio	ARTRO TC SPALLA DX	88.38.8_6
88.38.8	ARTRO TC. Spalla o gomito o ginocchio	ARTRO TC SPALLA SX	88.38.8_7
88.38.9	TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA SENZA E CON MDC. Almeno quattro distretti anatomici. Incluso: CRANIO, COLLO, TORACE, ADDOME. Non associabile a 88.01.2, 88.01.4, 88.01.6, 88.38.D, 88.38.E e 88.38.F	TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA. Almeno tre distretti anatomici	88.38.9_0
88.38.A	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEbraLE CERVICALE. Non associabile a: TC DEL COLLO (87.03.7)	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEbraLE CERVICALE	88.38.A_0
88.38.B	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEbraLE TORACICO. Non associabile a TC DEL TORACE (87.41), TC DEL TORACE SENZA E CON MDC (87.41.1), TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA SENZA E CON MDC (88.38.9).	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEbraLE TORACICO	88.38.B_0
88.38.C	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEbraLE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE. Non associabile a TC DELL' ADDOME SUPERIORE (88.01.1), TC DELL' ADDOME INFERIORE (88.01.3), TC DELL' ADDOME COMPLETO (88.01.5), TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA SENZA E CON MDC (88.38.9).	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEbraLE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE	88.38.C_0
88.38.D	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEbraLE CERVICALE SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL COLLO SENZA E CON MDC (87.03.8) e TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA SENZA E CON MDC (88.38.9).	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEbraLE CERVICALE SENZA E CON MDC	88.38.D_0
88.38.E	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEbraLE TORACICO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL TORACE (87.41), TC DEL TORACE SENZA E CON MDC (87.41.1), TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA SENZA E CON MDC (88.38.9)	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEbraLE TORACICO SENZA E CON MDC	88.38.E_0
88.38.F	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEbraLE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC (88.01.2), TC DELL' ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC (88.01.4), TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC (88.01.6), TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA SENZA E CON MDC (88.38.9)	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEbraLE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE SENZA E CON MDC	88.38.F_0

Allegato 2 - Prestazioni Critiche

CODICE NTR LAZIO	DESCRIZIONE CODICE NTR RL	DESCRIZIONE CUR	CODICE CUR
88.38.G	TC DELLA SPALLA. Non associabile a TC DEL BRACCIO (88.38.H) e TC DI SPALLA E BRACCIO (88.38.N)	TC DELLA SPALLA	
88.38.G	TC DELLA SPALLA. Non associabile a TC DEL BRACCIO (88.38.H) e TC DI SPALLA E BRACCIO (88.38.N)	TC DELLA SPALLA DX	88.38.G_2
88.38.G	TC DELLA SPALLA. Non associabile a TC DEL BRACCIO (88.38.H) e TC DI SPALLA E BRACCIO (88.38.N)	TC DELLA SPALLA SX	88.38.G_3
88.38.H	TC DEL BRACCIO. Non associabile a TC DELLA SPALLA (88.38.G) e TC DI SPALLA E BRACCIO (88.38.N)	TC DEL BRACCIO	
88.38.H	TC DEL BRACCIO. Non associabile a TC DELLA SPALLA (88.38.G) e TC DI SPALLA E BRACCIO (88.38.N)	TC DEL BRACCIO DX	88.38.H_2
88.38.H	TC DEL BRACCIO. Non associabile a TC DELLA SPALLA (88.38.G) e TC DI SPALLA E BRACCIO (88.38.N)	TC DEL BRACCIO SX	88.38.H_3
88.38.J	TC DEL GOMITO. Non associabile a TC DELL'AVAMBRACCIO (88.38.K) e TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO (88.38.P)	TC DEL GOMITO	
88.38.J	TC DEL GOMITO. Non associabile a TC DELL'AVAMBRACCIO (88.38.K) e TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO (88.38.P)	TC DEL GOMITO DX	88.38.J_2
88.38.J	TC DEL GOMITO. Non associabile a TC DELL'AVAMBRACCIO (88.38.K) e TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO (88.38.P)	TC DEL GOMITO SX	88.38.J_3
88.38.K	TC DELL'AVAMBRACCIO. Non associabile a TC DEL GOMITO (88.38.J) e TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO (88.38.P)	TC DELL'AVAMBRACCIO	
88.38.K	TC DELL'AVAMBRACCIO. Non associabile a TC DEL GOMITO (88.38.J) e TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO (88.38.P)	TC DELL'AVAMBRACCIO DX	88.38.K_2
88.38.K	TC DELL'AVAMBRACCIO. Non associabile a TC DEL GOMITO (88.38.J) e TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO (88.38.P)	TC DELL'AVAMBRACCIO SX	88.38.K_3
88.38.L	TC DEL POLSO. Non associabile a TC DELLA MANO (88.38.M) e TC DI POLSO E MANO (88.38.Q)	TC DEL POLSO	
88.38.L	TC DEL POLSO. Non associabile a TC DELLA MANO (88.38.M) e TC DI POLSO E MANO (88.38.Q)	TC DEL POLSO DX	88.38.L_2
88.38.L	TC DEL POLSO. Non associabile a TC DELLA MANO (88.38.M) e TC DI POLSO E MANO (88.38.Q)	TC DEL POLSO SX	88.38.L_3
88.38.M	TC DELLA MANO. Non associabile a TC DEL POLSO (88.38.L) e TC DI POLSO E MANO (88.38.Q)	TC DELLA MANO	

Allegato 2 - Prestazioni Critiche

CODICE NTR LAZIO	DESCRIZIONE CODICE NTR RL	DESCRIZIONE CUR	CODICE CUR
88.38.M	TC DELLA MANO. Non associabile a TC DEL POLSO (88.38.L) e TC DI POLSO E MANO (88.38.Q)	TC DELLA MANO DX	88.38.M_2
88.38.M	TC DELLA MANO. Non associabile a TC DEL POLSO (88.38.L) e TC DI POLSO E MANO (88.38.Q)	TC DELLA MANO SX	88.38.M_3
88.38.N	TC DI SPALLA E BRACCIO. Non associabile a TC DELLA SPALLA (88.38.G) e TC DEL BRACCIO (88.38.H)	TC DI SPALLA E BRACCIO	
88.38.N	TC DI SPALLA E BRACCIO. Non associabile a TC DELLA SPALLA (88.38.G) e TC DEL BRACCIO (88.38.H)	TC DI SPALLA E BRACCIO DX	88.38.N_2
88.38.N	TC DI SPALLA E BRACCIO. Non associabile a TC DELLA SPALLA (88.38.G) e TC DEL BRACCIO (88.38.H)	TC DI SPALLA E BRACCIO SX	88.38.N_3
88.38.P	TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO. Non associabile a TC DEL GOMITO (88.38.J) e TC DELL'AVAMBRACCIO (88.38.K)	TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO	
88.38.P	TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO. Non associabile a TC DEL GOMITO (88.38.J) e TC DELL'AVAMBRACCIO (88.38.K)	TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO DX	88.38.P_2
88.38.P	TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO. Non associabile a TC DEL GOMITO (88.38.J) e TC DELL'AVAMBRACCIO (88.38.K)	TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO SX	88.38.P_3
88.38.Q	TC DI POLSO E MANO. Non associabile a TC DEL POLSO (88.38.L) e TC DELLA MANO (88.38.M)	TC DI POLSO E MANO	
88.38.Q	TC DI POLSO E MANO. Non associabile a TC DEL POLSO (88.38.L) e TC DELLA MANO (88.38.M)	TC DI POLSO E MANO DX	88.38.Q_2
88.38.Q	TC DI POLSO E MANO. Non associabile a TC DEL POLSO (88.38.L) e TC DELLA MANO (88.38.M)	TC DI POLSO E MANO SX	88.38.Q_3
88.38.R	TC DELLA SPALLA SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL BRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.S) e TC DI SPALLA E BRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.X)	TC DELLA SPALLA SENZA E CON MDC	
88.38.R	TC DELLA SPALLA SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL BRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.S) e TC DI SPALLA E BRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.X)	TC DELLA SPALLA DX SENZA E CON MDC	88.38.R_2
88.38.R	TC DELLA SPALLA SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL BRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.S) e TC DI SPALLA E BRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.X)	TC DELLA SPALLA SX SENZA E CON MDC	88.38.R_3
88.38.S	TC DEL BRACCIO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA SPALLA SENZA E CON MDC (88.38.R) e TC DI SPALLA E BRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.X)	TC DEL BRACCIO SENZA E CON MDC	
88.38.S	TC DEL BRACCIO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA SPALLA SENZA E CON MDC (88.38.R) e TC DI SPALLA E BRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.X)	TC DEL BRACCIO DX SENZA E CON MDC	88.38.S_2

Allegato 2 - Prestazioni Critiche

CODICE NTR LAZIO	DESCRIZIONE CODICE NTR RL	DESCRIZIONE CUR	CODICE CUR
88.38.S	TC DEL BRACCIO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA SPALLA SENZA E CON MDC (88.38.R) e TC DI SPALLA E BRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.X)	TC DEL BRACCIO SX SENZA E CON MDC	88.38.S_3
88.38.T	TC DEL GOMITO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.U) e TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.Y)	TC DEL GOMITO SENZA E CON MDC	
88.38.T	TC DEL GOMITO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.U) e TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.Y)	TC DEL GOMITO DX SENZA E CON MDC	88.38.T_2
88.38.T	TC DEL GOMITO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.U) e TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.Y)	TC DEL GOMITO SX SENZA E CON MDC	88.38.T_3
88.38.U	TC DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL GOMITO SENZA E CON MDC (88.38.T) e TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.Y)	TC DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC	
88.38.U	TC DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL GOMITO SENZA E CON MDC (88.38.T) e TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.Y)	TC DELL'AVAMBRACCIO DX SENZA E CON MDC	88.38.U_2
88.38.U	TC DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL GOMITO SENZA E CON MDC (88.38.T) e TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.Y)	TC DELL'AVAMBRACCIO SX SENZA E CON MDC	88.38.U_3
88.38.V	TC DEL POLSO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA MANO SENZA E CON MDC (88.38.W) e TC DI POLSO E MANO SENZA E CON MDC (88.38.Z)	TC DEL POLSO SENZA E CON MDC	
88.38.V	TC DEL POLSO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA MANO SENZA E CON MDC (88.38.W) e TC DI POLSO E MANO SENZA E CON MDC (88.38.Z)	TC DEL POLSO DX SENZA E CON MDC	88.38.V_2
88.38.V	TC DEL POLSO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA MANO SENZA E CON MDC (88.38.W) e TC DI POLSO E MANO SENZA E CON MDC (88.38.Z)	TC DEL POLSO SX SENZA E CON MDC	88.38.V_3
88.38.W	TC DELLA MANO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL POLSO SENZA E CON MDC (88.38.V) e TC DI POLSO E MANO SENZA E CON MDC (88.38.Z)	TC DELLA MANO SENZA E CON MDC	
88.38.W	TC DELLA MANO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL POLSO SENZA E CON MDC (88.38.V) e TC DI POLSO E MANO SENZA E CON MDC (88.38.Z)	TC DELLA MANO DX SENZA E CON MDC	88.38.W_2

Allegato 2 - Prestazioni Critiche

CODICE NTR LAZIO	DESCRIZIONE CODICE NTR RL	DESCRIZIONE CUR	CODICE CUR
88.38.W	TC DELLA MANO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL POLSO SENZA E CON MDC (88.38.V) e TC DI POLSO E MANO SENZA E CON MDC (88.38.Z)	TC DELLA MANO SX SENZA E CON MDC	88.38.W_3
88.38.X	TC DI SPALLA E BRACCIO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA SPALLA SENZA E CON MDC (88.38.R) e TC DEL BRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.S)	TC DI SPALLA E BRACCIO SENZA E CON MDC	
88.38.X	TC DI SPALLA E BRACCIO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA SPALLA SENZA E CON MDC (88.38.R) e TC DEL BRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.S)	TC DI SPALLA E BRACCIO DX SENZA E CON MDC	88.38.X_2
88.38.X	TC DI SPALLA E BRACCIO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA SPALLA SENZA E CON MDC (88.38.R) e TC DEL BRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.S)	TC DI SPALLA E BRACCIO SX SENZA E CON MDC	88.38.X_3
88.38.Y	TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL GOMITO SENZA E CON MDC (88.38.T) e TC DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.U)	TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC	
88.38.Y	TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL GOMITO SENZA E CON MDC (88.38.T) e TC DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.U)	TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO DX SENZA E CON MDC	88.38.Y_2
88.38.Y	TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL GOMITO SENZA E CON MDC (88.38.T) e TC DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.U)	TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO SX SENZA E CON MDC	88.38.Y_3
88.38.Z	TC DI POLSO E MANO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL POLSO SENZA E CON MDC (88.38.V) e TC DELLA MANO SENZA E CON MDC (88.38.W)	TC DI POLSO E MANO SENZA E CON MDC	
88.38.Z	TC DI POLSO E MANO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL POLSO SENZA E CON MDC (88.38.V) e TC DELLA MANO SENZA E CON MDC (88.38.W)	TC DI POLSO E MANO DX SENZA E CON MDC	88.38.Z_2
88.38.Z	TC DI POLSO E MANO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL POLSO SENZA E CON MDC (88.38.V) e TC DELLA MANO SENZA E CON MDC (88.38.W)	TC DI POLSO E MANO SX SENZA E CON MDC	88.38.Z_3
88.39.3	TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE]. Non associabile a TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE (88.39.2), TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE (88.38.5) e TC DEL GINOCCHIO (88.39.4)	TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE]	
88.39.3	TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE]. Non associabile a TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE (88.39.2), TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE (88.38.5) e TC DEL GINOCCHIO (88.39.4)	TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] DX	88.39.3_2

Allegato 2 - Prestazioni Critiche

CODICE NTR LAZIO	DESCRIZIONE CODICE NTR RL	DESCRIZIONE CUR	CODICE CUR
88.39.3	TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE]. Non associabile a TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE (88.39.2), TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE (88.38.5) e TC DEL GINOCCHIO (88.39.4)	TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] SX	88.39.3_3
88.39.4	TC DEL GINOCCHIO. Non associabile a TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] (88.39.3) e TC DELLA GAMBA (88.39.5)	TC DEL GINOCCHIO	
88.39.4	TC DEL GINOCCHIO. Non associabile a TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] (88.39.3) e TC DELLA GAMBA (88.39.5)	TC DEL GINOCCHIO DX	88.39.4_2
88.39.4	TC DEL GINOCCHIO. Non associabile a TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] (88.39.3) e TC DELLA GAMBA (88.39.5)	TC DEL GINOCCHIO SX	88.39.4_3
88.39.5	TC DELLA GAMBA. Non associabile a TC DEL GINOCCHIO (88.39.4) e TC DELLA CAVIGLIA (88.39.6)	TC DELLA GAMBA	
88.39.5	TC DELLA GAMBA. Non associabile a TC DEL GINOCCHIO (88.39.4) e TC DELLA CAVIGLIA (88.39.6)	TC DELLA GAMBA DX	88.39.5_2
88.39.5	TC DELLA GAMBA. Non associabile a TC DEL GINOCCHIO (88.39.4) e TC DELLA CAVIGLIA (88.39.6)	TC DELLA GAMBA SX	88.39.5_3
88.39.6	TC DELLA CAVIGLIA. Non associabile a TC DEL PIEDE (88.39.7) e TC DELLA GAMBA (88.39.5)	TC DELLA CAVIGLIA	
88.39.6	TC DELLA CAVIGLIA. Non associabile a TC DEL PIEDE (88.39.7) e TC DELLA GAMBA (88.39.5)	TC DELLA CAVIGLIA DX	88.39.6_2
88.39.6	TC DELLA CAVIGLIA. Non associabile a TC DEL PIEDE (88.39.7) e TC DELLA GAMBA (88.39.5)	TC DELLA CAVIGLIA SX	88.39.6_3
88.39.7	TC DEL PIEDE. Non associabile a TC DELLA CAVIGLIA (88.39.6)	TC DEL PIEDE	
88.39.7	TC DEL PIEDE. Non associabile a TC DELLA CAVIGLIA (88.39.6)	TC DEL PIEDE DX	88.39.7_2
88.39.7	TC DEL PIEDE. Non associabile a TC DELLA CAVIGLIA (88.39.6)	TC DEL PIEDE SX	88.39.7_3
88.39.8	TC DI GINOCCHIO E GAMBA . Non associabile a TC DEL GINOCCHIO (88.39.4) e TC DELLA GAMBA (88.39.5)	TC DI GINOCCHIO E GAMBA	
88.39.8	TC DI GINOCCHIO E GAMBA . Non associabile a TC DEL GINOCCHIO (88.39.4) e TC DELLA GAMBA (88.39.5)	TC DI GINOCCHIO E GAMBA DX	88.39.8_2
88.39.8	TC DI GINOCCHIO E GAMBA . Non associabile a TC DEL GINOCCHIO (88.39.4) e TC DELLA GAMBA (88.39.5)	TC DI GINOCCHIO E GAMBA SX	88.39.8_3
88.39.9	TC DI CAVIGLIA E PIEDE. Non associabile a TC DEL PIEDE (88.39.7) e TC DELLA CAVIGLIA (88.39.6)	TC DI CAVIGLIA E PIEDE	
88.39.9	TC DI CAVIGLIA E PIEDE. Non associabile a TC DEL PIEDE (88.39.7) e TC DELLA CAVIGLIA (88.39.6)	TC DI CAVIGLIA E PIEDE DX	88.39.9_2

Allegato 2 - Prestazioni Critiche

CODICE NTR LAZIO	DESCRIZIONE CODICE NTR RL	DESCRIZIONE CUR	CODICE CUR
88.39.9	TC DI CAVIGLIA E PIEDE. Non associabile a TC DEL PIEDE (88.39.7) e TC DELLA CAVIGLIA (88.39.6)	TC DI CAVIGLIA E PIEDE SX	88.39.9_3
88.39.A	TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE SENZA E CON MDC. Non associabile TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] SENZA E CON MDC (88.39.B) e TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE (88.38.5)	TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE SENZA E CON MDC	
88.39.A	TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE SENZA E CON MDC. Non associabile TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] SENZA E CON MDC (88.39.B) e TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE (88.38.5)	TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE DX SENZA E CON MDC	88.39.A_2
88.39.A	TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE SENZA E CON MDC. Non associabile TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] SENZA E CON MDC (88.39.B) e TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE (88.38.5)	TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE SX SENZA E CON MDC	88.39.A_3
88.39.B	TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] SENZA E CON MDC. Non associabile TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE SENZA E CON MDC (88.39.A) e TC DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC (88.39.C)	TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] SENZA E CON MDC	
88.39.B	TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] SENZA E CON MDC. Non associabile TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE SENZA E CON MDC (88.39.A) e TC DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC (88.39.C)	TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] DX SENZA E CON MDC	88.39.B_2
88.39.B	TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] SENZA E CON MDC. Non associabile TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE SENZA E CON MDC (88.39.A) e TC DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC (88.39.C)	TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] SX SENZA E CON MDC	88.39.B_3
88.39.C	TC DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC Non associabile a TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] SENZA E CON MDC (88.39.B) e TC DELLA GAMBA SENZA E CON MDC (88.39.D)	TC DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC	
88.39.C	TC DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC Non associabile a TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] SENZA E CON MDC (88.39.B) e TC DELLA GAMBA SENZA E CON MDC (88.39.D)	TC DEL GINOCCHIO DX SENZA E CON MDC	88.39.C_2
88.39.C	TC DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC Non associabile a TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] SENZA E CON MDC (88.39.B) e TC DELLA GAMBA SENZA E CON MDC (88.39.D)	TC DEL GINOCCHIO SX SENZA E CON MDC	88.39.C_3
88.39.D	TC DELLA GAMBA SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC (88.39.C) e TC DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC (88.39.E)	TC DELLA GAMBA SENZA E CON MDC	

