



Ministero della Salute

IL MINISTRO DELLA SALUTE

di concerto con

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

VISTO l'art. 8-sexies, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni recante *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”*, che prevede le modalità ed i criteri per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni sanitarie, disponendo, in particolare:

- al comma 5, che *“Il Ministro della sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 120, comma 1, lettera g), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, con apposito decreto individua i sistemi di classificazione che definiscono l'unità di prestazione o di servizio da remunerare e determina le tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate, tenuto conto, nel rispetto dei principi di efficienza e di economicità nell'uso delle risorse, anche in via alternativa, di: a) costi standard delle prestazioni calcolati in riferimento a strutture preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza come risultanti dai dati in possesso del Sistema informativo sanitario; b) costi standard delle prestazioni già disponibili presso le regioni e le province autonome; c) tariffari regionali e differenti modalità di remunerazione delle funzioni assistenziali attuate nelle regioni e nelle province autonome. Lo stesso decreto stabilisce i criteri generali, nel rispetto del principio del perseguimento dell'efficienza e dei vincoli di bilancio derivanti dalle risorse programmate a livello nazionale e regionale, in base ai quali le regioni adottano il proprio sistema tariffario, articolando tali tariffe per classi di strutture secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività, verificate in sede di accreditamento delle strutture stesse. Le tariffe massime di cui al presente comma sono assunte come riferimento per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio sanitario nazionale.*

Gli importi tariffari, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime restano a carico dei bilanci regionali”;

- al comma 6, che con la medesima procedura prevista per la definizione delle tariffe di cui al comma 5, *“sono effettuati periodicamente la revisione del sistema di classificazione delle prestazioni e l'aggiornamento delle relative tariffe, tenuto conto della definizione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza e delle relative previsioni di spesa, dell'innovazione tecnologica e organizzativa, nonché dell'andamento del costo dei principali fattori produttivi”;*

- al comma 7, che con decreto del Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono disciplinate le modalità di erogazione e di remunerazione dell'assistenza protesica, compresa nei livelli essenziali

di assistenza, anche prevedendo il ricorso all'assistenza in forma indiretta;

VISTO l'articolo 15, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, il quale:

- al comma 15, introduce una procedura, in deroga a quella prevista dall'art. 8-sexies, comma 5, del decreto legislativo del 30 dicembre 1992, n. 502, per la determinazione delle tariffe in materia di assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera a carico del Servizio sanitario nazionale e, in particolare, prevede che *“il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, con proprio decreto, entro il 15 settembre 2012, determina le tariffe massime che le regioni e le province autonome possono corrispondere alle strutture accreditate, di cui all'articolo 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, sulla base dei dati di costo disponibili e, ove ritenuti congrui ed adeguati, dei tariffari regionali, tenuto conto dell'esigenza di recuperare, anche tramite la determinazione tariffaria, margini di inappropriata ancora esistenti a livello locale e nazionale”*;
- al comma 16, dispone che *“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”*;
- al comma 17, prevede che *“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, fatto salvo quanto specificatamente previsto per le regioni che hanno sottoscritto l'accordo di cui all'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni su un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, per le quali le tariffe massime costituiscono un limite invalicabile”*;
- al comma 18, dispone l'abrogazione delle disposizioni contenute nel primo, secondo, terzo, quarto periodo dell'art. 1, comma 170 della legge 30 dicembre 2004, n. 311;

VISTO il decreto del Ministro della salute 18 ottobre 2012 recante *“Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale”* che ha provveduto a determinare, in attuazione dell'art. 15 del citato decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, le tariffe nazionali massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera e di assistenza specialistica ambulatoriale, valide per gli anni 2012-2014, nonché ad individuare, in applicazione dell'art. 8-sexies, comma 5 del decreto legislativo n. 502 del 1992, i criteri generali in base ai quali le regioni adottano il proprio sistema tariffario, nel rispetto dei principi di appropriatezza e di efficienza;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 recante *“Definizione e*



aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017, ai sensi dell'articolo 1, comma 559, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, che include i nuovi nomenclatori dell'assistenza specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica, che disciplinano interamente le relative materie;

