



# Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

## SCHEMA DI DECRETO MINISTERIALE RECANTE DEFINIZIONE DELLE TARIFFE DELL'ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E PROTESICA

### RELAZIONE ILLUSTRATIVA E METODOLOGICA

#### SOMMARIO

<b>1. IL QUADRO GIURIDICO DI RIFERIMENTO .....</b>	<b>2</b>
<b>2. OBIETTIVI DELLA COMMISSIONE PERMANENTE .....</b>	<b>6</b>
<b>3. ATTIVITÀ PRELIMINARE DEL GRUPPO DI LAVORO DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE .....</b>	<b>7</b>
<b>3.1 STRUMENTI DI TRASPARENZA E COMUNICAZIONE .....</b>	<b>7</b>
<b>3.2 RACCOLTA DEGLI STUDI DI RILEVAZIONE DEI COSTI.....</b>	<b>8</b>
<b>3.3 LA COSTRUZIONE DEL SISTEMA INFORMATIVO .....</b>	<b>10</b>
<b>3.4 SCALA DEI VALORI TARIFFARI.....</b>	<b>12</b>
<b>4 LA RILEVAZIONE DEI COSTI PER PRESTAZIONE .....</b>	<b>13</b>
<b>4.1 I COSTI DELL'ATTIVITÀ DI LABORATORIO.....</b>	<b>13</b>
<b>4.2 I COSTI DELLE PRESTAZIONI DI GENETICA MEDICA .....</b>	<b>18</b>
<b>4.3 I COSTI DELLE PRESTAZIONI DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA .....</b>	<b>18</b>
<b>5 L'ANALISI DELLA VARIABILITÀ DELLE TARIFFE REGIONALI .....</b>	<b>19</b>
<b>5.2 RADIOTERAPIA.....</b>	<b>19</b>
<b>5.3 TRASFERIMENTI DI SETTING .....</b>	<b>20</b>
<b>6 IL CONTRIBUTO DELLE ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA E SOCIETÀ SCIENTIFICHE.....</b>	<b>22</b>
<b>6.1 ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA .....</b>	<b>22</b>
<b>6.2 SOCIETÀ SCIENTIFICHE .....</b>	<b>22</b>
<b>7 PROTESICA.....</b>	<b>30</b>
<b>7.1 INTRODUZIONE .....</b>	<b>30</b>
<b>7.2 LA DEFINIZIONE DELL'AMBITO DI INTERVENTO: DAL NOMENCLATORE EX DM 332 DEL 1999 ALL'ATTUALE NOMENCLATORE EX DPCM LEA 2017.....</b>	<b>31</b>
<b>7.3 IL PROCESSO DI DEFINIZIONE DELLE TARIFFE: LA RACCOLTA DELLE INFORMAZIONI.....</b>	<b>33</b>
<b>7.4 IL PROCESSO DI DEFINIZIONE DELLE TARIFFE: I CRITERI UTILIZZATI PER LA DETERMINAZIONE DELLE TARIFFE .....</b>	<b>37</b>
<b>7.4 IL PROCESSO DI DEFINIZIONE DELLE TARIFFE: I CRITERI UTILIZZATI PER LA DETERMINAZIONE DELLE TARIFFE NELLE SINGOLE CLASSI DEL NOMENCLATORE .....</b>	<b>38</b>
<b>7.5 LA PROPOSTA DI UN NUOVO TARIFFARIO E IL CONFRONTO CON LE ORGANIZZAZIONI DI CATEGORIA 40</b>	
<b>7.6 IL PROCESSO DI AGGIORNAMENTO CONTINUO DELLE TARIFFE E LA NECESSITÀ DI UNA RILEVAZIONE PUNTUALE .....</b>	<b>47</b>
<b>APPENDICE .....</b>	<b>48</b>
<b>ELENCO DELLE SIGLE E DEGLI ACRONIMI.....</b>	<b>48</b>



## 1. IL QUADRO GIURIDICO DI RIFERIMENTO

Il presente provvedimento è adottato in coerenza con le previsioni di cui all'articolo 9 del Patto per la salute 2014-2016, su cui è stata sancita l'Intesa in Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 10 luglio 2014 (Rep. Atti n. 82/CSR), in applicazione dell'articolo 8-sexies, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 (d'ora in poi decreto legislativo n. 502/1992), nella consapevolezza della necessità di realizzare un meccanismo stabile di aggiornamento tariffario che segua il percorso di aggiornamento periodico delle prestazioni incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza - LEA, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica, attraverso le attività della specifica commissione permanente tariffe, di cui fanno parte rappresentanti del Ministero della salute, del Ministero dell'economia e delle finanze, della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome e dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas).