Allegato 2 - Prestazioni Critiche

CODICE NTR LAZIO	DESCRIZIONE CODICE NTR RL	DESCRIZIONE CUR	CODICE CUR
88.39.D	TC DELLA GAMBA SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC (88.39.C) e TC DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC (88.39.E)	TC DELLA GAMBA DX SENZA E CON MDC	88.39.D_2
88.39.D	TC DELLA GAMBA SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC (88.39.C) e TC DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC (88.39.E)	TC DELLA GAMBA SX SENZA E CON MDC	88.39.D_3
88.39.E	TC DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA GAMBA SENZA E CON MDC (88.39.D) e TC DEL PIEDE SENZA E CON MDC (88.39.F)	TC DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC	
88.39.E	TC DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA GAMBA SENZA E CON MDC (88.39.D) e TC DEL PIEDE SENZA E CON MDC (88.39.F)	TC DELLA CAVIGLIA DX SENZA E CON MDC	88.39.E_2
88.39.E	TC DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA GAMBA SENZA E CON MDC (88.39.D) e TC DEL PIEDE SENZA E CON MDC (88.39.F)	TC DELLA CAVIGLIA SX SENZA E CON MDC	88.39.E_3
88.39.F	TC DEL PIEDE SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC (88.39.E)	TC DEL PIEDE SENZA E CON MDC	
88.39.F	TC DEL PIEDE SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC (88.39.E)	TC DEL PIEDE DX SENZA E CON MDC	88.39.F_2
88.39.F	TC DEL PIEDE SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC (88.39.E)	TC DEL PIEDE SX SENZA E CON MDC	88.39.F_3
88.39.G	TC DI GINOCCHIO E GAMBA SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC (88.39.C) e TC DELLA GAMBA SENZA E CON MDC (88.39.D)	TC DI GINOCCHIO E GAMBA SENZA E CON MDC	
88.39.G	TC DI GINOCCHIO E GAMBA SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC (88.39.C) e TC DELLA GAMBA SENZA E CON MDC (88.39.D)	TC DI GINOCCHIO E GAMBA DX SENZA E CON MDC	88.39.G_2
88.39.G	TC DI GINOCCHIO E GAMBA SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC (88.39.C) e TC DELLA GAMBA SENZA E CON MDC (88.39.D)	TC DI GINOCCHIO E GAMBA SX SENZA E CON MDC	88.39.G_3
88.39.H	TC DI CAVIGLIA E PIEDE SENZA E CON MDC. Non associabile a: TC DI CAVIGLIA E PIEDE (88.39.9), TC DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC (88.39.E) e TC DEL PIEDE SENZA E CON MDC (88.39.F)	TC DI CAVIGLIA E PIEDE SENZA E CON MDC	

Allegato 2 - Prestazioni Critiche

CODICE NTR LAZIO	DESCRIZIONE CODICE NTR RL	DESCRIZIONE CUR	CODICE CUR
88.39.H	TC DI CAVIGLIA E PIEDE SENZA E CON MDC. Non associabile a: TC DI CAVIGLIA E PIEDE (88.39.9), TC DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC (88.39.E) e TC DEL PIEDE SENZA E CON MDC (88.39.F)	TC DI CAVIGLIA E PIEDE DX SENZA E CON MDC	88.39.H_2
88.39.H	TC DI CAVIGLIA E PIEDE SENZA E CON MDC. Non associabile a: TC DI CAVIGLIA E PIEDE (88.39.9), TC DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC (88.39.E) e TC DEL PIEDE SENZA E CON MDC (88.39.F)	TC DI CAVIGLIA E PIEDE SX SENZA E CON MDC	88.39.H_3
88.43	ANGIO TC DEL CIRCOLO POLMONARE	ANGIO TC DEL CIRCOLO POLMONARE	88.43_0
88.71.4	ECOGRAFIA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroidi, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Incluso: colordoppler delle ghiandole salivari, della tiroide e delle paratiroidi.	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA CAPO E COLLO	
88.71.4	ECOGRAFIA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroidi, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Incluso: colordoppler delle ghiandole salivari, della tiroide e delle paratiroidi.	ECOGRAFIA DEL CAPO E DEL COLLO	88.71.4_2
88.71.4	ECOGRAFIA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroidi, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Incluso: colordoppler delle ghiandole salivari, della tiroide e delle paratiroidi.	ECOGRAFIA COLLO PER LINFONODI	88.71.4_3
88.71.4	ECOGRAFIA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroidi, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Incluso: colordoppler delle ghiandole salivari, della tiroide e delle paratiroidi.	ECOGRAFIA TIROIDE-PARATIROIDI	88.71.4_4
88.71.4	ECOGRAFIA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroidi, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Incluso: colordoppler delle ghiandole salivari, della tiroide e delle paratiroidi.	ECOCOLORDOPPLER TIROIDE	88.71.4_5
88.71.4	ECOGRAFIA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroidi, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Incluso: colordoppler delle ghiandole salivari, della tiroide e delle paratiroidi.	ECOGRAFIA GHIANDOLE SALIVARI	88.71.4_6
88.71.4	ECOGRAFIA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroidi, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Incluso: colordoppler delle ghiandole salivari, della tiroide e delle paratiroidi.	ECOGRAFIA COLLO	88.71.4_7

Allegato 2 - Prestazioni Critiche

CODICE NTR LAZIO	DESCRIZIONE CODICE NTR RL	DESCRIZIONE CUR	CODICE CUR
88.71.4	ECOGRAFIA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroidi, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Incluso: colordoppler delle ghiandole salivari, della tiroide e delle paratiroidi.	ECOGRAFIA DELLE PAROTIDI	88.71.4_8
88.71.4	ECOGRAFIA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroidi, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Incluso: colordoppler delle ghiandole salivari, della tiroide e delle paratiroidi.	ECOGRAFIA TIROIDE	88.71.4_9
88.71.5	ECOCOLORDOPPLER TRANSCRANICO SENZA E CON MEZZO DI CONTRASTO	ECOCOLORDOPPLER TRANSCRANICO CON E SENZA MEZZO DI CONTRASTO	88.71.5_0
88.71.6	MONITORAGGIO DOPPLER TRANSCRANICO PER IL MICROEMBOLISMO [MESH]	MONITORAGGIO DOPPLER TRANSCRANICO PER IL MICROEMBOLISMO [MESH]	88.71.6_0
88.72.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica (88.72.3)	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo	88.72.2_0
88.72.3	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo (88.72.2)	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica	88.72.3_0
88.72.4	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA TRANSESOFAGEA Ecocardiografia transesofagea Non associabile a ECOGRAFIA MEDIASTINICA TRANSESOFAGEA (88.73.8)	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA TRANSESOFAGEA	88.72.4_0
88.72.5	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA FETALE	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA FETALE	88.72.5_0
88.72.6	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA SENZA e CON MDC A riposo. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo (88.72.2) e ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA SENZA e CON MDC A riposo e dopo prova (88.72.7)	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA SENZA e CON MDC A riposo	
88.72.6	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA SENZA e CON MDC A riposo. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo (88.72.2) e ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA SENZA e CON MDC A riposo e dopo prova (88.72.7)	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA SENZA e CON MDC A riposo	88.72.6_2
88.72.6	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA SENZA e CON MDC A riposo. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo (88.72.2) e ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA SENZA e CON MDC A riposo e dopo prova (88.72.7)	ECOCOLORDOPPLER CON TEST ALLE BOLLE (BUBBLE TEST)	88.72.6_3

Allegato 2 - Prestazioni Critiche

CODICE NTR LAZIO	DESCRIZIONE CODICE NTR RL	DESCRIZIONE CUR	CODICE CUR
88.72.7	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA SENZA e CON MDC A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo (88.72.2) e ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA SENZA e CON MDC A riposo. (88.72.6)	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA SENZA e CON MDC A riposo e dopo prova fisica o farmacologica.	88.72.7_0
88.73.1	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso ecografia del cavo ascellare. Incluso: colordoppler se necessario. Incluso: eventuale valutazione clinica della mammella	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA	88.73.1_0
88.73.2	ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso: ecografia del cavo ascellare ed eventuale integrazione Colordoppler. Incluso: eventuale valutazione clinica della mammella	ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA	
88.73.2	ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso: ecografia del cavo ascellare ed eventuale integrazione Colordoppler. Incluso: eventuale valutazione clinica della mammella	ECOGRAFIA MAMMELLA DX	88.73.2_2
88.73.2	ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso: ecografia del cavo ascellare ed eventuale integrazione Colordoppler. Incluso: eventuale valutazione clinica della mammella	ECOGRAFIA MAMMELLA SX	88.73.2_3
88.73.3	ECOGRAFIA TORACICA. Incluso: colordoppler se necessario	ECOGRAFIA TORACICA	88.73.3_0
88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. Incluso: carotidi, vertebrali, tronco anonimo e suclavia. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica. Valutazione degli indici quantitativi e semiquantitativi	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	88.73.5_0
88.73.6	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI VASI VENOSI DEL COLLO. Incluso: giugulari,suclavie, vene anonime	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA DEI VASI VENOSI DEL COLLO	88.73.6_0
88.73.7	ECOCOLORDOPPLER PARATIROIDI	ECOCOLORDOPPLER PARATIROIDI	88.73.7_100
88.73.8	ECOGRAFIA MEDIASTINICA TRANSESOFAGEA Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA TRANSESOFAGEA (88.72.4)	ECOGRAFIA MEDIASTINICA TRANSESOFAGEA	88.73.8_0
88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale. Incluso colordoppler se necessario. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE	

Allegato 2 - Prestazioni Critiche

CODICE NTR LAZIO	DESCRIZIONE CODICE NTR RL	DESCRIZIONE CUR	CODICE CUR
88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale. Incluso colordoppler se necessario. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE	88.74.1_2
88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale. Incluso colordoppler se necessario. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K	ECOGRAFIA CON ELASTOMETRIA EPATICA	88.74.1_3
88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale. Incluso colordoppler se necessario. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K	ECOGRAFIA GASTRO-ESOFAGEA	88.74.1_4
88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale. Incluso colordoppler se necessario. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K	ECOGRAFIA EPATICA E VIE BILIARI	88.74.1_5
88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale. Incluso colordoppler se necessario. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K	ECOGRAFIA PANCREATICA	88.74.1_6
88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale. Incluso colordoppler se necessario. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K	ECOGRAFIA SPLENICA	88.74.1_8

Allegato 2 - Prestazioni Critiche

CODICE NTR LAZIO	DESCRIZIONE CODICE NTR RL	DESCRIZIONE CUR	CODICE CUR
88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale. Incluso colordoppler se necessario. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K	ECOGRAFIA SPAZIO RETROPERITONEALE	88.74.1_10
88.75.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE. Incluso: reni e surreni, ureteri, vescica, prostata, pelvi maschile o femminile ed ecografia sovrapubica. Incluso: Colordoppler se necessario. Non associabile a 88.74.1, 88.76.1, 88.79.5, 88.79.6	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE	
88.75.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE. Incluso: reni e surreni, ureteri, vescica, prostata, pelvi maschile o femminile ed ecografia sovrapubica. Incluso: Colordoppler se necessario. Non associabile a 88.74.1, 88.76.1, 88.79.5, 88.79.6	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE	88.75.1_2
88.75.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE. Incluso: reni e surreni, ureteri, vescica, prostata, pelvi maschile o femminile ed ecografia sovrapubica. Incluso: Colordoppler se necessario. Non associabile a 88.74.1, 88.76.1, 88.79.5, 88.79.6	ECOGRAFIA PELVICA	88.75.1_3
88.75.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE. Incluso: reni e surreni, ureteri, vescica, prostata, pelvi maschile o femminile ed ecografia sovrapubica. Incluso: Colordoppler se necessario. Non associabile a 88.74.1, 88.76.1, 88.79.5, 88.79.6	ECOGRAFIA SOVRAPUBICA DELLA PROSTATA	88.75.1_5
88.75.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE. Incluso: reni e surreni, ureteri, vescica, prostata, pelvi maschile o femminile ed ecografia sovrapubica. Incluso: Colordoppler se necessario. Non associabile a 88.74.1, 88.76.1, 88.79.5, 88.79.6	ECOGRAFIA VESCICA	88.75.1_7
88.75.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE. Incluso: reni e surreni, ureteri, vescica, prostata, pelvi maschile o femminile ed ecografia sovrapubica. Incluso: Colordoppler se necessario. Non associabile a 88.74.1, 88.76.1, 88.79.5, 88.79.6	ECOGRAFIA RENALE	88.75.1_8
88.75.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE. Incluso: reni e surreni, ureteri, vescica, prostata, pelvi maschile o femminile ed ecografia sovrapubica. Incluso: Colordoppler se necessario. Non associabile a 88.74.1, 88.76.1, 88.79.5, 88.79.6	ECOGRAFIA SURRENALE	88.75.1_9
88.75.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE. Incluso: reni e surreni, ureteri, vescica, prostata, pelvi maschile o femminile ed ecografia sovrapubica. Incluso: Colordoppler se necessario. Non associabile a 88.74.1, 88.76.1, 88.79.5, 88.79.6	ECOGRAFIA RENI E SURRENI	88.75.1_10

Allegato 2 - Prestazioni Critiche

CODICE NTR LAZIO	DESCRIZIONE CODICE NTR RL	DESCRIZIONE CUR	CODICE CUR
88.76.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO. Incluso: Colordoppler se necessario. Non associabile a 88.74.1, 88.75.1, 88.78.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO	88.76.1_0
88.76.3	ECOCOLOR DOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI. Escluso: vasi viscerali	ECOCOLOR DOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI. Escluso: vasi viscerali	88.76.3_0
88.76.4	ECOCOLOR DOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI SENZA E CON MEZZO DI CONTRASTO. Escluso: vasi viscerali	ECOCOLOR DOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI CON O SENZA MEZZO DI CONTRASTO. Escluso: vasi viscerali	88.76.4_0
88.76.5	ECOCOLORDOPPLER VASI VISCERALI. Non associabile a 88.74.1	ECOCOLORDOPPLER VASI VISCERALI	88.76.5_0
88.76.6	ECOCOLORDOPPLER VASI VISCERALI CON MEZZO DI CONTRASTO. Non associabile a 88.74.1	ECOCOLORDOPPLER VASI VISCERALI CON MEZZO DI CONTRASTO	88.76.6_0
88.77.4	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO. A riposo	88.77.4_0
88.77.5	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO. A riposo e dopo prova fisica o farmacologica	88.77.5_0
88.77.6	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO. A riposo	88.77.6_0
88.77.7	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO. A riposo e dopo prova fisica o farmacologica	88.77.7_0
88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA	ECOGRAFIA OSTETRICA	
88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA	ECOGRAFIA OSTETRICA	88.78_2
88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA	ECOGRAFIA OSTETRICA I TRIMESTRE	88.78_3
88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA	ECOGRAFIA OSTETRICA III TRIMESTRE	88.78_4
88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale. Incluso: colordoppler se necessario. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1), MONITORAGGIO ECOGRAFICO DEL CICLO OVULATORIO (88.78.1) e ISTEROSONOGRAFIA 87.83.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale. Incluso: eventuale Ecocolordoppler.	88.78.2_100
88.78.3	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA. Non associabile a 88.75.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA	88.78.3_100
88.78.4	ECOGRAFIA OSTETRICA per studio della traslucenza nucale. Incluso: consulenza pre e post test combinato. Non associabile a 88.78.6	ECOGRAFIA OSTETRICA per studio della traslucenza nucale.	88.78.4_100
88.78.5	FLUSSIMETRIA. [ECOCOLORDOPPLER FETOPLACENTARE] Incluso: valutazione indici qualitativi e semiquantitativi	FLUSSIMETRIA. [ECOCOLORDOPPLER FETOPLACENTARE]	88.78.5_0

Allegato 2 - Prestazioni Critiche

CODICE NTR LAZIO	DESCRIZIONE CODICE NTR RL	DESCRIZIONE CUR	CODICE CUR
88.78.6	ECOGRAFIA OSTETRICA. Incluso: studio della traslucenza nucleare. Non associabile a ECOGRAFIA OSTETRICA per studio della traslucenza nucleare (88.78.4)	ECOGRAFIA OSTETRICA. Incluso: studio della traslucenza nucleare.	88.78.6_0
88.79.1	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO. Studio delle parti molli. Incluso: eventuale integrazione colordoppler	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO. Studio delle parti molli.	
88.79.1	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO. Studio delle parti molli. Incluso: eventuale integrazione colordoppler	ECO CUTE E TESSUTO SOTTOCUTANEO Per singolo distretto	88.79.1_2
88.79.1	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO. Studio delle parti molli. Incluso: eventuale integrazione colordoppler	ECOGRAFIA ORBITE	88.79.1_7
88.79.2	ECOGRAFIA DELLE ANCHE NEL NEONATO	ECOGRAFIA DELLE ANCHE NEL NEONATO	88.79.2_0
88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione colordoppler	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE	
88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione colordoppler	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare.	88.79.3_2
88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione colordoppler	ECOGRAFIA ANCA DX	88.79.3_3
88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione colordoppler	ECOGRAFIA ANCA SX	88.79.3_4
88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione colordoppler	ECOGRAFIA CAVIGLIA DX	88.79.3_5
88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione colordoppler	ECOGRAFIA CAVIGLIA SX	88.79.3_6
88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione colordoppler	ECOGRAFIA DITA MANO DX	88.79.3_7
88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione colordoppler	ECOGRAFIA DITA MANO SX	88.79.3_8

Allegato 2 - Prestazioni Critiche

CODICE NTR LAZIO	DESCRIZIONE CODICE NTR RL	DESCRIZIONE CUR	CODICE CUR
88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione colordoppler	ECOGRAFIA GINOCCHIO DX	88.79.3_9
88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione colordoppler	ECOGRAFIA GINOCCHIO SX	88.79.3_10
88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione colordoppler	ECOGRAFIA GOMITO DX	88.79.3_11
88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione colordoppler	ECOGRAFIA GOMITO SX	88.79.3_12
88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione colordoppler	ECOGRAFIA MANO DX	88.79.3_13
88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione colordoppler	ECOGRAFIA MANO SX	88.79.3_14
88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione colordoppler	ECOGRAFIA PIEDE DX	88.79.3_15
88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione colordoppler	ECOGRAFIA PIEDE SX	88.79.3_16
88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione colordoppler	ECOGRAFIA POLSO DX	88.79.3_17
88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione colordoppler	ECOGRAFIA POLSO SX	88.79.3_18
88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione colordoppler	ECOGRAFIA SPALLA DX	88.79.3_19
88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione colordoppler	ECOGRAFIA SPALLA SX	88.79.3_20

Allegato 2 - Prestazioni Critiche

CODICE NTR LAZIO	DESCRIZIONE CODICE NTR RL	DESCRIZIONE CUR	CODICE CUR
88.79.5	ECOGRAFIA DEL PENE. Non associabile a ECOCOLORDOPPLER PENIENO DINAMICO CON STIMOLAZIONE FARMACOLOGICA (88.79.D)	ECOGRAFIA DEL PENE	88.79.5_0
88.79.6	ECOGRAFIA SCROTALE. Incluso: testicoli e annessi testicolari. Incluso: integrazione colordoppler. Non associabile a 88.75.1	ECOGRAFIA SCROTALE	88.79.6_0
88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE. Incluso: ecografia dell'addome inferiore. Incluso: colordoppler se necessario. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1) e ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO (88.76.1)	ECOGRAFIA TRANSRETTALE	88.79.8_0
88.79.A	ECOGRAFIA PARETE ADDOMINALE. Studio di ernia o di diastasi muscolare. Incluso: colordoppler se necessario	ECOGRAFIA PARETE ADDOMINALE. Studio di ernia o di diastasi muscolare	88.79.A_0
88.79.B	CISTOSONOGRAFIA CON MDC. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1)	CISTOSONOGRAFIA CON MDC	88.79.B_0
88.79.D	ECOCOLORDOPPLER PENIENO DINAMICO CON STIMOLAZIONE FARMACOLOGICA. Incluso: valutazione morfologica ed indici qualitativi e semiquantitativi. Non associabile a ECOGRAFIA DEL PENE (88.79.5)	ECOCOLORDOPPLER PENIENO DINAMICO CON STIMOLAZIONE FARMACOLOGICA	88.79.D_0
88.79.E	ECOCOLORDOPPLER SCROTALE. Studio di varicocele e torsione testicolare. Incluso: valutazione morfologica ed indici qualitativi e semiquantitativi	ECOCOLORDOPPLER SCROTALE. Studio di varicocele e torsione testicolare.	88.79.E_0
88.79.F	ECOGRAFIA ENDOANALE. Incluso: colordoppler se necessario	ECOGRAFIA ENDOANALE	88.79.F_0
88.79.H	ECOGRAFIA ORGANO MIRATA CON MDC. Incluso colordoppler se necessario. Non associabile a 50.91.1 e 50.91.2	ECOGRAFIA ORGANO MIRATA CON MDC	88.79.H_0
88.79.K	ECOGRAFIA DELLE ANSE INTESTINALI. Non associabile a ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE (88.74.1), ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1) e ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO (88.76.1)	ECOGRAFIA DELLE ANSE INTESTINALI	88.79.K_0
88.79.L	ECOGRAFIA STAZIONI LINFONODALI PLURIDISTRETTUALI (LATEROCERVICALE, SOVRACLAVEARE, ASCELLARE, INGUINALE)	ECOGRAFIA STAZIONI LINFONODALI PLURIDISTRETTUALI (LATEROCERVICALE, SOVRACLAVEARE, ASCELLARE, INGUINALE)	88.79.L_0
88.91.1	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM.	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO	