VISTI, in particolare, gli articoli 15 e 16 del citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, con il correlato Allegato 4, che riporta l'elenco di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale garantite dal Servizio sanitario nazionale;

VISTI altresì gli articoli 17, 18 e 19 in materia di assistenza protesica del citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, con il correlato nomenclatore di cui all'Allegato 5, elenco 1 concernente gli ausili su misura;

VISTO l'articolo 64 del citato decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, commi 2 e 3, laddove si prevede che *"le disposizioni in materia di assistenza specialistica ambulatoriale, di cui agli articoli 15 e 16 e relativi allegati, entrano in vigore dalla data di pubblicazione del decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da adottarsi ai sensi dell'articolo 8-sexies, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni previste dalle medesime disposizioni"* e che *"Le disposizioni in materia di erogazione di dispositivi protesici inclusi nell'elenco 1 di cui al comma 3, lettera a) dell'articolo 17, entrano in vigore dalla data di pubblicazione del decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da adottarsi ai sensi dell'articolo 8-sexies, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni previste dalle medesime disposizioni"*;

VISTO il decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze 23 giugno 2023 che determina le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, con entrata in vigore dal 1° gennaio 2024, e di assistenza protesica, con entrata in vigore dal 1° aprile 2024;

VISTO il decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze 31 dicembre 2023 con il quale viene prorogata al 1° aprile 2024 l'entrata in vigore delle tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;

VISTO il successivo decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze 31 marzo 2024 con il quale si differisce al 1° gennaio 2025 l'entrata in vigore delle tariffe nazionali individuate con il decreto ministeriale 23 giugno 2023, anche al fine di valutare una più ampia revisione delle medesime tariffe;

VISTA l'Intesa adottata il 10 luglio 2014 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano concernente il "Patto per la Salute per gli anni 2014-2016" (Rep. Atti n. 82/CSR), all'articolo 9 (Sistema di remunerazione delle prestazioni sanitarie);

VISTO il decreto del Ministro della salute 18 gennaio 2016 che ha istituito e nominato la Commissione permanente di cui all'articolo 9 del Patto per la salute 2014-2016 e, in particolare, l'articolo 2, comma 4, laddove prevede che la Commissione, nel corso dello svolgimento della propria



attività, è tenuta a sentire le associazioni di categoria e le società scientifiche ed ha la facoltà, ove se ne ravvisi la necessità, di avvalersi di esperti;

VISTO il successivo decreto del Ministro della salute 26 maggio 2022 con il quale è stata determinata la nuova composizione della Commissione permanente di cui all'articolo 9 del Patto per la salute 2014-2016 e, in particolare, l'articolo 1, comma 4, laddove prevede che la Commissione, nel corso dello svolgimento della propria attività, può sentire le associazioni di categoria e le società scientifiche ed ha la facoltà, ove se ne ravvisi la necessità, di avvalersi di esperti, nonché i successivi decreti del Ministro della salute 21 giugno 2022 e 1° agosto 2023 con i quali si opera una ulteriore revisione dei componenti della citata Commissione permanente;

CONSIDERATO che la citata Commissione permanente tariffe, articolata in sottogruppi tra i quali quelli dedicati all'assistenza specialistica ambulatoriale e all'assistenza protesica, ha definito, all'esito di lavori improntati al massimo coinvolgimento dei soggetti istituzionali del Servizio sanitario nazionale, una specifica metodologia per pervenire ad una proposta tariffaria sulla base dei criteri di cui al sopra citato art. 8-sexies, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;

TENUTO CONTO degli esiti delle sedute plenarie della Commissione permanente tariffe già avutesi il 3 dicembre 2019 ed il 12 agosto 2022 e, successivamente, degli esiti delle sedute plenarie del 17 giugno 2024, 9 luglio 2024, 29 luglio 2024, 6 agosto 2024 e 11 ottobre 2024 durante le quali è stata definitivamente approvata la proposta tariffaria di cui al presente decreto, in applicazione di quanto stabilito dall'articolo 8-sexies, comma 5 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, unitamente alla relazione che descrive il percorso metodologico seguito dalla medesima Commissione nella definizione della nuova proposta tariffaria;

