

REPUBBLICA ITALIANA

*Regione Siciliana*



ASSESSORATO DELLA SALUTE  
*Dipartimento per la Pianificazione Strategica*

**MODIFICHE ED INTEGRAZIONI DEL DECRETO ASSESSORIALE N. 954 DEL 17/05/2013: CRITERI DI ABBATTIMENTO DEI DRG A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA E DEFINIZIONE DELLE RELATIVE TARIFFE PER L'EROGAZIONE IN DAY SERVICE**

***L' ASSESSORE***

**Visto** lo Statuto della Regione;

**Visto** il D. Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni;

**Vista** la legge regionale 14 aprile 2009, n. 5 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale";

**Visto** il D.A. n. 875 dell'11 maggio 2009 "Indirizzi per l'attuazione del day service nelle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate e definizione delle tariffe delle prestazioni" pubblicato sulla GURS n. 30 del 03/07/2009;

**Vista** l'Intesa del 3 dicembre 2009 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012 pubblicato sulla GURI serie generale n. 3 del 05/01/2010, in particolare l'art. 6, comma 5, col quale si concorda che le Regioni integrino la lista dei 43 DRG di cui all'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001, assicurando l'erogazione delle prestazioni già rese in regime di ricovero ordinario, in regime di ricovero diurno ovvero in regime ambulatoriale;

**Visto** il Decreto Assessoriale del 17 febbraio 2010 pubblicato sulla GURS n. 9 del 26/2/2010 in materia di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte degli utenti per le prestazioni erogate in regime di day service nelle strutture pubbliche e private;

**Visto** il Decreto Assessoriale n. 1822 del 13 luglio 2010 "Adozione del sistema di classificazione ICD9-CM-2007 – versione 24 della classificazione dei DRG", pubblicato sulla GURS n. 36 del 13/08/2010;

**Visto** il D.A. n. 2687 del 5 novembre 2010 pubblicato sulla GURS n. 53 del 03/12/2010 con il quale è stato adottato il Patto per la salute per gli anni 2010-2012;

A handwritten signature in black ink, appearing to be a stylized 'J' or similar character.

A handwritten signature in black ink, appearing to be the name 'Bianchi'.

A handwritten signature in black ink, appearing to be the name 'Bianchi'.

**Visto** il D.A. n. 1529 del 12 agosto 2011 pubblicato sulla GURS n. 40 del 23/09/2011, con il quale, ai fini del contenimento delle prestazioni classificate inappropriate e ad alto rischio di inappropriatezza ai sensi dell'allegato 2 C al D.P.C.M. 29 novembre 2001 e dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, sono state adottate misure economiche di abbattimento della valorizzazione economica delle prestazioni qualora eccedenti le soglie fissate agli allegati 1 e 2 del medesimo decreto;

**Visto** il D.A. n. 2765 del 29 dicembre 2011 pubblicato sulla G.U.R.S. n. 5 del 3/2/2012 con il quale è stato sostituito l'allegato 2 al D.A. n. 1529 del 12 agosto 2011;

**Visto** il DA 25.5.2012 pubblicato sulla G.U.R.S. n. 25 del 22.6.2012 che ha modificato ed integrato il D.A. n. 2765 del 29 dicembre 2011 relativo all'adozione del Patto per la salute 2010/2012;

**Visto** il Decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e Finanze, del 18 ottobre 2012, pubblicato sulla GURI n. 23 del 28/01/2013 Supplemento Ordinario n. 8, ed in particolare l'articolo 2 e l'allegato 1 con il quale vengono determinate le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera;

**Visto** il DA n. 923 del 14/05/2013 pubblicato sul suppl. ordinario alla G.U.R.S. n. 25 del 31.05.2013 con il quale sono state adottate le nuove tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera;

**Visto** il Decreto Assessoriale n. 954 del 17 maggio 2013, pubblicato sul suppl. ordinario alla G.U.R.S. n. 25 del 31.05.2013 relativo a "criteri di abbattimento dei DRG a rischio di inappropriatezza e definizione delle relative tariffe per l'erogazione in day service";

**Vista** la circolare assessoriale prot. n. 50376 del 13/06/2013 concernente "indicazioni per l'applicazione del decreto 954 del 17/05/2013";