Allegato 2 - Prestazioni Critiche

CODICE NTR LAZIO	DESCRIZIONE CODICE NTR RL	DESCRIZIONE CUR	CODICE CUR
88.91.1	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM.	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO	88.91.1_2
88.91.1	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM.	RM VASI INTRACRANICI	88.91.1_3
88.91.1	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM.	RM VENE CRANIO	88.91.1_4
88.91.2	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE SENZA E CON MDC. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO SENZA E CON MDC	
88.91.2	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE SENZA E CON MDC. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO SENZA E CON MDC	88.91.2_2
88.91.2	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE SENZA E CON MDC. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	RM STUDIO FUNZIONALE CEREBRALE	88.91.2_6
88.91.5	ANGIO- RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO	ANGIO RM DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO	88.91.5_0
88.91.6	RM DEL COLLO [faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi]. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	RM DEL COLLO	
88.91.6	RM DEL COLLO [faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi]. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	RM DEL COLLO [faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi]	88.91.6_2
88.91.6	RM DEL COLLO [faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi]. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	RM GHIANDOLE SALIVARI	88.91.6_9
88.91.6	RM DEL COLLO [faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi]. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	RM LARINGE	88.91.6_10

Allegato 2 - Prestazioni Critiche

CODICE NTR LAZIO	DESCRIZIONE CODICE NTR RL	DESCRIZIONE CUR	CODICE CUR
88.91.A	RM DEL MASSICCIO FACCIALE [Mascella, mandibola, cavità nasali, seni paranasali, etmoide]. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE E/O BILATERALE (88.91.B), RM DELLA SELLA TURCICA (88.91.C), RM DELLE ROCCHI PETROSE (88.91.D), RM DELLE ORBITE (88.91.E), e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO (88.91.F)	RM DEL MASSICCIO FACCIALE [Mascella, mandibola, cavità nasali, seni paranasali, etmoide]	88.91.A_0
88.91.B	RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE E/O BILATERALE. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Incluso eventuale esame dinamico. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE (88.91.A), RM DELLA SELLA TURCICA (88.91.C), RM DELLE ROCCHI PETROSE (88.91.D), RM DELLE ORBITE (88.91.E), e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO (88.91.F)	RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE E/O BILATERALE	88.91.B_0
88.91.C	RM DELLA SELLA TURCICA. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE (88.91.A), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE E/O BILATERALE (88.91.B), RM DELLE ROCCHI PETROSE (88.91.D), RM DELLE ORBITE (88.91.E), e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO (88.91.F)	RM DELLA SELLA TURCICA	88.91.C_0
88.91.D	RM DELLE ROCCHI PETROSE. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE (88.91.A), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE E/O BILATERALE (88.91.B), RM DELLA SELLA TURCICA (88.91.C), RM DELLE ORBITE (88.91.E), e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO (88.91.F)	RM DELLE ROCCHI PETROSE	88.91.D_0
88.91.E	RM DELLE ORBITE. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE (88.91.A), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE E/O BILATERALE (88.91.B), RM DELLA SELLA TURCICA (88.91.C), RM DELLE ROCCHI PETROSE (88.91.D) e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO (88.91.F)	RM DELLE ORBITE	88.91.E_0

Allegato 2 - Prestazioni Critiche

CODICE NTR LAZIO	DESCRIZIONE CODICE NTR RL	DESCRIZIONE CUR	CODICE CUR
88.91.F	RM DEL MASSICCIO FACCIALE. Studio multidistrettuale di due o più segmenti/distretti. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE (88.91.A), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE E/O BILATERALE (88.91.B), RM DELLA SELLA TURCICA (88.91.C), RM DELLE ROCCHI PETROSE (88.91.D) e RM DELLE ORBITE (88.91.E)	RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO. Studio multidistrettuale di due o più segmenti/distretti	88.91.F_0
88.91.G	RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC [Mascella, mandibola, cavità nasali, seniparanasali, etmoide]. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE O BILATERALE SENZA E CON MDC (88.91.H), RM DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC (88.91.J), RM DELLE ROCCHI PETROSE SENZA E CON MDC (88.91.K), RM DELLE ORBITE SENZA E CON MDC (88.91.L) e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO SENZA E CON MDC (88.91.M)	RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC [Mascella, mandibola, cavità nasali, seniparanasali, etmoide]	88.91.G_0
88.91.H	RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE O BILATERALE SENZA E CON MDC. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Incluso eventuale esame dinamico. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC (88.91.G), RM DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC (88.91.J), RM DELLE ROCCHI PETROSE SENZA E CON MDC (88.91.K), RM DELLE ORBITE SENZA E CON MDC (88.91.L) e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO SENZA E CON MDC (88.91.M)	RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE O BILATERALE SENZA E CON MDC	88.91.H_0
88.91.J	RM DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC (88.91.G), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE O BILATERALE SENZA E CON MDC (88.91.H), RM DELLE ROCCHI PETROSE SENZA E CON MDC (88.91.K), RM DELLE ORBITE SENZA E CON MDC (88.91.L) e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO SENZA E CON MDC (88.91.M)	RM DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC	88.91.J_0

Allegato 2 - Prestazioni Critiche

CODICE NTR LAZIO	DESCRIZIONE CODICE NTR RL	DESCRIZIONE CUR	CODICE CUR
88.91.K	<p>RM DELLE ROCCHE PETROSE SENZA E CON MDC. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC (88.91.G), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE O BILATERALE SENZA E CON MDC (88.91.H), RM DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC (88.91.J), RM DELLE ORBITE SENZA E CON MDC (88.91.L) e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO SENZA E CON MDC (88.91.M)</p>	RM DELLE ROCCHE PETROSE SENZA E CON MDC	88.91.K_0
88.91.L	<p>RM DELLE ORBITE SENZA E CON MDC. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC (88.91.G), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE O BILATERALE SENZA E CON MDC (88.91.H), RM DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC (88.91.J), RM DELLE ROCCHE PETROSE SENZA E CON MDC (88.91.K), RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO SENZA E CON MDC (88.91.M)</p>	RM DELLE ORBITE SENZA E CON MDC	88.91.L_0
88.91.M	<p>RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC. STUDIO MULTIDISTRETTUALE DI DUE O PIU' SEGMENTI. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM . Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC (88.91.G), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE O BILATERALE SENZA E CON MDC (88.91.H), RM DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC (88.91.J), RM DELLE ROCCHE PETROSE SENZA E CON MDC (88.91.K), RM DELLE ORBITE SENZA E CON MDC (88.91.L)</p>	RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO SENZA E CON MDC. Studio multidistrettuale di due o più segmenti.	88.91.M_0
88.91.N	ANGIO RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO SENZA E CON MDC	ANGIO RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO SENZA E CON MDC	88.91.N_0
88.91.P	ANGIO RM DEI VASI DEL COLLO SENZA E CON MDC	ANGIO RM DEI VASI DEL COLLO SENZA E CON MDC	88.91.P_0
88.91.R	RM FLUSSIMETRIA LIQUORALE QUANTITATIVA. Incluso: Esame di base	RM FLUSSIMETRIA LIQUORALE QUANTITATIVA	88.91.R_0
88.91.T	RM STUDI FUNZIONALI ATTIVAZIONE CORTICALE. Incluso: Esame di base	RM STUDI FUNZIONALI ATTIVAZIONE CORTICALE	88.91.T_0
88.91.U	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE SENZA E CON CONTRASTO. Inclusa: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Inclusa Anestesia e Visita anestesiologica per pazienti pediatrici o non collaboranti	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE SENZA E CON CONTRASTO. Inclusa Anestesia e Visita anestesiologica per pazienti pediatrici o non collaboranti	88.91.U_0

Allegato 2 - Prestazioni Critiche

CODICE NTR LAZIO	DESCRIZIONE CODICE NTR RL	DESCRIZIONE CUR	CODICE CUR
88.92.9	RM MAMMARIA BILATERALE SENZA E CON MDC	RM MAMMARIA BILATERALE SENZA E CON MDC	88.92.9_0
88.93.2	RM DEL RACHIDE CERVICALE. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO (88.93.6)	RM DEL RACHIDE CERVICALE	88.93.2_0
88.93.3	RM DEL RACHIDE DORSALE. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO (88.93.6)	RM DEL RACHIDE DORSALE	88.93.3_0
88.93.4	RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO (88.93.6)	RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE	88.93.4_0
88.93.5	RM DEL RACHIDE SACROCOCCIGEO. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO (88.93.6)	RM DEL RACHIDE SACROCOCCIGEO	88.93.5_0
88.93.6	RM DELLA COLONNA IN TOTO. Non associabile a RM DEL RACHIDE CERVICALE (88.93.2), RM DEL RACHIDE DORSALE (88.93.3), RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE (88.93.4), RM DEL RACHIDE SACROCOCCIGEO (88.93.5)	RM DELLA COLONNA IN TOTO	88.93.6_0
88.93.7	RM DEL RACHIDE CERVICALE SENZA E CON MDC. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC (88.93.B)	RM DEL RACHIDE CERVICALE SENZA E CON MDC	88.93.7_0
88.93.8	RM DEL RACHIDE DORSALE SENZA E CON MDC. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC (88.93.B)	RM DEL RACHIDE DORSALE SENZA E CON MDC	88.93.8_0
88.93.9	RM DEL RACHIDE LOMBO-SACRALE SENZA E CON MDC. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC (88.93.B)	RM DEL RACHIDE LOMBO-SACRALE SENZA E CON MDC	88.93.9_0
88.93.A	RM DEL RACHIDE SACROCOCCIGEO SENZA E CON MDC. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC (88.93.B)	RM DEL RACHIDE SACROCOCCIGEO SENZA E CON MDC	88.93.A_0
88.93.B	RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC. Non associabile a 88.93.7, 88.93.8, 88.93.9, 88.93.A	RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC	88.93.B_0
88.94	ARTRO RM. Incluso: esame di base. Per distretto articolare. Non associabile a ARTROGRAFIA CON MDC (88.32) e a RM del distretto articolare interessato	ARTRO RM. Incluso: esame di base. Per distretto articolare.	88.94_0
88.94.4	RM DELLA SPALLA. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94	RM DELLA SPALLA	88.94.4_0
88.94.5	RM DEL BRACCIO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94	RM DEL BRACCIO	88.94.5_0
88.94.6	RM DEL GOMITO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94	RM DEL GOMITO	88.94.6_0
88.94.7	RM DELL'AVAMBRACCIO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94	RM DELL'AVAMBRACCIO	88.94.7_0

Allegato 2 - Prestazioni Critiche

CODICE NTR LAZIO	DESCRIZIONE CODICE NTR RL	DESCRIZIONE CUR	CODICE CUR
88.94.8	RM DEL POLSO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM . Non associabile a 88.94	RM DEL POLSO	88.94.8_0
88.94.9	RM DELLA MANO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM . Non associabile a 88.94	RM DELLA MANO	88.94.9_0
88.94.A	RM DEL BACINO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94	RM DEL BACINO	88.94.A_0
88.94.B	RM DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94	RM DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE	88.94.B_0
88.94.C	RM DELLA COSCIA [RM DEL FEMORE]. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM . Non associabile a 88.94	RM DELLA COSCIA [RM DEL FEMORE]	88.94.C_0
88.94.D	RM DEL GINOCCHIO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94	RM DEL GINOCCHIO	88.94.D_0
88.94.E	RM DELLA GAMBA. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94	RM DELLA GAMBA	88.94.E_0
88.94.F	RM DELLA CAVIGLIA. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94	RM DELLA CAVIGLIA	88.94.F_0
88.94.G	RM DEL PIEDE. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94	RM DEL PIEDE	88.94.G_0
88.94.H	RM DELLA SPALLA SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	RM DELLA SPALLA SENZA E CON MDC	88.94.H_0
88.94.J	RM DEL BRACCIO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	RM DEL BRACCIO SENZA E CON MDC	88.94.J_0
88.94.K	RM DEL GOMITO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	RM DEL GOMITO SENZA E CON MDC	88.94.K_0
88.94.L	RM DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	RM DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC	88.94.L_0
88.94.M	RM DEL POLSO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	RM DEL POLSO SENZA E CON MDC	88.94.M_0
88.94.N	RM DELLA MANO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	RM DELLA MANO SENZA E CON MDC	88.94.N_0
88.94.P	RM DEL BACINO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	RM DEL BACINO SENZA E CON MDC	88.94.P_0

Allegato 2 - Prestazioni Critiche

CODICE NTR LAZIO	DESCRIZIONE CODICE NTR RL	DESCRIZIONE CUR	CODICE CUR
88.94.Q	RM DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	RM DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE SENZA E CON MDC	88.94.Q_0
88.94.R	RM DELLA COSCIA [RM DEL FEMORE] SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	RM DELLA COSCIA [RM DEL FEMORE] SENZA E CON MDC	88.94.R_0
88.94.S	RM DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	RM DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC	88.94.S_0
88.94.T	RM DELLA GAMBA SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	RM DELLA GAMBA SENZA E CON MDC	88.94.T_0
88.94.U	RM DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	RM DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC	88.94.U_0
88.94.V	RM DEL PIEDE SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	RM DEL PIEDE SENZA E CON MDC	88.94.V_0
88.95.1	RM DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare. Non associabile a 88.97.9 e 88.97.C	RM ADDOME SUPERIORE (Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare)	
88.95.1	RM DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare. Non associabile a 88.97.9 e 88.97.C	RM DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare	88.95.1_102
88.95.1	RM DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare. Non associabile a 88.97.9 e 88.97.C	RM FEGATO	88.95.1_103
88.95.1	RM DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare. Non associabile a 88.97.9 e 88.97.C	RM RENI	88.95.1_104
88.95.1	RM DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare. Non associabile a 88.97.9 e 88.97.C	RM SURRENI	88.95.1_105
88.95.1	RM DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare. Non associabile a 88.97.9 e 88.97.C	RM PANCREAS	88.95.1_106
88.95.2	RM DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC. Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare. Non associabile a 88.97.9, 88.97.C	RM ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC	

Allegato 2 - Prestazioni Critiche

CODICE NTR LAZIO	DESCRIZIONE CODICE NTR RL	DESCRIZIONE CUR	CODICE CUR
88.95.2	RM DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC. Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare. Non associabile a 88.97.9, 88.97.C	RM DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC. Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare	88.95.2_102
88.95.2	RM DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC. Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare. Non associabile a 88.97.9, 88.97.C	RM FEGATO SENZA E CON MDC	88.95.2_103
88.95.2	RM DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC. Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare. Non associabile a 88.97.9, 88.97.C	RM PANCREAS SENZA E CON MDC	88.95.2_104
88.95.2	RM DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC. Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare. Non associabile a 88.97.9, 88.97.C	RM RENI SENZA E CON MDC	88.95.2_105
88.95.2	RM DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC. Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare. Non associabile a 88.97.9, 88.97.C	RM TENUE SENZA E CON MDC	88.95.2_106
88.95.2	RM DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC. Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare. Non associabile a 88.97.9, 88.97.C	RM SURRENI SENZA E CON MDC	88.95.2_107
88.95.4	RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.97.9 e 88.97.C	RM ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO	
88.95.4	RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.97.9 e 88.97.C	RM PELVI DINAMICA-STUDIO FUNZIONALE	88.95.4_3
88.95.4	RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.97.9 e 88.97.C	RM PENIENA	88.95.4_4
88.95.4	RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.97.9 e 88.97.C	RM PROSTATA	88.95.4_7
88.95.4	RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.97.9 e 88.97.C	RM VESCICA	88.95.4_10
88.95.4	RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.97.9 e 88.97.C	RM ADDOME INFERIORE/SCAVO PELVICO	88.95.4_11

Allegato 2 - Prestazioni Critiche

CODICE NTR LAZIO	DESCRIZIONE CODICE NTR RL	DESCRIZIONE CUR	CODICE CUR
88.95.4	RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.97.9 e 88.97.C	RM UTERO E ANNESSI	88.95.4_12
88.95.5	RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.95.9, 88.97.9 e 88.97.C	RM ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC	
88.95.5	RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.95.9, 88.97.9 e 88.97.C	RM PROSTATA SENZA E CON MDC	88.95.5_3
88.95.5	RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.95.9, 88.97.9 e 88.97.C	RM RETTO SENZA E CON MDC	88.95.5_4
88.95.5	RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.95.9, 88.97.9 e 88.97.C	RM UTERO E ANNESSI SENZA E CON MDC	88.95.5_5
88.95.5	RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.95.9, 88.97.9 e 88.97.C	RM ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC	88.95.5_12
88.95.5	RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.95.9, 88.97.9 e 88.97.C	RM PENIENA SENZA E CON MDC	88.95.5_13
88.95.5	RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.95.9, 88.97.9 e 88.97.C	RM VESCICA SENZA E CON MDC	88.95.5_14
88.95.7	ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC	ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC	88.95.7_0
88.99.3	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA TOTAL BODY	DENSITOMETRIA OSSEA - DXA TOTAL BODY	88.99.3_0
88.99.4	DENSITOMETRIA OSSEA. TC MONODISTRETTUALE	DENSITOMETRIA OSSEA - TC MONODISTRETTUALE	88.99.4_0
88.99.5	DENSITOMETRIA OSSEA AD ULTRASUONI	DENSITOMETRIA OSSEA AD ULTRASUONI	88.99.5_0
88.99.6	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA LOMBARE	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA LOMBARE	88.99.6_0
88.99.7	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA FEMORALE	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA FEMORALE	88.99.7_0
88.99.8	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA ULTRADISTALE	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA ULTRADISTALE	88.99.8_0
89.13	PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]. Incluso: eventuale fundus oculi e Minimental test (MMSE)	PRIMA VISITA NEUROLOGICA. Incluso: eventuale fundus oculi e Minimental test (MMSE)	

Allegato 2 - Prestazioni Critiche

CODICE NTR LAZIO	DESCRIZIONE CODICE NTR RL	DESCRIZIONE CUR	CODICE CUR
89.13	PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]. Incluso: eventuale fundus oculi e Minimental test (MMSE)	PRIMA VISITA NEUROLOGICA	89.13_2
89.13	PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]. Incluso: eventuale fundus oculi e Minimental test (MMSE)	PRIMA VISITA NEUROCHIRURGICA	89.13_3
89.17	POLISONNOGRAFIA diurna o notturna e con metodi speciali Incluso EEG (89.14)	POLISONNOGRAFIA diurna o notturna e con metodi speciali	89.17_0
89.24	ESAME URODINAMICO NON INVASIVO (UROFLUSSOMETRIA). Incluso: Controllo ecografico post minzionale. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1) e ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO (88.76.1)	ESAME URODINAMICO NON INVASIVO (UROFLUSSOMETRIA)	89.24_0
89.26.1	PRIMA VISITA GINECOLOGICA. Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuali indicazioni in funzione anticoncezionale e preconcezionale. Non associabile a 89.26.3 PRIMA VISITA OSTETRICA	PRIMA VISITA GINECOLOGICA	89.26.1_0
89.26.2	VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuale rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino, eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla vagina senza incisione, eventuali indicazioni per la gravidanza. Non associabile a 89.26.4	VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO	
89.26.2	VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuale rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino, eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla vagina senza incisione, eventuali indicazioni per la gravidanza. Non associabile a 89.26.4	VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO	89.26.2_2
89.26.2	VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuale rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino, eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla vagina senza incisione, eventuali indicazioni per la gravidanza. Non associabile a 89.26.4	TELEVISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO	89.26.2_3
89.26.3	PRIMA VISITA OSTETRICA. Incluso: eventuale prelievo citologico. Non associabile a 89.26.1 PRIMA VISITA GINECOLOGICA	PRIMA VISITA OSTETRICA	89.26.3_0
89.26.4	VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale prelievo citologico. Non associabile al codice 89.26.2 VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO	VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO	
89.26.4	VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale prelievo citologico. Non associabile al codice 89.26.2 VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO	VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO	89.26.4_2