TENUTO CONTO della necessità di mantenere ed aggiornare le tariffe anche alla luce dei lavori condotti in seno alla Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale istituita, ai sensi dell'art. 1, comma 556, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016), con decreto ministeriale 16 giugno 2016 con il mandato di garantire il costante aggiornamento dei LEA attraverso una procedura tempestiva e semplificata;

RITENUTO di dover fissare al 30 dicembre 2024 l'entrata in vigore delle disposizioni di cui al presente decreto e di dover prevedere la definizione di una fase transitoria per la gestione delle ricette emesse fino al 29 dicembre 2024 sulla base del vecchio nomenclatore;

VISTO il parere dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari nazionali (Agenas) espresso con nota n. 2024/0012537 del 28 ottobre 2024;

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 14 novembre 2024;

DECRETA

Art. 1

(Finalità e ambito di applicazione)

1. In applicazione dell'art. 8-sexies, commi 5 e 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, e fermo restando quanto disposto dall'articolo 15, comma 17, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, il presente decreto determina le tariffe massime di riferimento per la



remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica, individuate sulla base del percorso metodologico di cui alla relazione citata nelle premesse che allegata al presente decreto ne costituisce parte integrante (Allegato 1).

2. Fermo restando quanto disposto dall'articolo 15, comma 17, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, le tariffe massime di cui al presente decreto sostituiscono le tariffe allegata al precedente decreto ministeriale del 23 giugno 2023 e costituiscono riferimento massimo per tutte le regioni e le province autonome.

Art. 2

(Aggiornamento delle tariffe per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale)

1. Fermo restando quanto disposto dall'articolo 15, comma 17, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, le tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili a carico del Servizio sanitario nazionale di cui all'allegato 4 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 di definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, sono individuate all'Allegato 2, che costituisce parte integrante del presente decreto.
2. Le tariffe di cui al presente articolo costituiscono la remunerazione omnicomprendiva delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e si intendono come tariffe massime, a carico del fondo sanitario, fermo restando quanto disposto dall'articolo 15, comma 17, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135. Le tariffe massime di cui al presente articolo valgono come tariffe di riferimento per la compensazione di mobilità interregionale. Le regioni possono, nell'ambito degli accordi interregionali per la compensazione della mobilità sanitaria approvati dalla Conferenza Stato-Regioni nel rispetto degli equilibri di bilancio programmati, prevedere una remunerazione aggiuntiva, coerentemente con quanto previsto dall'articolo 15, comma 17, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, limitatamente a erogatori espressamente individuati e in relazione alle prestazioni indicate nell'Allegato 2 per i costi associati all'eventuale utilizzo di specifici farmaci ad alto costo.

Art. 3

(Aggiornamento delle tariffe per le prestazioni di assistenza protesica su misura)

1. Fermo restando quanto disposto dall'articolo 15, comma 17, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, le tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza protesica su misura erogabili a carico del Servizio sanitario nazionale di cui all'allegato 5, elenco 1, del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 di definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza sono individuate all'Allegato 3, che costituisce parte integrante del presente decreto.

Art. 4

(Criteri generali per l'adozione dei tariffari regionali)

1. Le regioni per l'adozione dei propri tariffari ricorrono, anche in via alternativa, ai medesimi criteri individuati per la determinazione delle tariffe massime nazionali, di cui alle lettere a), b) e c) dell'art. 8-sexies, comma 5, primo periodo, del decreto legislativo 30 dicembre 1992,



n. 502 e successive modificazioni. Le regioni tengono conto, altresì, ai sensi dell'art. 8-sexies, commi 2 e 3 e dell'art. 8-quinquies, comma 2-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, rispettivamente dell'eventuale finanziamento extra tariffario delle funzioni assistenziali, nonché di eventuali risorse già attribuite per spese di investimento, ai sensi dell'art. 4, comma 15, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, e successive modificazioni.