**Visto** il DA n. 2005 del 24/10/2013 pubblicato sulla G.U.R.S. n. 50 del 8.11.2013 che ha rideterminato la tariffa della PACC/DRG 036 erogata in regime di day service con somministrazione di farmaci per via intravitreale per la cura della degenerazione maculare, per le strutture di cui all'art 2 del d.a. 1518/2013 e s.m.i.;

**Visto** il DA n. 2162 del 18 novembre 2013 pubblicato sulla G.U.R.S. n. 53 del 29.11.2013 che ha stabilito una tariffa omnicomprensiva per PACC/DRG 039 (interventi sul cristallino con o senza vitrectomia);

**Considerato** che in base alle analisi effettuate sui dati di attività da Giugno ad Ottobre 2013 ed alle segnalazioni pervenute da parte dell'AIOP e di alcuni Professionisti occorre ridefinire alcune indicazioni relative alle seguenti PACC/DRG: 40, 41, 131, 266, 349, 395 396 e 466;

**Considerato** che è necessario inserire alcune esclusioni dal calcolo delle soglie di inappropriatezza in quanto non risultano coerenti con l'erogazione in Day Service, in particolare: per le PACC/DRG 40 e 41 sono da escludere i trapianti di cornea (codice di intervento principale 11.6); per le PACC/DRG 131 e 466 da escludere i casi con terapia infusionale con prostanoidi (codici 39.97 e 99.29); per la PACC/DRG 266 da escludere le diagnosi principale di neoplasie maligne (codici 17.\_\_ e 198.2); per le PACC/DRG 395 e 396 da escludere le trasfusioni (codice procedura principale 99.04). Inoltre, si ritiene necessario definire una tariffa unica per i casi di biopsia prostatica (codice procedura principale 60.11) a prescindere dalla PACC/DRG assegnata e per le PACC/DRG 465 e 466 in caso di inserimento di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile (codice procedura principale 86.07);



## DECRETA

### Art. 1

A decorrere dal 1° gennaio 2014 l'allegato 1 al DA 954/2013 è sostituito dall'allegato A al presente decreto, che ne costituisce parte integrante.

### Art. 2

Per tutto quanto non espressamente previsto dal presente decreto valgono le disposizioni di cui al Decreto Assessoriale n. 954 del 17 maggio 2013, pubblicato sul suppl. ordinario alla G.U.R.S. n. 25 del 31.05.2013

### Art 3

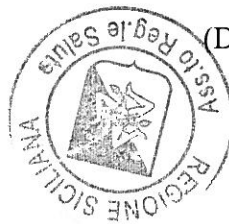
Il presente decreto verrà trasmesso alla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana per la sua pubblicazione e sarà, inoltre pubblicato sul sito *internet* dell'Assessorato della Salute.

Palermo 31 DIC. 2013

Il Dirigente dell'Area Interdipartimentale 4  
(Dr. Sergio Buffa)

Il Dirigente Generale  
(Dr. Salvatore Sammartano)

L'ASSESSORE  
(D.ssa Lucia Borsellino)



Allegato A

Drg ad Ato rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria/DH e tariffe Day Service

mdc	tipo PACC /DRG	PACC /DRG	descrizione	Tariffa Day Service	Valore Soglia ricoveri ordinari e+DH oltre il quale si applicano le penalizzazioni tariffarie	Note
1	C	006	Decompressione del tunnel carpale	€ 588,63	5%	
1	C	008	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC (solo codice procedura 04.44)	€ 585,33	10%	
1	M	013	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	€ 169,34	50%	
1	M	019	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	€ 177,52	50%	
2	C	036	Interventi sulla retina	€ 1.341,57	60%	Tariffa € 290 per le strutture autorizzate a richiedere il rimborso del farmaco per la maculopatia degenerativa con il file F (DA 2005/2013)
2	C	038	Interventi primari sull'iride	€ 1.069,81	80%	
2	C	039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	€ 800,00	5%	
2	C	040	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni (eccetto trapianti di cornea codice intervento principale 11.6_)	€ 567,43	60%	
2	C	041	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni (eccetto trapianti di cornea codice intervento principale 11.6_)	€ 1.166,23	80%	
2	C	042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino (eccetto trapianti di cornea codice 11.6_)	€ 1.369,49	60%	
2	M	047	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	€ 202,01	30%	
3	C	051	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	€ 1.329,89	60%	
3	C	055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	€ 1.451,86	60%	
3	C	061	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	€ 1.561,57	60%	
3	M	065	Alterazioni dell'equilibrio	€ 178,20	30%	
3	M	070	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	€ 148,88	80%	
3	M	073	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	€ 216,12	30%	
3	M	074	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	€ 156,04	30%	
4	M	088	Malattia polmonare cronica ostruttiva	€ 152,72	50%	
5	C	119	Legatura e stripping di vene	€ 1.402,37	60%	
5	M	131	Malattie vascolari periferiche senza CC (escluso terapia infusione con prostanoidi codice procedura principale 39.97 in associazione al codice di procedura secondaria 99.29)	€ 157,75	30%	
5	M	133	Aterosclerosi senza CC	€ 173,56	30%	
5	M	134	Iperensione	€ 177,27	10%	
5	M	139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC (eccetto urgenze)	€ 165,03	50%	
5	M	142	Sincope e collasso senza CC	€ 186,90	50%	
6	C	158	Interventi su ano e stoma senza CC	€ 906,30	80%	
6	C	160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	€ 897,60	80%	