Allegato 2 - Prestazioni Critiche

CODICE NTR LAZIO	DESCRIZIONE CODICE NTR RL	DESCRIZIONE CUR	CODICE CUR
89.26.4	VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale prelievo citologico. Non associabile al codice 89.26.2 VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO	TELEVISITA OSTETRICA DI CONTROLLO	89.26.4_3
89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE. Non associabile a 89.37.4 TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA	SPIROMETRIA SEMPLICE	89.37.1_0
89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE [con tecnica di diluizione, pletismografia o altra metodica]. Non associabile a 89.37.4	SPIROMETRIA GLOBALE [con tecnica di diluizione, pletismografia o altra metodica]	89.37.2_0
89.37.3	SPIROMETRIA SEPARATA DEI DUE POLMONI (METODICA DI ARNAUD)	SPIROMETRIA SEPARATA DEI DUE POLMONI (METODICA DI ARNAUD)	89.37.3_0
89.37.4	TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA. Spirometria basale e dopo somministrazione di farmaco. Non associabile a 89.37.1 SPIROMETRIA SEMPLICE e 89.37.2 SPIROMETRIA GLOBALE. Incluso farmaco	TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA	89.37.4_0
89.38.3	DIFFUSIONE ALVEOLO-CAPILLARE DEL CO	DIFFUSIONE ALVEOLO-CAPILLARE DEL CO	89.38.3_0
89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O CON PEDANA MOBILE. Escluso: Test da sforzo cardiopolmonare (89.44.1). Non associabile a 92.05.F, 92.09.1 e 92.09.9	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O CON PEDANA MOBILE	89.41_0
89.44	ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO	ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO (Compreso: Ergometro a braccia, test dello scalino di Master)	89.44_0
89.44.1	TEST DA SFORZO CARDIOPOLMONARE. Incluso: ECG (89.52) , Analisi dei gas respiratori, Determinazione della ventilazione, Emogasanalisi	TEST DA SFORZO CARDIOPOLMONARE	89.44.1_0
89.44.2	TEST DEL CAMMINO CON VALUTAZIONE DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA [WALKING TEST]	TEST DEL CAMMINO CON VALUTAZIONE DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA [WALKING TEST]	89.44.2_0
89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (secondo Holter)	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (HOLTER)	89.50_0
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)	ELETTROCARDIOGRAMMA	89.52_0
89.52.1	ELETTROCARDIOGRAMMA CON TEST PROVOCATIVI E/O PROVE FARMACOLOGICHE	ELETTROCARDIOGRAMMA CON TEST PROVOCATIVI E/O PROVE FARMACOLOGICHE	89.52.1_0
89.52.2	ELETTROCARDIOGRAMMA TRANSESOFAGEO	ELETTROCARDIOGRAMMA TRANSESOFAGEO	89.52.2_0
89.52.3	STUDIO ELETTROFISIOLOGICO TRANSESOFAGEO	ELETTROCARDIOGRAMMA TRANSESOFAGEO CON STUDIO ELETTROFISIOLOGICO	89.52.3_0
89.7	PRIMA VISITA. Escluso: le prime visite specificamente codificate	PRIMA VISITA	
89.7	PRIMA VISITA. Escluso: le prime visite specificamente codificate	PRIMA VISITA CARDIOCHIRURGICA	89.7_102

Allegato 2 - Prestazioni Critiche

CODICE NTR LAZIO	DESCRIZIONE CODICE NTR RL	DESCRIZIONE CUR	CODICE CUR
89.7	PRIMA VISITA. Escluso: le prime visite specificamente codificate	PRIMA VISITA CHIRURGICA PEDIATRICA	89.7_103
89.7	PRIMA VISITA. Escluso: le prime visite specificamente codificate	PRIMA VISITA CHIRURGICA TORACICA	89.7_104
89.7	PRIMA VISITA. Escluso: le prime visite specificamente codificate	PRIMA VISITA DIETOLOGICA DI NUTRIZIONE CLINICA	89.7_105
89.7	PRIMA VISITA. Escluso: le prime visite specificamente codificate	PRIMA VISITA EMATOLOGICA	89.7_106
89.7	PRIMA VISITA. Escluso: le prime visite specificamente codificate	PRIMA VISITA GERIATRICA	89.7_107
89.7	PRIMA VISITA. Escluso: le prime visite specificamente codificate	PRIMA VISITA IMMUNOLOGICA	89.7_108
89.7	PRIMA VISITA. Escluso: le prime visite specificamente codificate	PRIMA VISITA INFETTIVOLOGICA	89.7_109
89.7	PRIMA VISITA. Escluso: le prime visite specificamente codificate	PRIMA VISITA INTERNISTICA	89.7_110
89.7	PRIMA VISITA. Escluso: le prime visite specificamente codificate	PRIMA VISITA NEUROPSICHIATRICA INFANTILE	89.7_111
89.7	PRIMA VISITA. Escluso: le prime visite specificamente codificate	PRIMA VISITA PEDIATRICA	89.7_112
89.7	PRIMA VISITA. Escluso: le prime visite specificamente codificate	PRIMA VISITA RADIOLOGICA	89.7_113
89.7	PRIMA VISITA. Escluso: le prime visite specificamente codificate	PRIMA VISITA REUMATOLOGICA	89.7_114
89.7	PRIMA VISITA. Escluso: le prime visite specificamente codificate	PRIMA VISITA SENOLOGICA	89.7_115
89.7	PRIMA VISITA. Escluso: le prime visite specificamente codificate	PRIMA VISITA DIABETOLOGICA Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale ed eventuale applicazione di microinfusore sottocute	89.7_116
89.7	PRIMA VISITA. Escluso: le prime visite specificamente codificate	PRIMA VISITA OSTEOMETABOLICA	89.7_117
89.7	PRIMA VISITA. Escluso: le prime visite specificamente codificate	PRIMA VISITA DI ACCESSO PDTA	89.7_118
89.7	PRIMA VISITA. Escluso: le prime visite specificamente codificate	PRIMA VISITA EPATOLOGICA	89.7_119
89.7	PRIMA VISITA. Escluso: le prime visite specificamente codificate	PRIMA VISITA MEDICINA DELLO SPORT	89.7_120
89.7	PRIMA VISITA. Escluso: le prime visite specificamente codificate	PRIMA VISITA MEDICINA DEL LAVORO	89.7_121
89.7	PRIMA VISITA. Escluso: le prime visite specificamente codificate	PRIMA VISITA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA)	89.7_122
89.7A.1	PRIMA VISITA ANESTESIOLOGICA/ALGOLOGICA. Prima valutazione per terapia del dolore e programmazione della terapia specifica. Escluso: la visita preoperatoria. Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale	PRIMA VISITA ANESTESIOLOGICA/ALGOLOGICA	

Allegato 2 - Prestazioni Critiche

CODICE NTR LAZIO	DESCRIZIONE CODICE NTR RL	DESCRIZIONE CUR	CODICE CUR
89.7A.1	PRIMA VISITA ANESTESIOLOGICA/ALGOLOGICA. Prima valutazione per terapia del dolore e programmazione della terapia specifica. Escluso: la visita preoperatoria. Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale	PRIMA VISITA ANESTESIOLOGICA	89.7A.1_2
89.7A.1	PRIMA VISITA ANESTESIOLOGICA/ALGOLOGICA. Prima valutazione per terapia del dolore e programmazione della terapia specifica. Escluso: la visita preoperatoria. Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale	PRIMA VISITA ALGOLOGICA	89.7A.1_3
89.7A.2	PRIMA VISITA ANGIOLOGICA	PRIMA VISITA ANGIOLOGICA	89.7A.2_0
89.7A.3	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA. Incluso: ECG (89.52)	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA. Incluso: ECG (89.52)	89.7A.3_0
89.7A.4	PRIMA VISITA CHIRURGICA GENERALE	PRIMA VISITA CHIRURGICA GENERALE	89.7A.4_0
89.7A.5	PRIMA VISITA CHIRURGICA PLASTICA	PRIMA VISITA CHIRURGICA PLASTICA	89.7A.5_0
89.7A.6	PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	89.7A.6_0
89.7A.7	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA Incluso: Eventuale osservazione in epiluminescenza	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA	
89.7A.7	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA Incluso: Eventuale osservazione in epiluminescenza	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA	89.7A.7_2
89.7A.7	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA Incluso: Eventuale osservazione in epiluminescenza	PRIMA VISITA ALLERGOLOGICA	89.7A.7_3
89.7A.8	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA. Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA	89.7A.8_0
89.7A.9	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	89.7A.9_0
89.7B.1	PRIMA VISITA DI GENETICA MEDICA. Visita specialistica genetica con esame obiettivo e valutazione della documentazione clinica recente e remota. Incluso: primo colloquio, anamnesi personale e familiare, costruzione di un albero genealogico familiare nei rami paterno e materno per almeno 3 generazioni. Consultazione della letteratura scientifica e di database di genetica clinica specifici. Formulazione dell'ipotesi diagnostica. Scelta del test genetico appropriato. Spiegazione vantaggi e limiti del test genetico e somministrazione consensi informati. Scrittura della relazione. Escluso: Visita multidisciplinare 89.07	PRIMA VISITA DI GENETICA MEDICA	89.7B.1_0
89.7B.2	PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE. Non associabile a 93.01.1, 93.01.3, 93.01.4, 93.01.5, 93.01.6, 93.01.7, 93.01.8, 93.01.9, 93.01.A, 93.01.B, 93.01.C, 93.01.D, 93.09.3, 93.09.4 e 93.09.5	PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	89.7B.2_0

Allegato 2 - Prestazioni Critiche

CODICE NTR LAZIO	DESCRIZIONE CODICE NTR RL	DESCRIZIONE CUR	CODICE CUR
89.7B.3	PRIMA VISITA DI MEDICINA NUCLEARE Incluso: Valutazione pretrattamento e stesura del piano di trattamento	PRIMA VISITA DI MEDICINA NUCLEARE	89.7B.3_0
89.7B.4	PRIMA VISITA NEFROLOGICA. Incluso: stesura del piano di trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (dialisi extracorporea o peritoneale) o per trapianto	PRIMA VISITA NEFROLOGICA	89.7B.4_0
89.7B.5	PRIMA VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA. Incluso: eventuale radiografia endorale ed eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla bocca, senza incisione	PRIMA VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA	89.7B.5_0
89.7B.6	PRIMA VISITA ONCOLOGICA. Incluso: stesura del piano di trattamento	PRIMA VISITA ONCOLOGICA	89.7B.6_0
89.7B.7	PRIMA VISITA ORTOPEDICA. Incluso: eventuale podoscopia per prescrizione di plantare	PRIMA VISITA ORTOPEDICA	89.7B.7_0
89.7B.8	PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIASTRIA. Incluso, in base allo specifico problema clinico: eventuale otomicroscopia, esame funzionalità vestibolare, utilizzo di fibre ottiche, rimozione di cerume	PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIASTRIA	89.7B.8_0
89.7B.9	PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA. Incluso: eventuale rilevazione incruenta della saturazione arteriosa	PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA	89.7B.9_0
89.7C.2	PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA. Incluso: esplorazione dei genitali esterni ed esplorazione rettale	PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA	
89.7C.2	PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA. Incluso: esplorazione dei genitali esterni ed esplorazione rettale	PRIMA VISITA UROLOGICA	89.7C.2_2
89.7C.2	PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA. Incluso: esplorazione dei genitali esterni ed esplorazione rettale	PRIMA VISITA ANDROLOGICA	89.7C.2_3
89.7C.3	PRIMA VISITA DI RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	PRIMA VISITA DI RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	89.7C.3_0
89.7C.4	PRIMA VISITA DI CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	PRIMA VISITA DI CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	89.7C.4_0
92.01.3	SCINTIGRAFIA TIROIDEA	SCINTIGRAFIA TIROIDEA	92.01.3_0
92.01.5	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON IODIO-123	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON IODIO-123	92.01.5_0
92.03.1	SCINTIGRAFIA RENALE STATICÀ. Non associabile a SCINTIGRAFIA RENALE STATICÀ CON INDAGINE TOMOGRAFICA (92.03.8)	SCINTIGRAFIA RENALE STATICÀ	92.03.1_0
92.03.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE RENALE. Studio sequenziale della funzione renale senza o con prove farmacologiche Incluso: misura contestuale della funzionalità renale separata ("in vivo")	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE RENALE	
92.03.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE RENALE. Studio sequenziale della funzione renale senza o con prove farmacologiche Incluso: misura contestuale della funzionalità renale separata ("in vivo")	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE RENALE SENZA PROVE FARMACOLOGICHE	92.03.3_2

Allegato 2 - Prestazioni Critiche

CODICE NTR LAZIO	DESCRIZIONE CODICE NTR RL	DESCRIZIONE CUR	CODICE CUR
92.03.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE RENALE. Studio sequenziale della funzione renale senza o con prove farmacologiche Incluso: misura contestuale della funzionalità renale separata ("in vivo")	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE RENALE CON PROVE FARMACOLOGICHE	92.03.3_3
92.03.8	SCINTIGRAFIA RENALE STATICÀ CON INDAGINE TOMOGRAFICA. Non associabile a SCINTIGRAFIA RENALE STATICÀ (92.03.1)	SCINTIGRAFIA RENALE STATICÀ CON INDAGINE TOMOGRAFICA	92.03.8_0
92.05.4	ANGIOPATIOSINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO a riposo e dopo test provocativo da stimolo (fisico o farmacologico). Incluso: test cardiovascolare provocativo da sforzo o farmacologico ed eventuale SPET. Non associabile a ANGIOCARDIOSINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO a riposo (92.05.A)	ANGIOPATIOSINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO a riposo e dopo test provocativo da stimolo (fisico o farmacologico)	92.05.4_0
92.05.A	ANGIOPATIOSINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO a riposo. Non associabile a 92.05.4	ANGIOPATIOSINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO a riposo	92.05.A_0
92.05.E	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA [G-SPET] DI PERFUSIONE A RIPOSO. Incluso: valutazione quantitativa della funzione e dei volumi ventricolari. Non associabile a 92.09.2	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA [G-SPET] DI PERFUSIONE A RIPOSO	92.05.E_0
92.05.F	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA [G-SPET] DI PERFUSIONE DA STIMOLI FISICO O FARMACOLOGICO. Incluso: valutazione quantitativa della funzione e dei volumi ventricolari. Incluso test cardiovascolare provocativo da sforzo o farmacologico. Non associabile a TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O CON PEDANA MOBILE 89.41	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA [G-SPET] DI PERFUSIONE DA STIMOLI FISICO O FARMACOLOGICO	92.05.F_0
92.09.1	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET-TC] MIOCARDICA DI PERFUSIONE A RIPOSO E DA STIMOLI: STUDIO QUALITATIVO. Incluso: test cardiovascolare provocativo da sforzo o farmacologico. Non associabile a TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O CON PEDANA MOBILE 89.41	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET TC] MIOCARDICA DI PERFUSIONE A RIPOSO E DA STIMOLI: STUDIO QUALITATIVO	92.09.1_0
92.09.2	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA [SPET] DI PERFUSIONE A RIPOSO. Non associabile a 92.05.E	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA [SPET] DI PERFUSIONE A RIPOSO	92.09.2_0
92.09.9	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA [SPET] DI PERFUSIONE DA STIMOLI FISICO O FARMACOLOGICO. Incluso: test cardiovascolare provocativo da sforzo o farmacologico. Non associabile a TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O CON PEDANA MOBILE 89.41	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA [SPET] DI PERFUSIONE DA STIMOLI FISICO O FARMACOLOGICO	92.09.9_0

Allegato 2 - Prestazioni Critiche

CODICE NTR LAZIO	DESCRIZIONE CODICE NTR RL	DESCRIZIONE CUR	CODICE CUR
92.09.B	SCINTIGRAFIA [SPET] MIOCARDICA CON TRACCIANTE DI INNERVAZIONE O RECETTORIALE O NEURORECETTORIALE O DI METABOLISMO.	SCINTIGRAFIA [SPET] MIOCARDICA CON TRACCIANTE DI INNERVAZIONE O RECETTORIALE O NEURORECETTORIALE O DI METABOLISMO	92.09.B_0
92.11.5	TOMOSCINTIGRAFIA [SPET] CEREBRALE CON TRACCIANTE DI PERFUSIONE. In condizioni basali, sotto stimolo farmacologico o di attivazione	TOMOSCINTIGRAFIA [SPET] CEREBRALE CON TRACCIANTE DI PERFUSIONE	92.11.5_0
92.11.6	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET-TC] CEREBRALE CON FDG	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] CEREBRALE CON FDG	92.11.6_0
92.11.9	TOMOSCINTIGRAFIA [SPET] CEREBRALE CON TRACCIANTI RECETTORIALI O INDICATORI POSITIVI DI NEOPLASIA	TOMOSCINTIGRAFIA [SPET] CEREBRALE CON TRACCIANTI RECETTORIALI O INDICATORI POSITIVI DI NEOPLASIA	92.11.9_0
92.11.A	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET-TC] CEREBRALE CON ALTRI RADIOFARMACI	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] CEREBRALE CON ALTRI RADIOFARMACI	92.11.A_0
92.13	SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI. Non associabile a 92.13.2	SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI	92.13_0
92.13.2	SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI CON INDAGINE TOMOGRAFICA. Non associabile a 92.13	SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI CON INDAGINE TOMOGRAFICA	92.13.2_0
92.18.1	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON INDICATORI POSITIVI DI NEOPLASIA O DI FLOGOSI. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione. Non associabile a 92.19.8	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON INDICATORI POSITIVI DI NEOPLASIA O DI FLOGOSI	92.18.1_0
92.18.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE GLOBALE CORPOREA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione. Non associabile a 92.18.7	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE GLOBALE CORPOREA	92.18.2_0
92.18.7	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE O SEGMENTARIA TRIFASICA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica. Non associabile a 92.18.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE O SEGMENTARIA TRIFASICA	92.18.7_0
92.18.8	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON IODIO-131 Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON IODIO-131	92.18.8_0
92.18.9	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON IODIO-131 con stimolazione farmacologica (Tireotropina alfa). Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON IODIO-131 con stimolazione farmacologica (Tireotropina alfa)	92.18.9_0
92.18.A	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON LEUCOCITI RADIOMARCATI Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON LEUCOCITI RADIOMARCATI	92.18.A_0

Allegato 2 - Prestazioni Critiche

CODICE NTR LAZIO	DESCRIZIONE CODICE NTR RL	DESCRIZIONE CUR	CODICE CUR
92.18.B	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON TRACCIANTI IMMUNOLOGICI O RECETTORIALI. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON TRACCIANTI IMMUNOLOGICI O RECETTORIALI. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione	92.18.B_0
92.18.C	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] GLOBALE CORPOREA CON FDG	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] GLOBALE CORPOREA CON FDG	92.18.C_0
92.18.D	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] GLOBALE CORPOREA CON ALTRI FARMACI. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] GLOBALE CORPOREA CON ALTRI FARMACI	92.18.D_0
93.08.2	ELETTROMIOGRAFIA DI UNA SINGOLA FIBRA. Non associabile a 93.08.A e 93.08.B. Prescrivibile una sola volta sulla ricetta	ELETTROMIOGRAFIA DI UNA SINGOLA FIBRA	93.08.2_0
93.08.3	ELETTROMIOGRAFIA DI UNITA' MOTORIA Analisi quantitativa. Con esame ad ago	ELETTROMIOGRAFIA DI UNITA' MOTORIA ESAME AD AGO	93.08.3_0
93.08.4	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI [Laringei, faringei, diaframma, perineali]. Escluso: EMG dell' occhio (95.25)	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI [Laringei, faringei, diaframma, perineali]	
93.08.4	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI [Laringei, faringei, diaframma, perineali]. Escluso: EMG dell' occhio (95.25)	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI - PERINEALI	93.08.4_2
93.08.4	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI [Laringei, faringei, diaframma, perineali]. Escluso: EMG dell' occhio (95.25)	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI - LARINGEI	93.08.4_3
93.08.4	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI [Laringei, faringei, diaframma, perineali]. Escluso: EMG dell' occhio (95.25)	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI - FARINGEI	93.08.4_4
93.08.4	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI [Laringei, faringei, diaframma, perineali]. Escluso: EMG dell' occhio (95.25)	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI - DIAFRAMMA	93.08.4_5
93.08.5	RISPOSTE RIFLESSE. H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi esterocettivi agli arti	RISPOSTE RIFLESSE. H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi esterocettivi agli arti	93.08.5_0
93.08.6	STIMOLAZIONE RIPETITIVA. Stimolazione ripetitiva per nervo e frequenza di stimolo	STIMOLAZIONE RIPETITIVA	93.08.6_0
93.08.7	TEST PER TETANIA LATENTE	TEST PER TETANIA LATENTE	93.08.7_0
93.08.8	TEST DI ISCHEMIA PROLUNGATA	TEST PER ISCHEMIA PROLUNGATA	93.08.8_0
93.08.A	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Incluse tutte le fibre indagabili. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli	93.08.A_0
93.08.B	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Incluse tutte le fibre indagabili. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli.	93.08.B_0