Art. 5 ***(Disposizioni transitorie e finali)***

1. Le disposizioni di cui al presente decreto entrano in vigore dal 30 dicembre 2024. Nelle regioni a statuto speciale e nelle province autonome di Trento e Bolzano, il presente decreto trova applicazione solo nelle parti compatibili con le prerogative di cui allo Statuto di autonomia e delle norme di attuazione.
2. Le prescrizioni emesse entro il 29 dicembre 2024 relative a codici e prestazioni, anche in esenzione, contenute nell'elenco della specialistica ambulatoriale di cui al decreto ministeriale 22 luglio 1996 e nei cataloghi regionali, sono erogabili con le relative tariffe entro e non oltre 12 mesi dall'entrata in vigore delle disposizioni del presente decreto, prorogabili di ulteriori 6 mesi con apposito decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, secondo le specifiche tecniche indicate per la trasmissione elettronica delle prescrizioni mediche dematerializzate, nell'ambito del Sistema Tessera Sanitaria.
3. Le prescrizioni di protesica emesse entro il 29 dicembre 2024 relative a codici e prestazioni contenute nell'elenco di cui al decreto ministeriale n. 332/1999 saranno erogabili entro e non oltre 12 mesi dall'entrata in vigore delle disposizioni del presente decreto, prorogabili di ulteriori 6 mesi con apposito decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, con le relative tariffe. Il rispetto della scadenza di erogazione di cui al primo periodo rileva ai fini delle verifiche di cui al comma 9 del presente articolo, sulla base dei dati delle prestazioni erogate risultanti nel Sistema Tessera Sanitaria. Ai fini della dematerializzazione delle prescrizioni di protesica emesse progressivamente a partire dal 30 dicembre 2024, si provvede secondo modalità da definirsi con specifico decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previo parere del Garante per la protezione dei dati personali.
4. Le prescrizioni emesse entro il 29 dicembre 2024 relative a codici e prestazioni, anche in esenzione, contenute nell'elenco della specialistica ambulatoriale di cui al decreto ministeriale 22 luglio 1996 e nei cataloghi regionali, conservano la validità definita dalle vigenti norme regionali, ai fini della prenotazione.
5. Decorse le scadenze di cui al comma 2 del presente articolo, nonché della validità di cui al comma 4, le relative prescrizioni mediche dematerializzate sono invalidate automaticamente nell'ambito del Sistema Tessera Sanitaria, sulla base delle informazioni trasmesse al medesimo Sistema dalle regioni e province autonome ovvero, per gli assistiti SASN, dal Ministero della salute.
6. A partire dal 30 dicembre 2024 le ricette mediche specialistiche prescritte in tutte le regioni e province autonome ovvero dai medici SASN possono essere emesse esclusivamente con riferimento ai codici del nomenclatore della specialistica ambulatoriale di cui all'allegato 4 al dPCM 12 gennaio 2017. Per le ricette mediche dematerializzate, il Sistema Tessera Sanitaria imposta il corrispondente controllo bloccante, sulla base dell'elenco dei codici nazionali resi disponibili dal Ministero della salute e dei cataloghi e di eventuali codici regionali resi



disponibili da ciascuna regione e provincia autonoma

7. La validità delle ricette emesse dal 30 dicembre 2024 è stabilita in massimo 180 giorni dalla data di prescrizione, fatte salve eventuali scadenze inferiori definite a livello regionale. La ricetta conserva la propria validità fino alla data di effettiva erogazione se le prestazioni sono prenotate entro la scadenza di cui al primo periodo. Decorso tale periodo di validità le relative prescrizioni mediche dematerializzate sono invalidate automaticamente nell'ambito del Sistema Tessera Sanitaria, anche sulla base delle informazioni inerenti alle eventuali scadenze inferiori definite a livello regionale trasmesse al medesimo Sistema dalle regioni e province autonome.
8. La validità della ricetta medica specialistica dematerializzata di cui al presente articolo è riportata da parte del Sistema Tessera Sanitaria anche sul promemoria della medesima ricetta dematerializzata. L'assistito può verificare la scadenza della propria ricetta sul portale del Sistema Tessera Sanitaria www.sistemats.it, secondo le modalità di cui al decreto 30 dicembre 2020 del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute.
9. Il rispetto di quanto disposto dal presente decreto costituisce adempimento ai fini dell'accesso alla quota premiale di cui all'articolo 2, comma 68, lettera c), della legge n. 191/2009.

Il presente decreto viene inviato agli organi di controllo secondo la normativa vigente e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

IL MINISTRO DELLA SALUTE

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA
E DELLE FINANZE

