

REPUBBLICA ITALIANA

*Regione Siciliana*



ASSESSORATO DELLA SALUTE

*Dipartimento per la Pianificazione Strategica*

**RECEPIMENTO DECRETO DEL MINISTRO DELLA SALUTE DI CONCERTO CON IL MINISTRO  
DELL' ECONOMIA E FINANZE DEL 18 OTTOBRE 2012 – ALLEGATI 1 E 2 - TARIFFE PER LE  
PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA**

**L' ASSESSORE**

- Visto** lo Statuto della Regione Siciliana;
- Vista** la Legge 23 dicembre 1978, n. 833 “Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale”, la quale all’art. 58 stabilisce di definire, con decreto del Ministero della sanità, i criteri per la rilevazione, la standardizzazione e la comparazione dei dati del sistema informativo sanitario;
- Visto** il Decreto del Ministro della Sanità del 28 dicembre 1991, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 13 del 17 gennaio 1992, con il quale è stata istituita la Scheda di Dimissione Ospedaliera, quale strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso da tutti gli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale ed è stato istituito il relativo flusso informativo;
- Visto** l’art. 5 del Decreto Ministeriale 28 dicembre 1991, con il quale si prevede che con successivi decreti ministeriali saranno specificati i sistemi di codifica da adottare per le informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera;
- Visto** il Decreto Assessoriale n. 94115 del 20 luglio 1991, con il quale è stata istituita la scheda nosologica ospedaliera nella Regione Siciliana;
- Visto** il Decreto Legislativo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni;
- Vista** la legge regionale 3 novembre 1993, n. 30 “Norme in tema di programmazione sanitaria e di riorganizzazione territoriale delle Unità Sanitarie Locali;
- Visto** il Decreto Ministeriale 12 settembre 2006 “Ricognizione e primo aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni sanitarie con particolare riferimento alla fissazione di una tariffa unica per i ricoveri di un giorno in regime ordinario e i ricoveri diurni”, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n.289 del 13/12/2006, Supplemento Ordinario;
- Visto** il Decreto Assessoriale n. 2230 del 18 settembre 2007 “Tariffe massime applicabili nel territorio della Regione Siciliana per la remunerazione delle prestazioni di ricovero e cura per acuti, per le prestazioni di riabilitazione e di lungodegenza”;

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'F' followed by a vertical line and a small flourish at the bottom.

- Visto** il D.M. del 18 dicembre 2008 “Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere”;
- 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 Decreto Assessoriale n.1827 del 14 luglio 2010 pubblicato sulla GURS n. 35 del 06/08/2010, con il quale vengono rideterminate le tariffe per il parto afferenti i DRG n. 371, 373 e 374;
- Visto** il Decreto Assessoriale n. 1999 del 03 agosto 2010, pubblicato sulla GURS n. 41 del 17/09/2010, con il quale viene adottato il sistema di classificazione ICD9-CM-2007 anche in relazione alle prestazioni di riabilitazione ospedaliera per categoria diagnostica;
- Visto** il Decreto Assessoriale n. 12 del 7 gennaio 2011, pubblicato sulla GURS n. 4 del 21/01/2011, con il quale vengono rideterminate le tariffe per le prestazioni di ricovero in Unità Operative di lungodegenza post-acute;
- Visto** il Decreto Assessoriale n. 463 del 16 marzo 2011, pubblicato sulla GURS n. 15 dell’8/4/2011, con il quale è stata riconosciuta una valorizzazione aggiuntiva al DRG 111 (Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza complicanze) rispetto a quella già fissata dal D.A. n. 1822 del 13 luglio 2010 "Adozione della classificazione ICD9CM 2007 - versione 24 della classificazione dei DRG;
- Visto** il Decreto Assessoriale n. 1014 del 06 giugno 2011, pubblicato sulla GURS n. 28 del 1° luglio 2011, con il quale sono stati forniti chiarimenti in relazione ai DRG prodotti dalle unità operative di riabilitazione ospedaliera e di lungodegenza specificando gli abbattimenti da operare nei casi di ricoveri che superano i sessanta giorni;
- Visto** il Decreto Assessoriale n. 2575 del 12 Dicembre 2011, pubblicato sulla GURS n. 2 del 13/01/2012, con il quale è stata riconosciuta una tariffa aggiuntiva per l’impianto transcateretere di protesi valvolare aortica in pazienti con stenosi valvolare sintomatica;
- Visti** il Decreto Assessoriale n. 955 del 02/04/2010 “Determinazione delle fasce tariffarie delle strutture pubbliche e private”, pubblicato sulla GURS n. 31 del 30/04/2010, il Decreto Assessoriale n. 25091 del 25/10/2010, pubblicato sulla GURS n. 53 del 03/12/2010 “Modifica del decreto 02 aprile 2010” ed il Decreto Assessoriale n. 1592 del 03/08/2012, pubblicato sulla GURS n. 39 del 14/9/2012, che ha aggiornato le percentuali di abbattimento previste per le strutture erogatrici;
- Visto** il Decreto Assessoriale n. 925 del 22 maggio 2012, pubblicato sulla GURS n. 24 del 15/06/2012 “Rideterminazione delle tariffe per il parto cesareo”;
- Visto** il Decreto Assessoriale n. 01872 del 20 settembre 2012, pubblicato sulla GURS n. 43 del 12/10/2012, con il quale, in analogia con quanto stabilito nell’Accordo Interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria del 22 maggio 2012, viene riconosciuta una quota tariffaria aggiuntiva al DRG 111 rispetto a quella già fissata dal precedente D.A. 13 luglio 2010;
- Visto** il Decreto Assessoriale n. 01873 del 20 settembre 2012, pubblicato sulla GURS n. 43 del 12/10/2012, con il quale, in analogia con quanto stabilito nell’Accordo Interregionale per la