Allegato 2 - Prestazioni Critiche

CODICE NTR LAZIO	DESCRIZIONE CODICE NTR RL	DESCRIZIONE CUR	CODICE CUR
93.08.C	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Incluse tutte le fibre indagabili. Escluso: EMG dell' occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17).	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa.	93.08.C_0
93.08.D	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli. Incluse tutte le fibre indagabili.	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli.	93.08.D_0
93.08.E	VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli), associato ad esame basografico per la definizione delle fasi del passo. Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7)	VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli), associato ad esame basografico per la definizione delle fasi del passo.	93.08.E_0
93.08.F	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli). Non associabile a 93.05.8	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)	93.08.F_0
93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA. Per nervo principale. Fino a 6 segmenti. Non associabile a 93.08.A e 93.08.B	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA. Per nervo principale. Fino a 6 segmenti	93.09.1_0
93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA. Per nervo principale. Fino a 4 segmenti. Non associabile a 93.08A e 93.08.B	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA. Per nervo principale. Fino a 4 segmenti	93.09.2_0
94.19.1	PRIMA VISITA PSICHIATRICA	PRIMA VISITA PSICHIATRICA	94.19.1_0
95.02	PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA	PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA	95.02_0
95.05	STUDIO DEL CAMPO VISIVO. Campimetria, perimetria statica/cinetica, FDT	STUDIO DEL CAMPO VISIVO. Campimetria, perimetria statica/cinetica, FDT	
95.05	STUDIO DEL CAMPO VISIVO. Campimetria, perimetria statica/cinetica, FDT	STUDIO DEL CAMPO VISIVO. Campimetria, perimetria statica/cinetica, FDT	95.05_2
95.05	STUDIO DEL CAMPO VISIVO. Campimetria, perimetria statica/cinetica, FDT	STUDIO DEL CAMPO VISIVO BINOCULARE. Campimetria, perimetria statica/cinetica, FDT	95.05_3
95.11	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS. Incluso: refertazione.	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS	
95.11	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS. Incluso: refertazione.	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS - DX	95.11_2
95.11	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS. Incluso: refertazione.	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS - SX	95.11_3
95.11.1	FOTOGRAFIA DEL SEGMENTO ANTERIORE	FOTOGRAFIA DEL SEGMENTO ANTERIORE	
95.11.1	FOTOGRAFIA DEL SEGMENTO ANTERIORE	FOTOGRAFIA DEL SEGMENTO ANTERIORE - OCCHIO DX	95.11.1_2
95.11.1	FOTOGRAFIA DEL SEGMENTO ANTERIORE	FOTOGRAFIA DEL SEGMENTO ANTERIORE - OCCHIO SX	95.11.1_3
95.41.1	ESAME AUDIOMETRICO TONALE	ESAME AUDIOMETRICO TONALE	95.41.1_0
95.41.2	ESAME AUDIOMETRICO VOCALE	ESAME AUDIOMETRICO VOCALE	95.41.2_0

Allegato 2 - Prestazioni Critiche

CODICE NTR LAZIO	DESCRIZIONE CODICE NTR RL	DESCRIZIONE CUR	CODICE CUR
95.41.4	ESAME AUDIOMETRICO CONDIZIONATO INFANTILE	ESAME AUDIOMETRICO CONDIZIONATO INFANTILE	95.41.4_0
95.42	IMPEDENZOMETRIA	IMPEDENZOMETRIA	95.42_0



Allegato 3

**Nuove modalità di erogazione e remunerazione delle prestazioni
previste per la conduzione della terapia dialitica**



Premessa

Con Circolare prot. 139723 4a/01 4a/09 del 23/12/2003), avente ad oggetto: “*Modalità di registrazione e trasmissione delle prestazioni erogate a favore di pazienti dializzati, attraverso il Sistema Informativo dell’Assistenza Specialistica Ambulatoriale (SIAS)*” sono state definite le caratteristiche di registrazione e trasmissione dei dati relativi alla terapia dialitica:

- 1) prestazioni propriamente di dialisi con l’indicazione degli specifici codici CUR da rendicontare;
- 2) esami necessari per il buon trattamento dialitico previsti dalla Circolare Regionale n.19 del 23/4/99, con le modifiche dei codici apportate con il presente provvedimento;
- 3) ulteriori esami di specialistica ambulatoriale che si rendono necessari per il trattamento del paziente dializzato e sono erogati direttamente dal Centro Dialisi.

Nella stessa circolare, al fine di avere un’unica fonte di dati, è stata prevista l’attivazione da parte di ASP del **software “RDL”** per la gestione del Registro di Dialisi per consentire la registrazione dei dati SIAS.

Sono, inoltre, stati introdotti e codificati i pacchetti di prestazioni collegate al trattamento dei soggetti dializzati attualmente in vigore:

- **V56.A “Emodialisi con esami per il buon trattamento dialitico”**
- **V56.B “Prestazioni specialistiche erogate direttamente dai Centri Dialisi”**

Nello specifico i pacchetti risultano così composti e distinti per prestazione, per **tipologia di soggetto erogatore** e remunerazione.

V56A Emodialisi con esami per il buon trattamento dialitico:

Soggetti abilitati all’erogazione: Centri di Dialisi pubblici e privati accreditati

Remunerazione: risultano essere valorizzate secondo la tariffa CUR solo le prestazioni principali per la conduzione della terapia dialitica; Risultano valorizzate a “0” tutte le altre prestazioni considerate “*accessorie*”.


Prestazioni che compongono il pacchetto V56A

CODICE PAC	DESCRIZIONE PAC	DESCRIZIONE	CODICE	TARIFFE EURO CUR
V56.A	DIALISI - A			-
V56.A	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO AD ASSISTENZA LIMITATA. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	39.95.2	147,25	
V56.A	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO, A DOMICILIO. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	39.95.3	136,00	
V56.A	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	39.95.4	172,75	
V56.A	EMODIAFILTRAZIONE. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	39.95.5	240,00	
V56.A	EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	39.95.6	206,55	
V56.A	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE [Hemodia Filtration Reinfusion (HFR), Acetate Free Biofiltration (AFB), MID Dilution, MIXED Dilution]. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	39.95.7	240,00	
V56.A	EMOFILTRAZIONE. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	39.95.8	206,55	
V56.A	DIALISE PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD E/O APD) CON SOLUZIONI DI GLUCOSIO IPERTONICHE. Per seduta. Ciclo MENSILE fino a 31 sedute	54.98.1	54,70	
V56.A	DIALISI PERITONEALE CONTINUA [CAPD] con addestramento. Per seduta. Ciclo mensile fino a 31 sedute	54.98.2	46,65	
V56.A	RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale	87.44.1	-	
V56.A	VISITA NEFROLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (diabetico e farmacologico), sostitutiva (adeguatezza al trattamento dialitico) e funzione rese trapiantato. Con eventuale rimodulazione del piano di trattamento	89.01.B	-	
V56.A	ELETROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)	89.52	-	
V56.A	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)	90.04.5	-	
V56.A	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)	90.09.2	-	
V56.A	CALCIO TOTALE	90.11.4	-	
V56.A	COLESTEROLO HDL	90.14.1	-	
V56.A	COLESTEROLO TOTALE	90.14.3	-	
V56.A	CREATININA. Non associabile a 90.16.4	90.16.3	-	
V56.A	FERRITINA	90.22.3	-	
V56.A	FERRO	90.22.5	-	
V56.A	FOSFATO INORGANICO (FOSFORO)	90.24.3	-	
V56.A	GLUCOSIO. Non associabile a Osmolalità (90.14.8), Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)	90.27.1	-	
V56.A	PARATORMONE (PTH). Molecola intatta	90.35.5	-	
V56.A	POTASSIO. Non associabile a 90.34.8	90.37.4	-	
V56.A	PROTEINE EMATICHE (ELETROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio delle proteine totali 90.38.5	90.38.4	-	
V56.A	SODIO. Non associabile a 90.34.8	90.40.4	-	
V56.A	TRANSFERRINA	90.42.5	-	
V56.A	TRIGLICERIDI	90.43.2	-	
V56.A	URATO	90.43.5	-	
V56.A	UREA. Non associabile a 90.34.8	90.44.1	-	
V56.A	EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, Hct, Plt, Ind. DERIV. Compresa eventuale controllo microscopico	90.62.2	-	
V56.A	VIRUS EPATITE B [HBV] REFLEX. ANTIGENE HBsAg + ANTICORPI anti HBsAg - ANTICORPI anti HBcAg. Incluso: ANTICORPI anti HBcAg IgM se HBsAg e anti HBcAg positivi. Incluso: ANTIGENE HBcAg se HBsAg positivo. Incluso: ANTICORPI anti HBsAg se HBcAg negativo. Non associabile a 91.18.2, 91.18.3, 91.18.4 e 91.18.5	91.18.6	-	
V56.A	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBeAg. Non associabile a 91.18.6 VIRUS HBV [HBV] REFLEX	91.18.2	-	
V56.A	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg. Non associabile a 91.18.6 VIRUS HBV [HBV] REFLEX	91.18.3	-	
V56.A	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg. Non associabile a 91.18.6 VIRUS HBV [HBV] REFLEX	91.18.5	-	
V56.A	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI. Incluso: eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2. Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS	91.19.5	-	
V56.A	VIRUS IMMUNODEFICENZA ACQUISITA [HIV] ANALISI QUALITATIVA DI DNA provirale. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	91.22.2	-	
V56.A	EMODIAFILTRAZIONE A DOMICILIO. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	39.95.B	150,00	
V56.A	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SPECIFICHE AD ASSISTENZA LIMITATA. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	39.95.C	147,25	
V56.A	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO CON INFUSIONE DI NUTRIENTI AD ASSISTENZA LIMITATA Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	39.95.D	190,00	
V56.A	TRAINING PER DIALISI PERITONEALE DOMICILIARE Per seduta. Fino a 3 sedute	39.95.E	20,25	
V56.A	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SPECIFICHE A DOMICILIO. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	39.95.F	136,00	
V56.A	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SPECIFICHE. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	39.95.G	172,75	
V56.A	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO CON INFUSIONE DI NUTRIENTI. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	39.95.H	230,00	
V56.A	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE AD ALTO/ALTISSIMO CUT-OFF (rimozione di soluti tossici di peso molecolare = 45 kDa). Per seduta	39.95.I	184,70	
V56.A	EMODIAFILTRAZIONE - CON INFUSIONE DI NUTRIENTI	39.95.J	230,00	
V56.A	EMODIAFILTRAZIONE E MEMBRANE AD ALTO/ALTISSIMO CUT-OFF (rimozione di soluti tossici di peso molecolare = 45 kDa). Per seduta	39.95.K	1.000,00	
V56.A	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA. EMODIAFILTRAZIONE CON ULTRAFILTRATO > 17 LT [Hemodia Filtration Reinfusion (HFR), Acetate Free Biofiltration (AFB), MID Dilution, MIXED Dilution]. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	39.95.L	195,00	
V56.A	EMOFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	39.95.N	184,35	
V56.A	EMODIALISI GIORNALIERA DOMICILIARE PER ALMENO 12 ORE SETTIMANALI Per seduta	39.95.O	105,00	
V56.A	EMODIALISI HIGH DOSE DOMICILIARE PER ALMENO 21 ORE SETTIMANALI Per seduta	39.95.P	105,00	
V56.A	ULTRAFILTRAZIONE/EMODIALISI IN PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO	39.95.Q	185,00	



V56B - Prestazioni specialistiche erogate direttamente dai centri dialisi

Soggetti abilitati all'erogazione: direttamente ed esclusivamente dai Centri di Dialisi pubblici ed equiparati (ex classificati, policlinici universitari, IRCCS privati e strutture extraterritoriali).

Remunerazione: risultano valorizzate secondo la tariffa CUR tutte le prestazioni che compongono il pacchetto.

Prestazioni che compongono il pacchetto V56B

CODICE PAC	DESCRIZIONE PAC	DESCRIZIONE	CODICE	TARIFFA EURO CUR
V56.B	DIALISI - B			
V56.B	TORACENTESI		34.91	105,90
V56.B	DECONNESSIONE DEGLI SBOCCHI SAFENO-FEMORALE E SAFENO-POPLITEO. Escluso: trombosi dell'ostio		38.59.2	360,00
V56.B	OCCLUSIONE PERCUTANEA DI VASI VENOSI PER VIA ENDOLUMINALE. Escluse safene		38.80.1	833,00
V56.B	CATETERISMO VENOSO PER NUTRIZIONE PARENTERALE		38.93.1	24,00
V56.B	RIMOZIONE DI CATETERE TUNNELLIZZATO. Asportazione di catetere tipo port o Groshong		38.94.A	40,05
V56.B	POSIZIONAMENTO CATETERE VENOSO FEMORALE TEMPORANEO PER DIALISI RENALE. Inclusa eventuale guida ecografica		38.95.1	240,00
V56.B	POSIZIONAMENTO CATETERE VENOSO FEMORALE PERMANENTE CON TUNNELLIZZAZIONE PER DIALISI RENALE. Inclusa eventuale guida ecografica		38.95.2	280,50
V56.B	SOSTITUZIONE O RIMOZIONE DI CATETERE VENOSO FEMORALE TEMPORANEO PER DIALISI RENALE		38.95.3	240,00
V56.B	SOSTITUZIONE O RIMOZIONE DI CATETERE VENOSO FEMORALE PERMANENTE CON TUNNELLIZZAZIONE PER DIALISI RENALE		38.95.4	280,50
V56.B	POSIZIONAMENTO ECOGUIDATO DI CATETERE VENOSO CENTRALE TEMPORANEO PER DIALISI RENALE CON TUNNELLIZZAZIONE		38.95.6	240,00
V56.B	POSIZIONAMENTO ECOGUIDATO DI CATETERE VENOSO CENTRALE PERMANENTE PER DIALISI RENALE CON TUNNELLIZZAZIONE		38.95.8	280,50
V56.B	POSIZIONAMENTO DI CATETERE VENOSO CENTRALE PERMANENTE UNICO PER DIALISI EXTRACORPOREA CON TUNNELLIZZAZIONE		38.95.9	280,50
V56.B	POSIZIONAMENTO DI CATETERE VENOSO CENTRALE PERMANENTE DOPPIO PER DIALISI EXTRACORPOREA CON TUNNELLIZZAZIONE		38.95.A	364,65
V56.B	POSIZIONAMENTO DI CATETERE VENOSO CENTRALE O DI DOPPIO CATETERE GIUGULARE O FEMORALE [Catetere a permanenza, con pompa del paziente (PCA), con tunnel, con port]. Incluso: inserzione di catetere venoso centrale con accesso chirurgico		38.97	280,50
V56.B	INSEZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE CON ACCESSO CHIRURGICO. Incluso: radiografia di controllo		38.97.1	282,00
V56.B	INSEZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE PER VIA PERCUTANEA. Incluso: radiografia di controllo		38.97.2	152,50
V56.B	ECOCOLOR DOPPLER PULSATI DI FISTOLA ARTEROVENOSA CON VALUTAZIONE DELLA PORTATA E DEL RICIRCOLO		39.99.1	17,45
V56.B	BIOPSIA DELLA PARETE ADDOMINALE O DELL' OMBELICO		54.22	25,85
V56.B	POSIZIONAMENTO DI CATETERE PERMANENTE PER DIALISI PERITONEALE. Incluso: Creazione di fistola cutaneoperitoneale		54.93	179,60
V56.B	CATETERISMO VESICALE. Incluso: lavaggio vesicale		57.94	9,45
V56.B	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE. Incluso: reni e surreni, ureteri, vescica, prostata, pelvi maschile o femminile ed ecografia sovrappubica. Incluso: Colordoppler se necessario. Non associabile a		88.75.1	37,80
V56.B	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE. Incluso: reni e surreni, ureteri, vescica, prostata, pelvi maschile o femminile ed ecografia sovrappubica. Incluso: Colordoppler se necessario. Non associabile a		88.75.1	37,80
V56.B	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi		88.77.4	47,00
V56.B	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi		88.77.5	48,00
V56.B	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi		88.77.6	43,00
V56.B	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi		88.77.7	43,00
V56.B	ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)		89.52	11,60
V56.B	MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA		89.61.1	41,30
V56.B	EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO		89.66	7,10
V56.B	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO		91.49.2	3,80
V56.B	FASCIATURA SEMPLICE		93.56.1	3,85
V56.B	IMPEDENZOMETRIA		95.42	8,65
V56.B	IRRIGAZIONE DI CATETERE VASCOLARE. Irrigazione o infusione di urokinasi o r-TPA per disostruzione		96.57	15,45
V56.B	MEDICAZIONE DI FERITA. Incluso: eventuale anestesia locale per contatto e detersione e rimozione di punti di sutura		96.59	4,05
V56.B	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO DI DRENAGGIO PERITONEALE		97.82	9,65
V56.B	TRASFUSIONE DI SANGUE O EMOCOMPONENTI		99.07.1	25,80
V56.B	INFUSIONE DI IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA		99.14.1	11,60
V56.B	INFUSIONE DI SOSTANZE ORMONALI. Incluso farmaco		99.24.1	11,60
V56.B	PLASMAFERESI TERAPEUTICA [PLASMA EXCHANGE]		99.71	443,05



Nuova Proposta

La presa in carico del paziente affetto da insufficienza renale cronica prevede l'erogazione della tipologia di prestazione dialitica più adeguata, in base alle sue condizioni cliniche e alla valutazione dello stato sociale e di rete familiare. Queste condizioni dovranno essere rivalutate periodicamente per adattare le terapie alle esigenze del paziente.

Al fine di garantire equità di accesso alle cure al cittadino, si procede ad uniformare le possibilità delle strutture erogatrici, costituendo **un pacchetto unico** che potrà essere erogato da strutture pubbliche e private accreditate.

Composizione del nuovo pacchetto unico V56

La soluzione proposta comprende tutte le prestazioni necessarie e funzionali allo svolgimento di una seduta dialitica conforme agli standard clinici previsti che devono essere assicurate per la presa in carico del paziente.

La tabella seguente illustra tutte le prestazioni incluse nel pacchetto, con la relativa valorizzazione economica secondo le tariffe previste dal CUR.

In relazione a ciascuna prestazione, è indicata la soglia massima di erogazione annuale, definita in base a criteri di appropriatezza clinica per la gestione ottimale della terapia dialitica.

Soggetti abilitati all'erogazione: tutti i Centri di Dialisi pubblici e privati abilitati all'erogazione di prestazioni dialitiche



CODICE PAC	DESCRIZIONE	CODICE	TARIFFA NUOVO CUR	FREQUENZA
V56	RX DEL TORACE	87.44.1	15,45	1/anno
V56	VISITA NEFROLOGICA DI CONTROLLO	89.01.B	17,90	12/anno
V56	ELETTOCARDIOGRAMMA	89.52	11,60	4/anno
V56	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)	90.04.5	1,00	6/anno
V56	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)	90.09.2	1,05	6/anno
V56	CALCIO TOTALE	90.11.4	1,10	12/anno
V56	COLESTEROLO HDL	90.14.1	1,80	6/anno
V56	COLESTEROLO TOTALE	90.14.3	1,20	6/anno
V56	CREATININA. Non associabile a 90.16.4	90.16.3	1,10	12/anno
V56	FERRITINA	90.22.3	4,95	6/anno
V56	FERRO	90.22.5	1,15	6/anno
V56	FOSFATO INORGANICO (FOSFORO)	90.24.3	1,00	12/anno
V56	GLUCOSIO	90.27.1	1,00	12/anno
V56	PARATORMONE (PTH). Molecola intatta	90.35.5	8,80	6/anno
V56	POTASSIO. Non associabile a 90.34.8	90.37.4	1,25	12/anno
V56	PROTEINE EMATICHE (ELETTROFORESI DELLE)	90.38.4	5,10	6/anno
V56	SODIO. Non associabile a 90.34.8	90.40.4	0,85	12/anno
V56	TRANSFERRINA	90.42.5	3,20	6/anno
V56	TRIGLICERIDI	90.43.2	1,10	6/anno
V56	URATO	90.43.5	1,05	12/anno
V56	UREA. Non associabile a 90.34.8	90.44.1	1,10	12/anno
V56	EMOCROMO	90.62.2	3,15	12/anno
V56	VIRUS EPATITE B [HBV] REFLEX.	91.18.6	26,20	2/anno
V56	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBeAg	91.18.2	5,40	2/anno
V56	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg	91.18.3	4,75	2/anno
V56	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg	91.18.5	4,10	2/anno
V56	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI.	91.19.5	6,95	2/anno
V56	VIRUS IMMUNODEFICENZA ACQUISITA [HIV]	91.22.2	55,50	2/anno
V56	FASCIATURA SEMPLICE	93.56.1	3,85	1/dialisi
V56	MEDICAZIONE DI FERITA	96.59	4,05	1/dialisi

Remunerazione prestazioni

Tali 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.