Si riportano di seguito alcuni elementi in merito alla remunerazione tariffaria

### 1.1. LE PECULIARITÀ DELLA REMUNERAZIONE TARIFFARIA DELLE PRESTAZIONI SANITARIE INCLUSE NEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Il sistema di remunerazione tariffaria delle prestazioni sanitarie erogate per conto e a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) rappresenta una delle componenti essenziali del vigente ordinamento sanitario e rappresenta un procedimento amministrativo a carattere e contenuto generale di elevata complessità.

Il richiamato articolo 8-sexies del decreto legislativo n. 502/1992, infatti, fissa alcuni principi fondamentali, tutti volti ad assicurare al sistema sanitario una operatività fondata sui principi di efficienza, di efficacia e di sostenibilità che si realizzano concretamente mediante una corretta programmazione ex ante delle produzioni sanitarie (delle strutture pubbliche e dei privati accreditati) e sulla loro corretta remunerazione, nel rispetto dei vincoli del finanziamento del SSN. In tale ambito l'articolo distingue fra:

1. le **funzioni assistenziali** (vale a dire le attività consistenti in: 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 ad 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; 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) la cui remunerazione è da definirsi sulla base di **standard organizzativi e di costi unitari predefiniti dei fattori produttivi, tenendo conto, quando appropriato, del volume dell'attività svolta;**
2. le **attività assistenziali diverse dalle funzioni** (la norma prevede la definizione dell'unità di prestazione o di servizio da remunerare) la cui remunerazione è determinata in base a tariffe predefinite massime fissate nel rispetto dei **principi di efficienza e di economicità** nell'uso delle risorse, tenendo dunque conto, *anche in via alternativa:*
  - a) *dei 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) *dei costi standard delle prestazioni già disponibili presso le regioni e le province autonome;*
  - c) *dei tariffari regionali e di differenti modalità di remunerazione delle funzioni assistenziali attuate nelle regioni e nelle province autonome.*

Il medesimo articolo, nel ribadire il rispetto del **principio del perseguimento dell'efficienza e dei vincoli di bilancio** derivanti dalle risorse programmate a livello nazionale e regionale, stabilisce che le tariffe massime sono assunte come riferimento per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio sanitario



nazionale e che gli importi tariffari fissati dalle singole regioni eventualmente in misura superiore alle tariffe massime restano a carico dei bilanci regionali.

In sintesi la legislazione vigente vuole che il sistema tariffario esprima una remunerazione definita sulla base dei costi di produzione sostenuti non dalla totalità degli erogatori presenti sul mercato (condizione che stabilizzerebbe l'inefficienza e la scarsa qualità nel sistema di produzione italiano), ma da quelli efficienti, appropriati e qualitativamente adeguati, come emergenti dalla preventiva selezione ovvero dal confronto dei tariffari regionali.

Per quanto attiene poi in particolare alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica, si ricorda che l'articolo 64, commi 2 e 3, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 (DPCM LEA) recante "*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*" ha previsto che le relative disposizioni entrino in vigore solo a seguito della pubblicazione del decreto ministeriale di definizione delle tariffe massime nazionali. Dunque per tali prestazioni il presente decreto diviene funzionale alla piena esplicazione degli effetti del richiamato DPCM LEA.

In sintesi, con il presente decreto, si provvede, ai sensi del richiamato articolo 8-sexies del decreto legislativo n. 502/1992, a definire l'unità di prestazione o di servizio da remunerare e a stabilirne la tariffa massima, in base ai criteri dettati dalla medesima norma e sopra riportati.

## **1.2. LA NATURA PROGRAMMATICA DELLA DETERMINAZIONE DELLE TARIFFE AI SENSI DELL'ARTICOLO 8-SEXIES DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 DICEMBRE 1992 N. 502 E IL PARTICOLARE RILIEVO DELLE ATTIVITÀ DEGLI EROGATORI PRIVATI ACCREDITATI**

La determinazione delle tariffe massime nazionali ai sensi dell'articolo 8-sexies del decreto legislativo n. 502/1992 rientra nell'ambito delle tradizionali funzioni governative di programmazione sanitaria ed economica, come comprovato dalla previsione di cui all'articolo 1, comma 3, dello stesso decreto legislativo n. 502/1992 in virtù del quale la definizione dei LEA avviene "*contestualmente*" all'individuazione delle relative risorse finanziarie (nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica), in un processo unitario di programmazione, al contempo sanitaria e finanziaria, e di definizione di contenuti concreti della funzione svolta dal Servizio sanitario in termini di prestazioni sanitarie offerte ai cittadini nei limiti e sotto le condizioni di sostenibilità del servizio.

