

Azienda ..... branca .....  
 ore sett. ....

8) essere/non essere iscritto negli elenchi dei medici specialisti accreditati esterni o di avere/non avere un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, decreto legislativo n. 502/92:  
 Provincia ..... Azienda .....  
 branca ..... dal .....

9) essere/non essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al decreto legislativo n. 256/91 o a corsi di specializzazione di cui al decreto legislativo n. 257/91 e corrispondenti norme del decreto legislativo n. 368/99:  
 Denominazione del corso ..... inizio dal .....  
 soggetto che lo svolge ..... dal .....

10) operare/non operare a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:  
 Organismo ..... ore sett. .... comune .....  
 tipo di attività ..... tipo di lavoro .....  
 dal .....

11) svolgere/non svolgere funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della legge n. 626/93:  
 Azienda ..... ore sett. .... dal .....

12) svolgere/non svolgere per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito del quale può acquisire scelte:  
 Azienda ..... comune .....  
 dal .....

13) avere/non avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:  
 ..... dal .....

14) essere/non essere titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possano configurare un conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:  
 ..... dal .....

15) fruire/non fruire del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14 ottobre 1976 del Ministero del lavoro e della previdenza sociale:  
 dal .....

16) svolgere/non svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate:  
 Tipo di attività ..... dal .....

17) essere/non essere titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate:  
 Azienda ..... tipo di attività .....  
 ore sett. .... dal .....

18) operare/non operare a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico oltre alle ipotesi sopra evidenziate, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata:  
 Soggetto pubblico ..... comune .....  
 via .....  
 tipo di rapporto di lavoro .....  
 tipo di attività ..... dal .....

19) essere/non essere titolare di trattamento di pensione:  
 ..... dal .....

20) fruire/non fruire di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al precedente punto 15):  
 Soggetto erogante il trattamento pensionistico .....  
 dal .....

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1).

Data .....

Firma (2) .....

(1) Ai sensi dell'art. 76, comma 1, del D.P.R. n. 445/00 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia".

(2) ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

(2014.2.35)102

**DECRETO 31 dicembre 2013.**

**Modifiche ed integrazioni al decreto assessoriale 17 maggio 2013, concernente criteri di abbattimento dei DRG a rischio di inappropriata e definizione delle relative tariffe per l'erogazione in day service.**

**L'ASSESSORE PER LA SALUTE**

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 nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 30 del 3 luglio 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 nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana serie generale, n. 3 del 5 gennaio 2010, in particolare l'art. 6, comma 5, col quale si concorda che le regioni integrino la lista dei 48 DRG di cui all'allegato 2C del D.P.C.M. 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 17 febbraio 2010 pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 9 del 26 febbraio 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 nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 36 del 13 agosto 2010;

Visto il D.A. n. 2687 del 5 novembre 2010, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 53 del 3 dicembre 2010 con il quale è stato adottato il Patto per la salute per gli anni 2010-2012;

Visto il D.A. n. 1529 del 12 agosto 2011, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 40 del 23 settembre 2011, con il quale, ai fini del contenimento delle prestazioni classificate in inappropriate e ad alto rischio di inappropriata 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 nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 5 del 3 febbraio 2012, con il quale è stato sostituito l'allegato 2 al D.A. n. 1529 del 12 agosto 2011;

Visto il D.A. 25 maggio 2012, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 25 del 22 giugno 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 delle finanze, del 18 ottobre 2012, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana n. 23 del 28 gennaio 2013, supplemento ordinario n. 8, ed in particolare l'articolo 2 e l'allegato 1 con i

quali vengono determinate le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera;

Visto il D.A. n. 923 del 14 maggio 2013 pubblicato nel suppl. ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 25 del 31 maggio 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 nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 25 del 31 maggio 2013 relativo a "Criteri di abbattimento dei DRG a rischio di inappropriata e definizione delle relative tariffe per l'erogazione in day service";

Vista la circolare assessoriale prot. n. 50376 del 13 giugno 2013 concernente "Indicazioni per l'applicazione del decreto n. 954 del 17 maggio 2013";

Visto il D.A. n. 2005 del 24 ottobre 2013, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 50 dell'8 novembre 2013 che ha rideterminato la tariffa della PACC/DRG 036 erogata in regime di day service con somministrazione di farmaci per via intravitale per la cura della degenerazione maculare, per le strutture di cui all'art. 2 del D.A. n. 1518/2013 e s.m.i.;

Visto il D.A. n. 2162 del 18 novembre 2013, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 53 del 29 novembre 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 inappropriata 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 principali 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 dall'1 gennaio 2014 l'allegato 1 al D.A. n. 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 nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 25 del 31 maggio 2013.

Art. 3

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

Palermo, 31 dicembre 2013.

BORSELLINO

**Allegato A**

**DRG ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria/DH e tariffe Day Service**

cod.	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%	

mlc	tipo PACC/DRG	PACC/DRG	Descrizione	Tariffa Day Service	Valore soglia ricoveri ordinari e DH oltre il quale si applicano le penalizzazioni tariffarie	Note
16	M	395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni (eccetto urgenze), escluso ricoveri in DH per trasfusioni codice procedura principale 99.04	€ 194,16	30%	
16	M	396	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni (eccetto urgenze), escluso ricoveri in DH per trasfusioni codice procedura principale 99.04	€ 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%	
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 giorni" 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.

(2014.2.56)102