Saranno remunerate **esclusivamente** le prestazioni erogate **secondo la frequenza massima prevista** indicata nella tabella precedente. In sede di conguaglio si procederà all'abbattimento del valore delle prestazioni in caso di superamento delle frequenze massime previste.

Ogni altra prestazione ritenuta necessaria alla presa in carico del paziente affetto da insufficienza renale cronica, non ricompresa nel “nuovo pacchetto” sarà erogata con le consuete modalità previste per la specialistica ambulatoriale e andrà ad erodere il relativo budget.



Monitoraggio

Al fine di assicurare la corretta esecuzione dei trattamenti, si procederà a un monitoraggio costante della conformità alle modalità di erogazione definite dal nuovo pacchetto. Sarà, parimenti, introdotta la rilevazione dei dati relativi all'impiego di metodiche dialitiche ad alta efficienza e biocompatibili da parte dei soggetti privati accreditati.

Indicazioni Operative

Per il monitoraggio dell'attuazione e la rendicontazione delle prestazioni oggetto del presente pacchetto V56 seguiranno specifiche indicazioni operative.

Allegato 4

ADDENDUM

dell'Accordo/Contratto *ex art. 8 quinque* D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.

**Modifiche artt. 7, 8, 9 e 12 Disciplina giuridica schema contrattuale *ex DGR n. 1186/2024*
come modificata e aggiornata con DGR n. 440/2025**

- Corrispettivo 2026 -

CIG _____

Addendum all'accordo/Contratto ex art. 8 quinque 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. 1186 del 30/12/2024, avente ad oggetto "*Definizione dei livelli massimi di finanziamento, dei criteri di assegnazione dei budget 2025 e delle regole di remunerazione. Modifiche allo schema di Accordo/Contratto ex art. 8 quinque D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. per gli anni 2025-2026*", è stato:

- definito il livello massimo di finanziamento, i criteri di assegnazione dei *budget* 2025 e delle regole di remunerazione;
- aggiornato lo schema di Accordo/Contratto *ex art. 8 quinque D. Lgs. 502/92 e s.m.i.*, di cui alla DGR n. 695/2022, così come modificato e integrato dalle DGR n. 310/2023, n. 977/2023 e n. 126/2024, relativamente alle annualità 2025-2026, in considerazione dei provvedimenti regionali e della normativa nazionale intervenuta in materia;
- aggiornato il regolamento denominato "*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*" *ex DCA n. 247/2019 e s.m.i.*, e approvato il testo del regolamento;
- approvato lo schema di accordo/contratto, così come modificato, avente efficacia per le annualità 2025-2026, al quale è allegata la già menzionata Disciplina Uniforme sulle modalità di fatturazione e pagamento, quale parte integrante del contratto stesso;

- con DGR Lazio n. 440 del 12/06/2025 è stata in parte modificata la DGR n. 1186/2024, in particolare con riferimento a:

- l'Allegato 1, contenente i criteri di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera – Esercizio 2025;
- l'Allegato 2, contenente l'elenco delle prestazioni cd. "Critiche" con le codifiche del Catalogo Unico Regionale delle prestazioni specialistiche di cui alle Determinazioni n. G00001 del 2 gennaio 2025 e n. G00169 del 10 gennaio 2025;
- lo schema di accordo/contratto di *budget* di cui alla DGR n. 1186/2024, specificando che "sono stati rilevati alcuni refusi non sostanziali, che si ritiene utile emendare;" e, pertanto, stabilisce di "approvare l'Allegato 3, come modificato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, relativo allo schema di Accordo/Contratto ex art. 8-quinquies D. Lgs. 502/92 e s.m.i., annualità 2025-2026, che sostituisce integralmente l'Allegato 3 della DGR n.1186/2024";

- con DGR Lazio n. _____ del .../.../...., avente ad oggetto: "Definizione dei livelli massimi di finanziamento, dei criteri di assegnazione dei budget 2026 e delle regole di remunerazione. Aggiornamento dell'Accordo/Contratto ex art. 8-quinquies D. Lgs. 502/92 e s.m.i., di cui alla DGR n. 1186/2024, così come modificato e integrato dalla DGR n. 440/2025 - Approvazione dello schema di Addendum per l'annualità 2026 e dello schema di Addendum per il budget dedicato all'abbattimento delle liste d'attesa", sono stati definiti i livelli massimi di finanziamento per l'annualità 2026 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., è stata aggiornata la disciplina giuridica dell'Accordo/Contratto 2025/2026 e approvato il relativo schema di *Addendum* per l'anno 2026, è stato approvato lo schema di *Addendum* per il budget dedicato all'abbattimento delle liste d'attesa ;

- il presente *Addendum* integra il contratto di *budget* ex art. 8 *quinquies* D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. avente efficacia per le annualità 2025-2026 sottoscritto in data _____, anche per quanto riguarda il corrispettivo dell'anno 2026.

* * * * *

TUTTO QUANTO SOPRA PREMESSO, che 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 – Modifiche e integrazioni all'art. 7 dell'Accordo/Contratto 2025-2026

1. Fermo restando il contenuto delle disposizioni di cui all'accordo/contratto di budget 2025-2026 già sottoscritto, all'art. 7 – *Corrispettivo, Tariffe e Regole di remunerazione* del contratto è aggiunto il seguente comma 11:

“11. I budget assegnati alla struttura e le relative regole di remunerazione potranno subire modifiche, in corso d’anno, in considerazione dell’attuazione delle disposizioni introdotte dalla Legge 30 dicembre 2024, n. 207 nonché degli Accordi bilaterali tra le Regioni e le Province autonome per il Governo della mobilità sanitaria, adottati sulla base del Modello “Accordi bilaterali tra le Regioni/PA per il governo della mobilità sanitaria”, condiviso dal Ministero della Salute.”

Art. 2 – Modifiche e Integrazioni all’art. 8 dell’Accordo/Contratto 2025-2026

1. Fermo restando il contenuto delle disposizioni di cui all’accordo/contratto di budget 2025-2026 già sottoscritto, il comma 9 dell’art. 8 – *Distribuzione dell’attività, governo delle liste di attesa, flussi informativi, prescrizione dematerializzata e rischio clinico* – del contratto è sostituito dal seguente:

“9. Pena la risoluzione del contratto ai sensi del successivo art. 15, commi 1, 2 e 3, la struttura è tenuta a configurare le proprie Agende sulla base delle indicazioni ricevute dalla Regione Lazio e dall’Azienda Sanitaria in merito alla suddivisione in classi di priorità, volumi, prestazioni e specifiche esigenze - tenuto conto degli appuntamenti già prenotati -, al fine di garantire la presa in carico dei propri assistiti ed è tenuta, altresì, a mettere a disposizione le proprie Agende almeno per 12 mesi dinamici consecutivi, così come previsto nel Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA).”

Art. 3 – Modifiche all’art. 9 dell’Accordo/Contratto 2025-2026

1. Fermo restando il contenuto delle disposizioni di cui all’accordo/contratto di budget 2025-2026 già sottoscritto, l’art. 9 - *Valorizzazione di prestazioni erogabili e remunerazione massima annuale* si intende modificato è sostituito integralmente dal seguente articolo:

1. a) per le prestazioni per acuti: 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).

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.

a.1) per le prestazioni per acuti di Alta complessità erogate in favore di cittadini non residenti (“Mobilità Alta Complessità-FRAC”): il Budget aggiuntivo assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

b) per le prestazioni di riabilitazione post-acuzie (cod. 56): 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);

Le strutture accreditate per l'erogazione delle prestazioni di riabilitazione post-acuzie (cod. 56) sono tenute ad accettare tutti i pazienti afferenti al medesimo codice (cod. 56), in quanto, sulla base del titolo di autorizzazione e accreditamento rilasciato, devono essere in possesso dei requisiti organizzativi e tecnologici previsti dalla normativa vigente per l'assistenza di tutti i pazienti che necessitano di interventi riabilitativi gestibili nell'ambito del cod. 56, fatto salvo il caso delle strutture per le quali il provvedimento di accreditamento preveda espressamente l'erogazione di specifici trattamenti riabilitativi. L'attuazione di tale obbligo avverrà in modo graduale e progressivo e sarà attivata a seguito della conclusione delle attività di monitoraggio avviate dalla Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria, finalizzate a individuare le modalità e le tempistiche per il relativo adeguamento con l'emanazione di uno specifico provvedimento recante le relative indicazioni operative. A decorrere dall'emanazione di tali indicazioni operative, la struttura dovrà adeguarsi alle stesse entro il termine massimo di tre mesi.

b.1) per le prestazioni di neuroriabilitazione (cod.75): il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, di cui € _____ per il ricovero in regime ordinario ed € _____ per il ricovero in regime diurno, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari);

b.2) per le prestazioni di riabilitazione presso le unità spinali (cod.28): 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 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 partecipazioni 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 (individuate 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 partecipazioni 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 € _____;

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, tenuto conto, con riferimento alle prestazioni per la terapia dialitica, di quanto previsto nell'Allegato D, denominato "Nuove modalità di erogazione e remunerazione delle prestazioni previste per la conduzione della terapia dialitica", parte integrante e sostanziale del presente contratto.

Art. 4 – Modifiche all'art. 19 dell'Accordo/Contratto 2025-2026

1. Fermo restando il contenuto delle disposizioni di cui all'accordo/contratto di budget 2025-2026 già sottoscritto, l'art. 19 - *Norma di rinvio* del contratto si intende modificato e sostituito integralmente dal seguente articolo:

“Per tutto quanto non disciplinato dal presente accordo/contratto, si fa rinvio alle norme del codice civile, alla normativa nazionale e regionale di settore vigente, nonché

- all'Allegato tecnico alla Deliberazione n. 868/2023, che forma parte integrante e sostanziale del presente contratto (All. A),*
- al Regolamento di cui alla Disciplina Uniforme sulle modalità di fatturazione e pagamento, allegato al presente contratto e parte integrante e sostanziale dello stesso (All. B),*
- al Documento Tecnico denominato “Criteri di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera (Acuti, Riabilitazione post-acuzie, Lungodegenza medica) – Esercizio 2026”, che forma parte integrante e sostanziale del presente contratto (All. C), presente nella sezione “Raccolta Documenti” sul sistema regionale.*
- al Documento Tecnico denominato “Nuove modalità di erogazione e remunerazione delle prestazioni previste per la conduzione della terapia dialitica”, per le prestazioni per la conduzione della terapia dialitica, che forma parte integrante e sostanziale del presente contratto (All. D), presente nella sezione “Raccolta Documenti” sul sistema regionale.”*

Art. 5 – Corrispettivo 2026 e Durata

1. Fermo restando il contenuto delle disposizioni di cui all'accordo/contratto di budget 2025-2026 già sottoscritto, con riferimento al **comma 3 dell'art. 7 – Corrispettivo, Tariffe e Regole di remunerazione** – l'importo complessivo per **l'anno 2026** 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. 6 – Rinvio

Per tutto quanto non regolato dal presente atto si rinvia al contratto di budget già sottoscritto digitalmente e parte integrante del presente *Addendum*, ivi compreso il Regolamento di cui alla Disciplina Uniforme sulle modalità di fatturazione e pagamento, allegato al richiamato contratto di budget.

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 all'articolo 1 e 2.

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

Data _____

La ASL

La struttura

Allegato 5

Schema *Addendum* Contratto ex art. 8-quinquies D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.

**Budget “aggiuntivo” dedicato all’abbattimento delle liste d’attesa - prestazioni di specialistica
anno 2026**

CIG _____

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
“la ASL o l'Azienda”)

e

Società/Ente morale _____ (denominazione e ragione
sociale), C.F. _____, P.I. _____ con sede in _____ via
_____, in persona del suo legale rappresentante *p.t.*, oppure di suo incaricato (come da
relativo atto di attribuzione dei poteri trasmesso all'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

- l'art. 8-quater, comma 2, del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i., prevede espressamente che “*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 all'art. 8-quinquies*”;

- l'art. 8-quater, comma 8, del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. dispone che “*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'articolo 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, del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. disciplina la stipula di 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 modalita' di assistenza...omissis...;

e bis) la modalita' 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 quinquies, del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i., che prevede 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”;*

- la L.R. 3 marzo 2003, n. 4 e s.m.i. e la normativa regolamentare, che disciplinano il procedimento di rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione di strutture, dell'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, del titolo di accreditamento istituzionale e gli accordi contrattuali che, sulla scorta dell'art. 18 della legge regionale citata, “*regolano, secondo la disciplina determinata dalla Giunta regionale ai sensi dell'articolo 19, la tipologia, la quantità e le caratteristiche delle prestazioni erogabili agli utenti del servizio sanitario regionale, la relativa remunerazione a carico del servizio sanitario medesimo, nell'ambito dei livelli di spesa determinati in coerenza con le scelte della programmazione regionale, il debito informativo dei soggetti erogatori nonché le modalità per il controllo esterno sull'appropriatezza e la qualità dell'assistenza e delle prestazioni erogate”;*

- con le DGR n. 66/2007 e n. 149/2007, la Regione Lazio ha approvato il Piano di Rientro dando organica sistemazione a tutti gli obiettivi e le misure amministrative propedeutiche al conseguimento del programmato risanamento finanziario e prendendo atto del relativo Accordo Stato-Regione Lazio;

- con la DGR n. 406/2020 la Regione ha proceduto alla “*Presa d'atto e recepimento del Piano di rientro denominato “Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021”, adottato con il Decreto del Commissario ad acta n. 81 del 25 giugno 2020”;*

- con DGR n. 939/2024, la Regione ha adottato il “*Programma Operativo 2024-2026 di prosecuzione del piano di rientro della Regione Lazio*”, recependo il parere dei Ministeri affiancanti di cui al prot. SiVeAS 115/2024;

- con DGR n. 587/2025, la Regione ha provveduto all'aggiornamento del “*Programma Operativo 2024-2026 di prosecuzione del piano di rientro della Regione Lazio”;*

- in coerenza con gli obiettivi posti dal Piano di rientro, la Regione Lazio intende porre su basi di maggiore e compiuta certezza i rapporti tra le Aziende Sanitarie Locali e gli erogatori privati di

prestazioni sanitarie e riformulare un modello contrattuale uniforme per la disciplina dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, che tenga conto dell'evoluzione normativa nazionale ed europea, orientata ad assicurare che le strutture siano in possesso, oltre i requisiti ulteriori per l'accreditamento, anche di requisiti minimi di affidabilità e onorabilità in ordine ad una corretta gestione del rapporto con la Regione, pure al fine di elevare standard di qualità e trasparenza;

- con DCA n. 509/2018, modificato dalla DGR n. 665 del 8 agosto 2024, sono state introdotte modifiche alla normativa in materia di controlli sulle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate, disciplinando, tra l'altro, anche i controlli sulle attività di specialistica ambulatoriale;
- 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 (**Allegato A**);
- con DGR n. 1186 del 30 dicembre 2024, avente ad oggetto: *“Definizione dei livelli massimi di finanziamento, dei criteri di assegnazione dei budget 2025 e delle regole di remunerazione. Modifiche allo schema di Contratto ex art. 8 quinque D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. per gli anni 2025-2026”*, in considerazione dei provvedimenti regionali e della normativa nazionale intervenuta in materia, sono stati, tra l'altro, aggiornati sia lo schema di Contratto ex art. 8 quinque D. Lgs. 502/92 e s.m.i., di cui alla DGR n. 695/2022, così come modificato e integrato dalle DGR n. 310/2023, n. 977/2023 e n. 126/2024, relativamente alle annualità 2025-2026, sia il regolamento denominato *“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”*, di cui al DCA n. 32/2017 e al DCA n. 247/2019 e s.m.i., successivamente modificato con la DGR n. 310/2023 e, da ultimo, con DGR n. 1186/2024 (**Allegato B**);
- con Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 24 novembre, pubblicato sulla GU n. 302 del 27 dicembre 2024, sono state determinate le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica a partire dalla data del 30 dicembre 2024 (Nomenclatore Tariffario Nazionale);
- con DGR n. XXX del XXX è stato approvato il documento tecnico con la stima del fabbisogno di specialistica ambulatoriale con validità dal 1° gennaio 2026;
- con DGR n. 1187 del 30 dicembre 2024 avente ad oggetto: *“Approvazione “Nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale” in attuazione del DM dicembre 2024. Validità prescrizioni medicina specialistica ambulatoriale”* si è preso atto del suddetto Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 24

novembre 2024, pubblicato sulla GU n. 302 del 27 dicembre 2024 e si è provveduto all'approvazione del nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale;

- con Determinazioni n. G0001 del 02 gennaio 2025 e n. G00169 del 10 gennaio 2025 è stato approvato il Catalogo Unico Regionale delle prestazioni specialistiche prescrivibili in attuazione del *“Nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale”* approvato con DGR n.1187 del 30 dicembre 2024;

- 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, poi aggiornati in relazione al passaggio delle Aziende del SSR su tale nuova piattaforma tecnologica Recup; - il Decreto-Legge 7 giugno 2024, n. 73, convertito con modificazioni dalla L. 29 luglio 2024, n. 107, recante: *“Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie. Decreto-Legge - Programma straordinario per la riduzione dei tempi delle liste di attesa anno 2024”*, all'articolo 3, comma 10, prevede che, nell'eventualità che i tempi previsti dalle classi di priorità individuate nel Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa (PNGLA) per il triennio 2019-2021 non possano essere rispettati, le direzioni generali aziendali garantiscono l'erogazione delle prestazioni richieste, in via prioritaria e principale, attraverso l'utilizzo delle prestazioni aggiuntive, in via subordinata attraverso l'attività libero-professionale intramuraria e da ultimo attraverso il ricorso al sistema privato accreditato;

- le Aziende Sanitarie hanno adottato specifici provvedimenti relativi a progetti di abbattimento delle liste di attesa delle prestazioni critiche di specialistica ambulatoriale, adottati in attuazione del citato D.L. n. 73/2024, conv. con mod. dalla L. n. 107/2024;

- con DGR Lazio n. _____ del/..../...., avente ad oggetto: *“Definizione dei livelli massimi di finanziamento, dei criteri di assegnazione dei budget 2026 e delle regole di remunerazione. Aggiornamento dell'Accordo/Contratto ex art. 8 quinques D. Lgs. 502/92 e s.m.i., di cui alla DGR n. 1186/2024, così come modificato e integrato dalla DGR n. 440 del 12/06/2025 e approvazione dello schema di Addendum per l'annualità 2026 e dello schema di Addendum per il Budget “aggiuntivo” dedicato all'abbattimento delle liste d'attesa - prestazioni di specialistica anno 2026”*, sono stati definiti i livelli massimi di finanziamento per l'annualità 2026 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.* ed è stata aggiornata la disciplina giuridica dell'Contratto 2025/2026, con l'approvazione del relativo schema di *Addendum* per l'anno 2026 e dello schema di *Addendum* per il Budget “aggiuntivo” dedicato all'abbattimento delle liste d'attesa - prestazioni di specialistica anno 2026;

- con Determinazione n. _____ del_____, la Regione ha provveduto all'attribuzione del

finanziamento aggiuntivo dedicato all'abbattimento delle liste d'attesa per le prestazioni di specialistica per l'anno 2026 alle ASL e con Deliberazione n. _____ del ___, la ASL ha preso atto del provvedimento sopra richiamato e ha assegnato il relativo budget alla struttura;

- le Parti sottoscrivono il presente Contratto aggiuntivo, predisposto sulla base dello schema contrattuale approvato con la sopracitata DGR n. _____ del _____, nell'ottica del raggiungimento degli obiettivi di programmazione e di organizzazione del Sistema per il soddisfacimento dei fabbisogni assistenziali, nel rispetto dei principi di qualità, sicurezza e appropriatezza delle cure, al quale sono allegati, quali parti integranti e sostanziali dello stesso, il documento denominato *“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”* (**Allegato A**) e il regolamento denominato *“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”*, di cui al DCA n. 32/2017 e al DCA n. 247/2019 e s.m.i., successivamente modificato con la DGR n. 310/2023 e, da ultimo, con DGR n. 1186/2024 (**Allegato B**).

TUTTO QUANTO SOPRA PREMESSO, la Società/Ente morale/struttura e l’Azienda Sanitaria (di seguito definite anche le “**Parti**”) convengono e stipulano quanto segue.