compensazione della mobilità sanitaria del 22 maggio 2012, viene riconosciuta una quota tariffaria aggiuntiva alla tariffa base DRG, per il riconoscimento economico di alcune protesi o di alcune procedure, da corrispondere nel caso in cui nella SDO vengano segnalati specifici codici di intervento;

- Visto** il Decreto-Legge 6 luglio 2012, n. 95 recante: “Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini” convertito, con modificazioni, in legge 7 agosto 2012, n. 135;
- Visti** in particolare l’art. 15, comma 15 del citato Decreto-Legge n. 95 del 2012, che prevede la determinazione, da parte del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze, delle tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate, nonché il comma 16 dello stesso articolo, che prevede che “Le tariffe massime di cui al comma 15, valide dalla data di entrata in vigore del decreto del Ministro previsto dal medesimo comma 15, fino alla data del 31 dicembre 2014, costituiscono riferimento per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio sanitario nazionale, quali principi di coordinamento della finanza pubblica”;
- Atteso** che la congruità delle risorse stesse è riferita alla necessità del rispetto dei parametri di programmazione nazionale, di cui all’articolo 4, comma 1 dell’Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005, ( Rep. Atti n.2271/CSR) in attuazione dell’articolo 1, comma 173, lettera d) della legge 30 dicembre 2004, n. 311;
- Visto** inoltre l’articolo 15, comma 17 del citato Decreto-Legge n. 95 del 2012, che prevede che: “gli importi tariffari, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime di cui al comma 15 restano a carico dei bilanci regionali”;
- Vista** l’Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 3 dicembre 2009 (Rep. Atti n. 243/CSR) concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012 che, all’art. 6, comma 5, con la finalità di promuoverne una rilevante riduzione, individua le “prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery - trasferibili in regime ambulatoriale” (All. A) ed i “DRG ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria” (All. B);
- Visto** l’articolo 1, comma 18 della Legge 23 dicembre 1996, n. 662 in base al quale le prestazioni strettamente e direttamente correlate al ricovero programmato, preventivamente erogate al paziente dalla medesima struttura che esegue il ricovero sono remunerate dalla tariffa omnicomprensiva relativa al ricovero stesso;
- 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, con il quale vengono determinate le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, di riabilitazione e di lungodegenza post-acuzie, valide fino al 31 dicembre 2014 ed in particolare gli articoli 2 e 5 e gli Allegati 1 e 2;
- Considerato** che, per effetto del citato Decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell’Economia e Finanze, del 18 ottobre 2012, ed in particolare degli articoli 4 e 5, si rende necessario adottare il nuovo tariffario regionale per le prestazioni di assistenza ospedaliera, tenuto conto delle tariffe massime di riferimento determinate con il predetto Decreto Ministeriale