*[Handwritten signatures and initials]*

mdc	tipo PACC /DRG	PACC /DRG	descrizione	Tariffa Day Service	Valore Soglia ricoveri ordinari e+DH oltre il quale si applicano le penalizzazioni tariffarie	Note
6	C	162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	€ 928,59	80%	
6	C	163	Interventi per ernia, età < 18 anni (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	€ 1.092,56	80%	
3	C	168	Interventi sulla bocca con CC	€ 1.224,65	80%	
3	C	169	Interventi sulla bocca senza CC	€ 1.224,65	60%	
6	M	183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	€ 161,15	30%	
6	M	184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni (eccetto urgenze)	€ 140,02	30%	
6	M	189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	€ 160,52	30%	
7	M	206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	€ 175,64	50%	
7	M	208	Malattie delle vie biliari senza CC	€ 154,48	30%	
8	C	227	Interventi sui tessuti molli senza CC	€ 1.349,32	60%	
8	C	228	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	€ 884,17	80%	
8	C	229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	€ 1.166,21	60%	
8	C	232	Artroscopia	€ 647,17	30%	
8	M	241	Malattie del tessuto connettivo senza CC	€ 180,67	30%	
8	M	243	Affezioni mediche del dorso	€ 175,93	10%	
8	M	245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	€ 172,26	30%	
8	M	248	Tendinite, miosite e borsite	€ 155,39	30%	
8	M	249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	€ 195,25	30%	
8	M	251	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	€ 171,66	30%	
8	M	252	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	€ 171,23	50%	
8	M	254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	€ 152,42	30%	
8	M	256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	€ 212,92	30%	
9	C	262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	€ 1.045,85	60%	
9	C	266	<b>Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC (eccetto diagnosi principale di neoplasia maligna codici 17. ___ e 198.2)</b>	€ 120,00	30%	
9	C	268	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	€ 1.940,69	60%	
9	C	270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	€ 120,00	10%	
9	M	276	Patologie non maligne della mammella	€ 155,55	30%	
9	M	281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	€ 241,07	30%	
9	M	282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	€ 219,37	30%	
9	M	283	Malattie minori della pelle con CC	€ 145,99	30%	

*Am Am*



mdc	tipo PACC /DRG	PACC /DRG	descrizione	Tariffa Day Service	Valore Soglia ricoveri ordinari e+DH oltre il quale si applicano le penalizzazioni tariffarie	Note
9	M	284	Malattie minori della pelle senza CC	€ 137,98	30%	
10	M	294	Diabete, età > 35 anni	€ 212,81	30%	
10	M	295	Diabete, età < 36 anni	€ 143,86	30%	
10	M	299	Difetti congeniti del metabolismo	€ 199,63	30%	
10	M	301	Malattie endocrine senza CC	€ 189,08	30%	
11	M	317	Ricovero per dialisi renale	€ 183,29	30%	
11	M	323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	€ 640,00	30%	
11	M	324	Calcolosi urinaria senza CC	€ 146,36	30%	
11	M	326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC (eccetto urgenze)	€ 144,63	30%	
11	M	327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	€ 143,83	50%	
11	M	329	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	€ 177,32	30%	
11	M	332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	€ 176,32	30%	
11	M	333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	€ 193,34	60%	
12	C	339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	€ 1.074,04	60%	
12	C	340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	€ 1.005,96	80%	
12	C	342	Circoncisione, età > 17 anni	€ 863,65	60%	
12	C	343	Circoncisione, età < 18 anni	€ 603,80	60%	
12	C	345	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	€ 1.197,98	60%	
12	M	349	Iperplasia prostatica benigna senza CC	€ 135,66	30%	In presenza del codice 60.11(biopsia della prostata) come procedura principale, la tariffa riconosciuta è di € 250 totale
12	M	352	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	€ 206,01	30%	
13	C	360	Interventi su vagina, cervice e vulva	€ 1.244,22	80%	
13	C	362	Occlusione endoscopica delle tube	€ 1.055,48	60%	
13	M	369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	€ 161,05	50%	
14	C	377	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	€ 1.171,31	60%	
14	M	384	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche	€ 135,39	30%	
16	M	395	<b>Anomalie dei globuli rossi, età &gt; 17 anni (eccetto urgenze), escluso ricoveri in DH per trasfusioni codice procedura principale 99.04</b>	€ 194,16	30%	
16	M	396	<b>Anomalie dei globuli rossi, età &lt; 18 anni (eccetto urgenze), escluso ricoveri in DH per trasfusioni codice procedura principale 99.04</b>	€ 222,65	50%	
16	M	399	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	€ 172,97	30%	
17	M	404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	€ 245,96	50%	