Art. 1 - Premesse, allegati e definizioni

1. Le premesse e gli allegati formano parte integrante ed essenziale del presente contratto.
2. Salvo quanto diversamente indicato nell’contratto, 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:
 - a) per **“Parte pubblica”** si intende il Servizio Sanitario Regionale unitariamente inteso, che stabilisce l’ambito dell’accordo e la relativa disciplina e ripartisce i poteri e i doveri scaturenti dal presente contratto a carico di Regione Lazio e/o delle Aziende Sanitarie competenti, secondo la ripartizione prevista dalla normativa nazionale e regionale vigente;
 - b) per **“struttura”** si intende il soggetto giuridico assoggettato 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);
 - c) per **“Società/Ente morale”** si intende qualunque impresa, o ramo di essa, associazione, ente o gruppo di imprese, nelle forme contrattuali ammesse dall’ordinamento, che gestisce una o più strutture di cui al punto precedente;
 - d) per **“terzi beneficiari”** si intendono i cittadini che ricevono la prestazione in virtù del presente contratto e, quindi, con pagamento in favore della struttura ma con onere a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR);

- e) per **“prestazioni intra-regionali”** si intendono quelle rese nei confronti dei soggetti iscritti al Servizio Sanitario della Regione Lazio;
- f) per **“prestazioni extra-regionali”** si intendono quelle rese nei confronti dei soggetti iscritti al Servizio Sanitario di altre regioni;
- g) per **“tariffe”** si intende la remunerazione riconosciuta per le singole prestazioni sanitarie dalla normativa regionale *ratione temporis* all’atto della stipula dell’contratto, o comunque, in via residuale, dalla normativa nazionale (che rappresenta per le regioni in Piano di rientro un importo massimo non superabile) vigente all’atto della stipula dell’contratto;
- h) per **“budget”** si intende il livello massimo di finanziamento previsto nell’contratto sottoscritto con la struttura per cui vi è copertura nel bilancio di previsione di Parte pubblica e che rappresenta il tetto massimo invalicabile da parte della struttura, quale remunerazione per l’erogazione delle prestazioni sanitarie con onere a carico del SSR;
- i) per **“budget aggiuntivo”** dedicato all’abbattimento delle liste d’attesa, si intende il budget assegnato – *una tantum* e non storicizzabile – alla struttura privata accreditata che eroga le prestazioni riportate nell’**Allegato 1** al presente contratto e parte integrante dello stesso, denominato *“Elenco prestazioni di specialistica ambulatoriale”*, predisposto dalla ASL;
- j) per **“regolamento”** si intende l’atto con il quale la Regione disciplina le modalità di fatturazione e di pagamento dei Crediti vantati nei confronti delle Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Policlinici Universitari pubblici, l’IRCCS pubblici e l’Azienda Ares 118, che definisce, tra l’altro, le condizioni, i termini e le modalità di fatturazione e pagamento dei crediti derivanti da fatture emesse dai soggetti che intrattengono rapporti con le Aziende del SSR e prevede l’utilizzo di un apposito sistema informatico denominato Sistema Pagamenti del SSR; detto regolamento, denominato *“Disciplina Uniforme delle modalità di fatturazione e pagamento”*, è allegato al presente contratto e forma parte integrante dello stesso (cfr. **allegato B**);
- k) per **“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 dei DCA n. 289/2017, n. 504/2017, n. 307/2018 e dalla DGR n. 799/2020, attraverso l’utilizzo del Sistema Pagamenti, secondo le disposizioni del regolamento;
- l) per **“integrazione al sistema regionale”** si intende l’integrazione tra il sistema della struttura privata accreditata e la piattaforma ReCup, secondo le nuove specifiche richieste dall’Amministrazione con nota prot. n. 446566 del 24/04/2023 e s.m.i.;
- m) per **“utilizzo della Piattaforma ReCup”** si intende l’utilizzo della Piattaforma tecnologica ReCUP per la gestione di tutta l’offerta della specialistica ambulatoriale erogata dalla struttura privata accreditata.

Art. 2. - Identificazione della struttura

1. La Società/Ente morale _____ è titolare di autorizzazione all’esercizio e di

accreditamento istituzionale, quest'ultimo rilasciato dalla Regione Lazio con provvedimento n. _____ del _____ relativamente alla struttura sita in _____,
 Via _____ (*indicare la sede operativa*).

Art. 3 - Requisiti oggettivi e soggettivi

1. I requisiti oggettivi richiesti sono l'autorizzazione e l'accreditamento di cui al precedente art. 2, che devono essere posseduti all'atto della firma del presente contratto e per tutta la durata del rapporto. Il venir meno di uno di essi, in modo definitivo, rappresenta mancanza di presupposto essenziale e determina automaticamente la risoluzione del presente contratto, come disposto al successivo art. 12.

2. I requisiti soggettivi richiesti in capo al soggetto titolare della Società e/o della struttura devono essere comprovati attraverso la consegna alla ASL della relativa autocertificazione resa ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. (compilata sul **Modello 1**, allegato al presente contratto e parte integrante dello stesso), con la quale si attesti:

- a) l'iscrizione alla CCIAA per i soggetti iscritti al Registro delle Imprese; l'iscrizione al R.E.A. per i soggetti non iscritti al Registro delle Imprese (Fondazioni ed Enti morali);
- b) che non si trovano in stato di fallimento e/o di liquidazione coatta, salvi i casi in cui sia in corso un procedimento giudiziario per il risanamento e la prosecuzione dell'attività d'impresa;
- c) che nei confronti del legale rappresentante, dei componenti del Consiglio di Amministrazione e dei soggetti con poteri di gestione non sussistono cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 67 del D. Lgs. n. 159/2011 e s.m.i.;
- d) per i soggetti iscritti al Registro delle Imprese (vedi anche **Modello 2**):

d.1) qualora i contratti non superino il valore indicato all'art. 83, lettera e), del D. Lgs. n. 159/2011 e s.m.i. (attualmente pari a € 150.000,00), la dichiarazione di cui alla lett. c) del presente articolo dovrà riguardare tutti i soggetti di cui all'art. 85, comma 1) e 2) del medesimo D. Lgs. n. 159/2011;

d.2) qualora i contratti superino il valore indicato all'art. 83, lettera e), del D. Lgs. n. 159/2011 e s.m.i. (attualmente pari a € 150.000,00), deve essere acquisita la documentazione antimafia, ai sensi degli artt. 84 e 85 del D. Lgs. n. 159/2011 e s.m.i.; a tale proposito i soggetti di cui ai commi 1) e 2), dell'art. 85 del citato codice antimafia rilasciano dichiarazione sostitutiva sottoscritta con le modalità di cui all'articolo 38 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, relativa ai dati dei propri familiari conviventi;

- e) che nei confronti del titolare o imprenditore o della compagine sociale non è stata applicata la sanzione interdittiva di cui all'articolo 9, comma 2, lettera c), del D. Lgs. n. 231/2001 e s.m.i. o altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la pubblica amministrazione;
- f) che nei confronti del titolare o imprenditore o della compagine sociale non è stata pronunciata sentenza di condanna passata in giudicato, o emesso decreto penale di condanna divenuto irrevocabile, oppure sentenza di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'articolo 444

del codice di procedura penale, per reati gravi che incidono sulla moralità professionale, per reati nei rapporti con la pubblica amministrazione di cui al D.Lgs. n. 231/2001 e s.m.i., per uno o più reati di partecipazione a un'organizzazione criminale, corruzione, frode, riciclaggio; l'esclusione e il divieto in ogni caso non operano quando il reato è stato depenalizzato ovvero quando è intervenuta la riabilitazione ovvero quando il reato è stato dichiarato estinto dopo la condanna ovvero in caso di revoca della condanna medesima;

- g) l'ottemperanza agli obblighi informativi in materia di diritto al lavoro dei disabili, secondo le modalità di cui all'art. 9 L. 12 marzo 1999, n. 68 e s.m.i.;
- h) l'ottemperanza al modello organizzativo di cui al D.Lgs. n. 231/2001 e s.m.i., in materia di prevenzione dei reati, ovvero, l'avvenuta adozione del modello organizzativo di cui al citato D.Lgs. n. 231/2001;
- i) l'insussistenza di situazioni di incompatibilità, anche, ai sensi dell'art. 53, comma 16 ter, del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i. nonché ai sensi dell'art. 4, comma 7, L. n. 412/1991 da parte di ciascun socio persona fisica che, in ultima istanza, possieda le quote o le azioni;
- j) l'ottemperanza alla normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro, circa l'avvenuta valutazione dei rischi nell'ambiente di lavoro e, in ogni caso, dell'adempimento a tutte le prescrizioni di cui al Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 e s.m.i., nonché l'impegno al costante aggiornamento della suddetta valutazione;
- k) l'osservanza, senza riserve, dell'obbligo previsto dall'art. 9, comma 1-bis, L.R. Lazio n. 4/2003 e s.m.i. e di cui all'art. 14 del R.R. n. 20/2019, nel caso di cessione/trasferimento d'azienda o ramo d'azienda, ai fini della voltura dei titoli di autorizzazione e di accreditamento, assumendo in via diretta - mediante atto pubblico o scrittura privata autenticata -, sia nei confronti dell'Azienda Sanitaria Locale che della Regione Lazio, eventuali debiti maturati dal cedente e derivanti dai controlli ai sensi dell'art. 8-octies del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. o da provvedimenti di condanna per responsabilità amministrativa o contabile e correlati all'esercizio della funzione sanitaria;
- l) la piena interoperabilità del proprio centro di prenotazione con il sistema regionale (piattaforma ReCup) ex art. 3 del D.L. n. 73/2024, come convertito con modifiche dalla Legge n. 107/2024, pena la nullità del presente contratto;

3. Resta inteso che, oltre ai requisiti soggettivi di cui sopra, i titolari della Società e/o della struttura non dovranno risultare inadempienti agli obblighi contributivi e assistenziali - ivi compresi quelli nei confronti dell'ENPAM - e non dovranno trovarsi in situazioni di decadenza, sospensione e/o di divieto di cui alla normativa antimafia. Costituiscono gravi violazioni quelle che comportano un omesso pagamento di imposte e tasse superiore all'importo di cui all'articolo 48-bis, commi 1 e 2-bis, del decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973, n. 602. Costituiscono violazioni definitivamente accertate quelle contenute in sentenze o atti amministrativi non più soggetti ad

impugnazione. Costituiscono gravi violazioni in materia contributiva e previdenziale quelle ostante al rilascio del documento unico di regolarità contributiva (DURC), di cui all'articolo 8 del decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali 30 gennaio 2015, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 125 del 1 giugno 2015, ovvero delle certificazioni rilasciate dagli enti previdenziali di riferimento non aderenti al sistema dello sportello unico previdenziale.

4. La Società e/o la struttura attestano il possesso dei requisiti mediante dichiarazione sostitutiva, in conformità alle previsioni del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i., nella quale indica tutte le condanne penali riportate, ivi comprese quelle per le quali abbia beneficiato della non menzione. La Società e/o la struttura non sono tenute ad indicare nella dichiarazione le condanne per reati depenalizzati ovvero dichiarati estinti dopo la condanna stessa, né le condanne revocate, né quelle per le quali è intervenuta la riabilitazione. La Società e/o la struttura è tenuta ad inserire sul Sistema Informatico la citata dichiarazione (compilata sul **Modello 1**, allegato al presente contratto e parte integrante dello stesso), unitamente all'ultimo bilancio d'esercizio approvato, corredata dei relativi documenti contabili. In ogni caso, la struttura trasmette annualmente alla ASL - e per conoscenza alla Regione - il proprio bilancio di esercizio, redatto secondo uno schema tipo conforme ai principi civilistici, ai sensi del D.M. n. 70 del 2 aprile 2015, entro 15 giorni dall'approvazione dello stesso ovvero dal deposito in camera CCIAA, ove previsto.

5. La Società e/o la struttura sono tenute al rispetto degli oneri pubblicitari obbligatori di cui all'art. 2 *bis*, comma 3, secondo periodo, del D. Lgs. n. 33/2013 e s.m.i., pubblicando sul proprio sito *web* una serie di documenti, tra i quali, i bilanci di esercizio, in ossequio al principio di trasparenza, come da indicazioni ANAC di cui alla Delibera n. 231/2024.

6. Nelle more dell'effettuazione delle verifiche e dei controlli di legge da parte della ASL, anche per l'acquisizione presso gli enti competenti della documentazione attestante il possesso dei requisiti soggettivi in capo alla struttura (documentazione antimafia di cui agli artt. 82 e ss. del D. Lgs. n. 159/2011 e s.m.i.; DURC di cui all'art. 31 del D.L. n. 69/2013, convertito dalla L. n. 98/2013 e s.m.i.; Certificato CCIAA o Iscrizione al REA; Casellario giudiziale), il presente contratto può essere sottoscritto sotto condizione risolutiva espressa; in tal caso, si applica il successivo art. 15, comma 4.

7. Su richiesta della ASL la struttura fornirà ogni ulteriore eventuale documento che non sia già detenuto dall'amministrazione, comprovante il possesso dei requisiti predetti e il loro mantenimento per tutta la durata del presente contratto.

8. Resta inteso che, qualora, a seguito delle verifiche, dovesse emergere il mancato possesso di uno o più requisiti di cui al precedente comma 2, si procederà ai sensi e secondo quanto disposto al successivo art. 15.

9. La struttura si impegna, anche nel rispetto della lealtà e correttezza richiesta ad un concessionario di servizio pubblico, a comunicare, entro 30 (trenta) giorni dal verificarsi del fatto o dell'atto, oltre a quanto previsto dal regolamento regionale di attuazione della L.R. 4/2003 e s.m.i., ogni variazione soggettiva dovesse intervenire in capo alle stesse.

10. Per quanto riguarda i requisiti di cui agli artt. 87 e ss. del D. Lgs. n. 159/2011 e s.m.i., all'art. 31 del D.L. n. 69/2013, convertito dalla L. n. 98/2013 e s.m.i. e all'art. 48-bis del D.P.R. n. 602/1973, la ASL si impegna a conseguire periodicamente i relativi certificati presso gli Uffici competenti ai fini delle necessarie verifiche ai sensi di legge.

Art. 4 - Comportamento secondo buona fede

1. Le parti si impegnano a tenere, quale elemento essenziale dell'contratto valutabile anche ai fini dell'applicazione del successivo art. 15, un comportamento diligente e improntato ai principi di buona fede e correttezza, lealtà e trasparenza.
2. Il mancato rispetto delle disposizioni e degli obblighi di cui al presente contratto sarà valutato dall'Amministrazione ai fini dell'assegnazione dei finanziamenti per l'anno 2026.

Art. 5 - Prestazioni oggetto del contratto

1. Il presente contratto regolamenta esclusivamente l'erogazione, da parte della struttura, delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e dei relativi volumi, così come individuati e riportati nell'**Allegato 1**, parte integrante e sostanziale dello stesso.
2. La struttura accetta integralmente il contenuto dell'**Allegato 1** denominato “*Elenco prestazioni di specialistica ambulatoriale*”.

Art. 6 – Corrispettivo e Durata

1. L'importo complessivo per l'anno 2026 riconosciuto alla struttura per le prestazioni di specialistica ambulatoriale di cui al presente contratto è di € _____ (“*budget aggiuntivo dedicato abbattimento liste attesa*”), tetto massimo invalicabile/non superabile, comprensivo di IVA ove applicabile, dedicato all'abbattimento delle liste d'attesa.
2. Il corrispettivo suindicato è previsto quale importo *una tantum* non storicizzabile e, pertanto, non determina l'insorgere, in capo alla struttura, di alcun diritto né aspettativa al riconoscimento di altri importi per gli anni successivi.
3. Sono considerate riconoscibili e remunerabili esclusivamente le prestazioni erogate in conformità con la configurazione di accreditamento e con la normativa vigente, nonché in base al Piano Aziendale di recupero delle liste d'attesa, individuate dalla Azienda Sanitaria territorialmente competente e riportate nell'**Allegato 1** del presente contratto, denominato “*Elenco prestazioni di specialistica ambulatoriale*”.
4. La durata del presente contratto decorre a far data dal _____ fino al 31 dicembre 2026.
5. Non è ammesso il rinnovo tacito.

Art. 7 -Flussi informativi, prescrizione dematerializzata e rischio clinico

1. La struttura è tenuta ad inserire tutti i flussi informativi relativi alle prestazioni oggetto del presente Contratto sul Sistema informativo Regionale SIASXL secondo le indicazioni che verranno fornite dall'Area Sistemi Informativi della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria.

2. La struttura è tenuta a comunicare per iscritto alla ASL di competenza il raggiungimento del *budget dedicato* alle liste di attesa assegnato.
3. Resta inteso che la struttura non deve fornire prestazioni con onere a carico del SSR qualora non coerenti con la configurazione di accreditamento e/o qualora eccedenti il budget assegnato e/o comunque qualora violino il contenuto del presente contratto.
4. La struttura comunica alla ASL e alla Regione Lazio, con congruo anticipo, eventuali sospensioni di funzioni o attività sanitarie, oggetto del presente contratto; il preavviso, che deve essere effettuato a mezzo PEC, deve essere tale da garantire continuità assistenziale e da evitare disagio all'utenza.
5. Nell'ambito del *budget aggiuntivo dedicato* all'abbattimento delle liste di attesa assegnato e della configurazione di accreditamento, le prestazioni sanitarie con onere a carico del SSR devono essere rese nel rispetto degli obiettivi di programmazione e di indirizzo regionale, dei criteri di congruità e appropriatezza, nonché con finalità di miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure erogate nel setting idoneo, tenendo conto del governo delle liste d'attesa in ambito specialistico.
6. Pena la risoluzione del contratto ai sensi del successivo art. 12, commi 1, 2 e 3, la struttura è tenuta a mettere a disposizione le Agende relative alle prestazioni di cui all'**Allegato 1** del presente *contratto*, denominato "*Elenco prestazioni di specialistica ambulatoriale*", esclusivamente sul Sistema Integrato Regionale ReCup e a configurare le stesse sulla base delle indicazioni ricevute dalla Regione Lazio e dall'Azienda Sanitaria in merito alla suddivisione in classi di priorità, volumi, prestazioni e specifiche esigenze, al fine di garantire la presa in carico dei propri assistiti.
7. Ai fini della verifica degli adempimenti di cui ai precedenti commi e del rispetto delle classi di priorità, è previsto un monitoraggio (attraverso il sistema SIASXL), confrontando i dati delle prestazioni effettivamente erogate dalla struttura con quelli delle prenotazioni effettuate presso la medesima, tramite sistema integrato o Piattaforma ReCup.
8. Resta inteso che, in fase di riconoscimento finale delle prestazioni erogate, le prestazioni erogate non visibili e/o non collegate alle agende presenti sul sistema regionale Recup non potranno essere remunerate e pagate.
9. La struttura sanitaria, in adempimento all'obbligo informativo relativo al FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico che racchiude l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito ai sensi del Regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico DPCM n. 178/2015) previsto dall'articolo 12, comma 7, del d.l. n. 179/2012, convertito con modificazioni dalla legge n. 221/2012, è tenuta alla trasmissione, in modo completo e conforme al DM 261/2016 nonché nel rispetto delle previsioni di cui al DM 07/09/2023 (FSE 2.0), dei dati contenuti nelle SDO (DM 28/12/1991, DM 380/2000) e nei referti per esterni, per prestazioni erogate sia in regime privatistico che con onere a carico del SSR. Tale trasmissione è richiesta anche allo scopo di consentire alla Regione l'interoperabilità fra i FSE, curata dall'apposita Infrastruttura (INI) istituita ai sensi del comma 15-ter dell'art. 12 del D.L. citato e realizzata, in raccordo con AGID, dal Ministero dell'Economia e delle Finanze che assume la titolarità del

trattamento dei dati (art. 22 Decreto Ministero dell'Economia e delle Finanze 4 agosto 2017). L'inosservanza, anche parziale, delle disposizioni del presente articolo costituisce grave inadempimento ai sensi del successivo art. 15 ed è causa di risoluzione dello stesso.

10. Al fine di consentire alla Regione di disporre in modo completo del patrimonio informativo del sistema sanitario e di individuare indicatori utili alla valutazione del monitoraggio nel tempo dell'assistenza ricevuta dai singoli assistiti, per verificare il raggiungimento degli obiettivi posti in sede di programmazione regionale, nonché di elaborare dati sui volumi a fini statistici, la struttura è tenuta (a titolo esemplificativo e non esaustivo, ai sensi del DM n. 380/2000, del DM n. 349/2001, DM dello 05/12/2006, DM del 15/10/2010, DM del 22/10/2014) a inserire nei flussi informativi del Sistema sanitario tutte le prestazioni erogate per assistenza specialistica ambulatoriale, anche effettuate in regime privatistico. L'inosservanza delle disposizioni del presente comma costituisce grave inadempimento ai sensi del successivo art. 8 ed è causa di risoluzione del presente contratto.