## D E C R E T A

- Art. 1 Per quanto in premessa, sono adottate le tariffe per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, di assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie, di cui al 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 - Allegati 1 e 2, citato in premessa.
- Art. 2 Le tariffe per la remunerazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti sono articolate per regime di ricovero e riportate nell'allegato 1, che fa parte integrante del presente decreto.  
Per i ricoveri diurni attribuiti ai DRG chirurgici e ai DRG 124, 125 e 323 la tariffa si applica all'episodio di ricovero; per tali DRG, ove necessario, è consentita l'osservazione per una notte.  
Per i ricoveri diurni attribuiti ai restanti DRG la tariffa si applica per accesso.  
Alle tariffe per acuti si applicano le decurtazioni tariffarie secondo la fascia di appartenenza della struttura.
- Art. 3 Le tariffe per la remunerazione dei ricoveri della riabilitazione post-acuzie sono riportate nell'allegato 2, che fa parte integrante del presente decreto. Le tariffe indicate sono da intendersi a giornata di degenza per i ricoveri ordinari e ad accesso per i ricoveri in DH; l'Allegato 2 riporta anche i valori soglia dei ricoveri ordinari, per classi di categorie diagnostiche maggiori (di seguito MDC), oltre i quali si applica la specifica tariffa giornaliera ridotta indicata nel medesimo allegato. Per i ricoveri diurni, la tariffa giornaliera ridotta indicata nel suddetto allegato si applica agli accessi erogati oltre i valori soglia, per MDC, stabiliti in 18 accessi per MDC 1 e 12 accessi per le restanti MDC.
- Art. 4 Le tariffe per la remunerazione dei ricoveri di lungodegenza post acuzie sono riportate nell'Allegato 2 del presente decreto. Le tariffe indicate sono da intendersi a giornata di degenza; per la remunerazione delle giornate erogate oltre il valore soglia, stabilito in 60 giorni per la lungodegenza, si applica la tariffa giornaliera ridotta riportata nel medesimo Allegato 2.
- Art. 5 Le tariffe di cui al presente decreto costituiscono la remunerazione onnicomprensiva degli episodi di ricovero.
- Art. 6 Sono confermate per il 2013 le seguenti previsioni contenute nel Decreto Assessoriale n. 925 del 22 maggio 2012, pubblicato sulla GURS n. 24 del 15/06/2012 "Rideterminazione delle tariffe per il parto cesareo":
- a) l'articolo 1 nella parte relativa ai valori soglia dei cesarei primari al di sopra dei quali si applicano i seguenti abbattimenti tariffari per il DRG 371:
    - I. 5% della tariffa nel caso di cesarei primari compresi tra il 31% ed il 40%
    - II. 20% della tariffa tra il 41% ed il 50% di cesarei primari
    - III. 35% della tariffa tra il 51% ed il 60% di cesarei primari
    - IV. 85% della tariffa al superamento del 60% di cesarei primari
  - b) l'articolo 2 nella parte relativa alla ulteriore penalizzazione nella misura del 10%, qualora i parti cesarei primari risultino in aumento rispetto all'anno precedente;
- Art. 7 E' confermato, inoltre, l'incremento tariffario di 300 euro di cui all'art 2 del DA 1827 del 14/07/2010 pubblicato sulla GURS n. 35 del 06/08/2010 nel caso in cui il parto vaginale DRG 373 sia associato al codice di procedura 0391 relativo alla partoanalgesia o al codice in diagnosi secondaria 65421 relativo al pregresso parto cesareo.



Art. 8 Le disposizioni contenute nel presente decreto, di cui gli Allegati 1 e 2 sono parte integrante, entrano in vigore a decorrere dal 1° giugno 2013 e saranno valide fino al 31 dicembre 2014.

Art. 9 A decorrere dalla data di entrata in vigore del presente tariffario, si intendono abrogati tutti i precedenti provvedimenti relativi alla determinazione delle tariffe per le prestazioni di assistenza ospedaliera.

Art.10 Il presente decreto sarà trasmesso alla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana per la sua pubblicazione e sarà, inoltre pubblicato sul sito *internet* dell'Assessorato della Salute.

Palermo 14 MAG. 2013

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

Il Dirigente Generale  
(Dr. Salvatore Sammartano)

L' ASSESSORE  
(D.ssa Lucia Borsellino)