mdc	tipo PACC /DRG	PACC /DRG	descrizione	Tariffa Day Service	Valore Soglia ricoveri ordinari e+DH oltre il quale si applicano le penalizzazioni tariffarie	Note
17	M	410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta*	€ 150,00	40%	Escluso reparto di dimissione oncematologia pediatrica codice 65; Il calcolo della percentuale sarà effettuato considerando per i ricoveri ordinari le GD e per DH e Day Service gli accessi
17	M	411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	€ 138,22	50%	
17	M	412	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	€ 207,32	30%	
19	M	426	Nevrosi depressive	€ 123,62	30%	
19	M	427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive	€ 123,62	30%	
19	M	429	Disturbi organici e ritardo mentale	€ 123,62	30%	
23	M	465	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	€ 160,65	40%	In presenza del codice di procedura principale 86.07 (inserimento di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile) la tariffa da riconoscere è pari a 310,65
23	M	466	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria (escluso terapia infusione con prostanoidi codice procedura principale 39.97 in associazione al codice di procedura secondaria 99.29)	€ 160,65	60%	In presenza del codice di procedura principale 86.07 (inserimento di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile) la tariffa da riconoscere è pari a 310,65
23	M	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	€ 120,65	30%	
25	M	490	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	€ 235,34	50%	
8	C	503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione (escluso intervento principale 81.45)	€ 1.100,00	30%	
8	C	538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	€ 1.582,01	60%	
1	M	563	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	€ 192,18	30%	
1	M	564	Cefalea, età > 17 anni	€ 175,45	30%	
	C	114	Amputazione arto superiore e dita piede per malattie apparato circolatorio (solo codici 84.01, 84.02 e 84.11)	€ 1.002,96	50%	
	C	225	Interventi sul piede (solo codici 77.56 e 77.57)	€ 768,59	5%	

Nella tariffa del day service sono comprese tutte le prestazioni necessarie per l'erogazione della PACC/DRG compreso la visita di controllo

\*Per la PACC/DRG 410 la tariffa si intende per ogni accesso in cui è stata praticata la chemioterapia  
Per tutti le altre PACC/DRG la tariffa in day service è omnicomprensiva ed indipendente del numero di accessi erogati

**In presenza del codice di procedura 60.11(biopsia della prostata) come procedura principale, la tariffa riconosciuta è di € 250 totale per qualunque PACC/DRG**

Tutti i ricoveri (ordinari e DH) ed il day service possono essere oggetto di contestazioni qualora ritenuti inappropriati secondo le disposizioni vigenti, anche se erogati all'interno dei valori soglia

Il valore soglia dei ricoveri ordinari+DH oltre il quale si applicano le penalizzazioni tariffarie sono calcolati ponendo a numeratore, per ogni singolo DRG, il numero dei ricoveri Ord+DH ed a denominatore il totale dei casi Ord+DH+Day Service del medesimo DRG

Le PACC/DRG drg con indicazione "eccetto urgenze" e "0-1 giorno" e ulteriori specifiche sono esclusi dal calcolo e quindi non partecipano a determinare la soglia dei ricoveri ordinari e DH oltre la quale si applicano le penalizzazioni tariffarie