11. La struttura è tenuta al rispetto delle disposizioni relative al 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 (*Allegato A*).

12. Le strutture abilitate provvedono alla prescrizione medica (specialistica e farmaceutica) esclusivamente in modalità dematerializzata su ricettario SSN, ad eccezione dei PAC e degli accorpamenti di prestazioni che non possono essere inviati con tale modalità, che continueranno a essere prescritti in cartaceo fino a nuova disposizione regionale. Le strutture provvedono, altresì, a prendere in carico la ricetta dematerializzata e alla successiva comunicazione dell'avvenuta esecuzione della prestazione attraverso i sistemi informativi regionali e/o aziendali. Nel caso di mancato assolvimento, da parte della struttura, agli obblighi della normativa sulla ricetta dematerializzata e, in particolare, nel caso di mancata presa in carico della ricetta entro 5 giorni dalla data di prenotazione e conseguente annullamento/blocco della stessa tramite il portale web ERODE o il Sistema Accoglienza Regionale (SAR), da parte della struttura, all'esito delle verifiche mensili sui flussi informativi delle prestazioni erogate, tali prestazioni saranno scartate e, quindi, non saranno riconosciute né pagate. Resta inteso che in sede di prenotazione, la struttura dovrà inviare al ReCup le "note di preparazione" per ogni tipologia di prestazione, correttamente compilate.

13. La prescrizione SSN deve essere utilizzata presso una sola struttura erogatrice. Nel caso in cui la stessa ricetta venga inserita più volte sul Sistema SIASXL da parte di strutture erogatrici diverse, si procederà allo scarto della seconda ricetta in ordine cronologico di invio; il valore della produzione eventualmente riconosciuto in base al primo inserimento verrà recuperato in sede di determinazione della remunerazione spettante.

14. La struttura è provvista di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi (RCT) e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera (RCO), ai sensi dell'articolo 27, comma 1-bis, del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114, anche per danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso le strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche e private, a tutela di pazienti e personale. È data

evidenza, mediante pubblicazione sul sito della struttura, della denominazione dell'impresa che presta la copertura assicurativa della responsabilità civile verso i terzi e verso i prestatori d'opera, indicando per esteso i contratti, le clausole assicurative, ovvero le altre analoghe misure che determinano la copertura assicurativa (cfr. articolo 10 L. n. 24/2017). La struttura comunica al centro regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente (cd. Centro Regionale Rischio clinico) i dati sui rischi, sugli eventi avversi e sul contenzioso e predisponde una relazione annuale che pubblica sul sito web aziendale nella quale dia evidenza degli eventi avversi verificatisi, cause e iniziative messe in atto (art. 2, comma 5, L. n. 24/2017). La struttura adotta un sistema informativo idoneo a documentare il rapporto contrattuale con il personale sanitario che dovrà essere dotato di idonea copertura assicurativa, ulteriore a quella della struttura. La violazione di tale disposizione comporta la risoluzione automatica del presente contratto ai sensi del successivo art. 15.

15. La struttura potrà procedere con la fatturazione delle prestazioni rese nel rispetto di quanto disposto dal Documento Tecnico di cui alla DGR n. 868/2023 (**Allegato A**) e dalla Disciplina Uniforme (**Allegato 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.

Art. 8 - Requisiti e modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie – Privacy

1. Le prestazioni sanitarie dovranno essere erogate nella piena osservanza delle disposizioni normative e regolamentari, nazionali e regionali, applicabili in materia, avuto in particolare riguardo ai Decreti del Commissario *ad acta* nn. 8/2011, 282/2017, 283/2017 e 469/2017 e s.m.i.

2. Le prestazioni sanitarie sono erogate dalla struttura secondo le modalità e con le caratteristiche previste dai provvedimenti nazionali e regionali in materia e, in ogni caso, nel rispetto dei requisiti di autorizzazione e di accreditamento, di qualità e appropriatezza imposti dalla buona e diligente pratica professionale, secondo l'assetto organizzativo e funzionale di cui ai provvedimenti autorizzativi e di accreditamento che la struttura si impegna a rispettare per tutta la validità del presente contratto.

3. La struttura dichiara e garantisce l'adeguatezza e il perfetto stato d'uso delle apparecchiature nel tempo e si impegna a tenere a disposizione dell'ASL e della Regione Lazio, per consentire i relativi controlli, i contratti di manutenzione e la documentazione dell'attività di manutenzione effettuata.

4. L'erogazione della prestazione sanitaria, ammessa alla remunerazione a carico del SSR, è subordinata alla richiesta compilata su ricettario del SSN a cura del medico prescrittore, in conformità a quanto previsto dal D.M. 17 novembre 1988, n. 350, dal D.M. 17 marzo 2008, dal D.M. 2 novembre 2011 e dalle disposizioni regionali in materia, ovvero, nel caso di trasferimento di pazienti da P.S., attraverso lettera di trasferimento della struttura inviante o verbale di emergenza del sanitario della struttura accettante sul quale dovranno essere specificate le seguenti indicazioni:

- a)** dati anagrafici del paziente;
- b)** tipo di trattamento richiesto.

5. La struttura si impegna a svolgere le prestazioni sanitarie e a trattare i dati dei pazienti nel pieno rispetto del D. Lgs. n. 196/2003 (“*Codice in materia di protezione dei dati personali*”), come modificato dal D. Lgs. n. 101/2018, dal Regolamento UE n. 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27/04/2016 (GDPR), nonché dal d.l. n. 139/2021, conv. con modifiche dalla L. n. 205/2021 e s.m.i. e, in particolare, nel rispetto di quanto previsto al titolo V del Codice, rubricato: “*Trattamento di dati personali in ambito sanitario*” e all’art. 9 del Regolamento UE. La sottoscrizione del contratto comporta l’autorizzazione agli erogatori della Responsabilità del trattamento dei dati, ai sensi dell’art. 28 del GDPR.
6. È fatto espresso divieto alla struttura di sottoscrivere contratti di servizi e/o di acquisto di beni che prevedano che la titolarità dei dati sanitari dei pazienti sia affidata a soggetti terzi.
7. La struttura si impegna ad adempiere in modo diligente e costante al proprio debito informativo, secondo i tempi e le modalità stabilite dalla normativa nazionale e regionale.
8. Le prestazioni sanitarie dovranno essere erogate da personale idoneo operante presso la struttura che sia munito dei titoli professionali previsti dalla normativa e che non versi in situazioni di incompatibilità secondo la normativa vigente in materia.
9. Si rinvia alle disposizioni di cui al precedente articolo 7, comma 10.

10. Nel caso di mancanza e/o perdita di un requisito di autorizzazione e/o di accreditamento, nelle more della regolarizzazione da parte della struttura, sarà applicata una penale pari al 5% del valore del budget complessivo assegnato nell’annualità di riferimento. Tale decurtazione verrà applicata dalla ASL, solo all’esito del procedimento avviato a seguito di segnalazione/comunicazione da parte della Regione Lazio, e fino all’anno successivo all’esito positivo della procedura di autorizzazione e di accreditamento.

Art. 9 – Modalità di fatturazione , liquidazione e termini per il pagamento della remunerazione

1. La struttura dovrà emettere una fattura, con cadenza mensile, secondo le procedure indicate nella “*Disciplina Uniforme sulle modalità di fatturazione e pagamento*” (**Allegato B**), parte integrante del presente contratto di budget.
2. Con riferimento alle modalità di fatturazione, il Sistema Pagamenti proporrà in automatico una fattura precompilata con l’importo del valore netto da fatturare determinato sulla base dei dati di produzione validati dall’Azienda Sanitaria competente.
3. La fattura, pena l’impossibilità di procedere alla liquidazione della stessa, dovrà necessariamente riportare il riferimento al progetto straordinario di recupero delle liste di attesa, secondo le indicazioni che verranno fornite dalla Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria.
4. La struttura si impegna ad inviare i flussi informativi regionali delle prestazioni sanitarie erogate con onere a carico del SSR, identificabili con un codice *ad hoc*, 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 all’Allegato Tecnico di cui

alla DGR n. 868/2023, parte integrante del presente contratto (**Allegato A**). Oltre i predetti termini e fuori dalle suindicate modalità, le prestazioni non verranno accettate dai sistemi e, quindi, non verranno valorizzate.

5. La liquidazione e/o l'avvenuto saldo non pregiudicano, in alcun modo, la ripetizione di somme che, sulla base dei controlli effettuati sulle prestazioni sanitarie erogate, risultassero non dovute, in tutto o in parte, mediante trattenuta sulle prime fatture utili, ovvero in conformità ad un piano di rateizzazione stabilito dalla ASL, sulla base delle Linee Guida regionali.

6. I controlli da effettuare da parte della ASL, ai fini della liquidazione, includono i seguenti accertamenti:

- a) che la prestazione sia stata effettivamente resa;
- b) che la prestazione resa rientri, per tipologia, quantità e caratteristiche, tra quelle oggetto del presente contratto e che sia coerente e conforme alla configurazione di accreditamento;
- c) che la prestazione sia stata resa in modo congruo e appropriato, secondo le modalità e la tempistica prevista dalla normativa vigente in materia.

7. La ASL deve, inoltre, verificare che:

- a) gli importi unitari indicati in fattura per le prestazioni erogate siano conformi alle tariffe regionali e/o nazionali applicabili, come richiamate nel presente contratto;
- b) l'importo richiesto non superi il *budget dedicato* massimo complessivo di cui al presente contratto e per cui vi è copertura di spesa a carico del bilancio pubblico, come previsto al precedente articolo 6;
- c) la regolarità amministrativo-contabile delle fatture stesse in base alla normativa vigente;
- d) venga effettuato il controllo della posizione della struttura, secondo quanto disposto dal D.M. 24 ottobre 2007 e dall'art. 48-bis del DPR 602/73.

8. La struttura dovrà provvedere all'emissione delle note di credito entro e non oltre 60 gg. dal ricevimento della richiesta.

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

10. La mancata emissione delle note di credito relative a crediti di qualsiasi natura ancora non recuperati finanziariamente dall'Azienda Sanitaria di competenza, anche attraverso il blocco di altre fatture emesse dalla struttura, nel termine di cui al precedente comma 9, comporterà l'impossibilità di concedere il beneficio dell'eventuale rateizzazione (in relazione al recupero degli stessi crediti) nonché la riduzione del 10% dell'eventuale budget da assegnare nell'anno successivo.

Art. 10 - Cessione dell'contratto

1. Il presente contratto non può essere ceduto, nemmeno in parte, senza il consenso espresso della

Regione. In caso di cessione/affitto d'azienda o ramo di essa, ovvero in ipotesi similari, per le quali è necessario il provvedimento di voltura del titolo autorizzativo e di accreditamento, il contratto potrà essere ceduto nel solo caso di previsione espresa dell'assunzione dell'obbligo del subentrante/cessionario dei debiti maturati in virtù del rapporto concessorio già vigente, anche in ragione del presente contratto, nonché di quelli derivanti dagli esiti dei controlli esterni sulle prestazioni già erogate. È fatta salva la cessione per effetto del trasferimento in sede giudiziale.

2. La cessione dell'contratto in violazione di quanto previsto al precedente comma 1 costituisce grave inadempimento ai sensi del successivo art. 15 ed è causa di risoluzione dello contratto stesso.

Art. 11 - Cessione dei crediti

1. Le modalità e i termini di cessione dei Crediti derivanti dal presente contratto sono disciplinati esclusivamente dall'art. 117, comma 4 *bis*, del decreto legge n. 34/2020, convertito con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, nonché dal regolamento allegato al presente contratto, al quale si rinvia integralmente (*Disciplina Uniforme, Allegato B*), non essendo ammesse altre forme di cessione del credito.

2. In caso di accettazione della cessione, l'Amministrazione può opporre comunque al cessionario tutte le eccezioni opponibili al cedente in virtù del rapporto in essere tra quest'ultimo e l'Amministrazione stessa.

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.

Art. 12 – Risoluzione dell'contratto e recesso

1. Fermo restando il diritto al risarcimento dei danni e ogni altro rimedio previsto ai sensi della normativa vigente, in caso di violazione delle disposizioni del presente contratto da parte della struttura, la ASL, di concerto con la Regione, possono chiedere la risoluzione dello stesso ai sensi dell'art. 1453 c.c.

2. Accertato l'inadempimento, la ASL contesta per iscritto i fatti alla struttura concedendo alla stessa il termine di 30 (trenta) giorni, a far data dalla ricezione della contestazione, per la presentazione di documentazione e di osservazioni scritte. La struttura può all'uopo avvalersi dell'ausilio e dell'assistenza della propria Associazione di categoria rappresentativa delle strutture private accreditate.

3. Trascorso il termine assegnato, la ASL, qualora non ritenga di accogliere le deduzioni della struttura, concerta preventivamente con la Regione la risoluzione dell'contratto, motivandone debitamente le ragioni. Diversamente, tenuto conto delle giustificazioni e della gravità dell'inadempimento, la ASL può diffidare la struttura ad adempiere entro un congruo termine, comunque non inferiore a 15 gg., ritenuto essenziale, decorso il quale l'contratto si intenderà risolto ai

sensi dell'art. 1457 c.c.

4. Nel caso in cui il contratto sia stato sottoscritto sotto condizione risolutiva espressa ai sensi del precedente art. 3, comma 6, qualora, a seguito delle verifiche, dovesse emergere il mancato possesso di uno o più requisiti di cui al comma 2 del precedente art. 3, il presente contratto è risolto di diritto secondo quanto disposto ai successivi commi 5 e 6.

5. Il presente contratto è risolto di diritto, ai sensi dell'art. 1456 c.c., in una delle ipotesi di seguito indicate:

- a) revoca o mancato rinnovo dell'autorizzazione e/o dell'accreditamento istituzionale;
- b) accertata definitiva carenza dei requisiti oggettivi e/o soggettivi richiesti di cui al precedente art. 3;
- c) accertata incapacità, per cause imputabili alla struttura, di garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie per le quali la struttura è accreditata, anche avuto riguardo al verificarsi di fatti relativi all'assistenza sanitaria;
- d) falsità di alcuna delle dichiarazioni rese di cui al precedente art. 3, comma 2, lettere a), b), c), d), e) ed f);
- e) violazione dell'articolo 7, commi 9 e 10, in materia di Fascicolo sanitario elettronico e di trasmissione e gestione dei dati sanitari e dei flussi informativi;
- f) violazione dell'articolo 7, comma 14, in materia di dati inerenti il rischio clinico e le obbligazioni derivante dalla L. n. 24/2017 e s.m.i.;
- g) violazione del precedente art. 10, in materia di cessione dell'contratto;
- h) violazione del precedente art. 11, in materia di cessione dei crediti, nonché delle disposizioni di cui al regolamento allegato al presente contratto e parte integrante dello stesso (**Allegato B**);
- i) violazione del successivo art. 14, comma 3, del presente contratto.

6. Qualora si verifichino una delle ipotesi sopra indicate, la ASL ne fa contestazione scritta alla struttura, comunicando che intende avvalersi della clausola risolutiva espressa.

7. Resta inteso che, a far data dalla comunicazione della sospensione e/o revoca dell'accreditamento o di avvenuta risoluzione dell'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.

8. Nei casi di risoluzione di diritto del presente contratto, viene immediatamente disposta la revoca dell'accreditamento.

Art. 13 – Controversie

1. Tutte le controversie relative o derivanti dal presente contratto, ivi comprese quelle inerenti alla sua

interpretazione, qualora non risolte bonariamente tra le parti, sono devolute alla competenza esclusiva del Foro in cui ha sede la ASL territorialmente competente, con esclusione di ogni Foro concorrente e di qualsiasi devoluzione arbitrale.

2. La vigilanza sulla corretta interpretazione ed esecuzione del presente contratto può essere demandata ad un Comitato composto da cinque membri, di cui due rappresentanti delle associazioni di categoria maggiormente rappresentative delle strutture, due rappresentanti di Parte pubblica, nominati dalla Direzione Regionale Salute, ed uno con funzioni di Presidente nominato congiuntamente. Tale Comitato sarà istituito entro 30 (trenta) giorni dalla data di pubblicazione del provvedimento di adozione dello schema del presente contratto.

3. Il Comitato può essere investito anche dalla struttura sanitaria, ai fini della valutazione della disposizione del contratto che si assume violata, preventivamente all'azione giudiziaria.

Art. 14 - Clausole di salvaguardia

1. Con la sottoscrizione del presente contratto la struttura accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione delle tariffe, di determinazione dei tetti di spesa e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto. In considerazione dell'accettazione dei suddetti provvedimenti (ossia i provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, delle tariffe ed ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto), con la sottoscrizione del presente contratto, la struttura rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati, conosciuti e conoscibili.

2. Con la sottoscrizione del presente contratto, la struttura accetta espressamente di applicare il regolamento sulle modalità di fatturazione e di pagamento, allegato al presente contratto e parte integrante dello stesso, pena l'impossibilità per la Parte pubblica di procedere alla liquidazione delle fatture e al conseguente pagamento delle stesse. Le fatture trasmesse con modalità estranee e/o diverse da quelle previste nel suddetto regolamento verranno pertanto respinte dalla ASL.

3. Non è ammessa alcuna riserva di una delle parti al presente contratto, né contestuale né successiva. Nel caso qualsivoglia riserva venisse unilateralmente apposta o comunque successivamente avanzata da una delle parti, il contratto si intenderà automaticamente risolto ai sensi del precedente art. 12, lett. i), e comunque non sarà sottoscrivibile per l'altra.

Art. 15 - Immodificabilità dell'contratto

Il contenuto del presente contratto non è modificabile, se non previa approvazione scritta della Regione, comunicata anche alla struttura, per espresso accordo scritto tra le parti da riversarsi in un nuovo accordo contrattuale anche integrativo e parzialmente novativo e con esclusione di scambio di corrispondenza o mezzi simili.

Art. 16 - Norma di rinvio

Per tutto quanto non disciplinato dal presente contratto, si fa rinvio alle norme del codice civile, alla

normativa nazionale e regionale di settore vigente, nonché

- all'Allegato tecnico alla Deliberazione n. 868/2023, che forma parte integrante e sostanziale del presente contratto (**Allegato A**),
- al Regolamento di cui alla Disciplina Uniforme sulle modalità di fatturazione e pagamento, allegato al presente contratto e parte integrante e sostanziale dello stesso (**Allegato B**),

Art. 17 – Trattamento dei dati personali e riservatezza

1. Con la sottoscrizione del presente Contratto, le Parti, in relazione al trattamento dei dati personali effettuati in esecuzione del contratto medesimo, dichiarano di essersi preventivamente e reciprocamente comunicate tutte le informazioni previste dall'articolo 13 del Regolamento europeo (UE) 2016/679 (GDPR) e del D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. (Codice in materia di protezione dei dati personali), ivi comprese quelle relative alle modalità di esercizio dei diritti dell'interessato e alle finalità del trattamento dei dati personali.

2. Il trattamento dei dati è improntato, in particolare, ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e avviene nel rispetto delle misure di sicurezza di cui agli articoli 31 e ss. del D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i.

Art. 18 – Obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari

Le Parti si impegnano a rispettare tutti gli obblighi previsti dalla Legge n. 136/2010 e s.m.i. e dai relativi provvedimenti attuativi, in materia di tracciabilità dei flussi finanziari, assumendo a proprio carico tutte le obbligazioni previste dal dettato normativo. In caso di cessione dei crediti oggetto del presente contratto, tali adempimenti sono a carico anche dei soggetti cessionari.

Art. 19 - Registrazione

Il presente contratto è soggetto a registrazione in caso d'uso ai sensi del T.U. imposta di registro di cui al D.P.R. n. 131/1986 e s.m.i.

Art. 20 - Elezione di domicilio

Le Parti eleggono domicilio ad ogni effetto di legge e, segnatamente, per l'esecuzione del presente contratto, presso i rispettivi indirizzi in epigrafe emarginati, dichiarando di voler ricevere ogni comunicazione ai sensi di legge all'indirizzo di posta elettronica certificata indicato nel presente contratto.

Roma, _____

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: 3) Requisiti oggettivi e soggettivi; 4) Comportamento secondo buona fede; 6) Corrispettivo e Durata; 7) Flussi informativi, prescrizione dematerializzata e rischio clinico; 8) Requisiti e modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie - Privacy; 9) Modalità di fatturazione, liquidazione e termini per il pagamento della remunerazione; 10) Cessione dell'contratto; 11) Cessione dei crediti; 12) Risoluzione dell'contratto e recesso; 13) Controversie; 14) Clausole di salvaguardia; 15) Immodificabilità dell'contratto.

Roma, _____

La ASL

La Struttura