La funzionalizzazione al raggiungimento degli obiettivi istituzionali propri del SSN viene ad innervare tutte le sue componenti, ivi comprese la determinazione delle tariffe relative all'erogazione delle prestazioni e il regime applicabile alla relativa collaborazione pubblico-privato.

Con riferimento a quest'ultimo profilo, in particolare, si evidenzia come l'articolo 8-bis, comma 1, del decreto legislativo n. 502/1992 imponga di strutturare la posizione degli erogatori privati accreditati all'interno del SSN in termini di sussidiarietà rispetto alle attività di erogazione delle prestazioni assistenziali direttamente svolte dagli erogatori pubblici, piuttosto che di mero procurement di prestazioni o di diretta esternalizzazione di un servizio pubblico.

La richiamata natura sussidiaria del ruolo assolto da parte degli erogatori privati accreditati, ai sensi degli articoli 8 bis, comma 1, 8 quater ed 8-quinquies del decreto legislativo n. 502/1992, distingue profondamente la natura di questo rapporto di collaborazione pubblico-privato rispetto ai rapporti fondati su sistemi di procurement e di concessione di servizio, ai sensi della disciplina sui contratti pubblici: l'attività che si è legittimati a svolgere per conto e a carico del SSN, infatti, non rappresenta un regime di esclusiva in favore di un determinato operatore di mercato, in quanto non obbliga l'utenza a rivolgersi esclusivamente ad un dato erogatore quale "monopolista legale" del servizio sanitario; al contrario, obiettivo del regime di accreditamento istituzionale delle strutture private e pubbliche è quello di ampliare il novero dei potenziali erogatori di prestazioni a carico del sistema istituzionale, attraverso la determinazione di criteri ulteriori di qualità delle attività sanitarie, rispetto al livello minimo di sicurezza delle cure garantito attraverso i requisiti minimi di autorizzazione di cui all'articolo 8 ter del decreto legislativo n. 502/1992, il tutto con la funzione di



implementare la libertà di scelta che l'ordinamento garantisce alla persona che abbia bisogno di ricorrere a prestazioni sanitarie.

La determinazione di tariffe massime nazionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie incluse nell'ambito dei LEA viene ad assumere un significato non assimilabile alla determinazione tariffaria dei servizi economici di interesse generale, quale ad esempio la fornitura di energia elettrica: nell'ambito dei servizi economici di interesse generale, infatti, la determinazione di tariffe per l'erogazione del servizio rappresenta l'espressione di funzioni istituzionali di regolazione economica ed indipendente del mercato, volte al bilanciamento diretto tra il livello ottimale di remuneratività imprenditoriale delle prestazioni e le condizioni di generale accessibilità del servizio per l'utenza.

Altresì differente appare il contesto della disciplina dell'erogazione di prestazioni ricomprese nel tradizionale novero dei servizi pubblici esternalizzati attraverso il ricorso a strumenti di procurement, quale ad esempio il settore dei servizi pubblici locali, caratterizzati dalla previsione di regimi di sostanziale monopolio legale di attività con riferimento a determinati ambiti territoriali: con riferimento a tali attività, infatti, la determinazione delle tariffe per la prestazione del servizio risulta funzionale all'ottimale proporzione tra la suddetta remuneratività imprenditoriale delle prestazioni e le condizioni di accessibilità da parte dell'utenza, in uno con l'efficienza della spesa pubblica, rappresentata dall'eventuale quota di remunerazione.

Nell'ambito dell'erogazione a carico del SSN di prestazioni assistenziali comprese nei LEA, invece, il ruolo degli erogatori privati accreditati (si rammenta che l'accreditamento consiste nell'abilitazione a contrattare con il SSN una volta acclarati i requisiti tecnici, strutturali e organizzativi generali e specifici della struttura, ferma restando la necessità, ai fini della produzione in nome e per conto del SSN, di sottoscrivere apposito contratto) assume una connotazione del tutto peculiare: da una parte, infatti, la natura di spesa pubblica diretta che caratterizza il regime di remunerazione di tali attività fondata sulla fiscalità generale, con riferimento alle prestazioni erogate tanto da strutture pubbliche, quanto da strutture private accreditate, esclude che il relativo regime tariffario possa essere assimilato all'esercizio di una funzione di regolazione economica del mercato. Dall'altra, l'ordinamento non preclude agli erogatori privati accreditati di svolgere in regime di libero mercato attività remunerata dalla spesa privata ulteriore, per tipologia e/o quantità di prestazioni, rispetto alle attività ricomprese nel regime di accreditamento istituzionale e di convenzionamento con il SSN.

In particolare, l'ordinamento assegna al regime di accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8 quater del decreto legislativo n. 502/1992 la funzione di indicare al livello di singole strutture sanitarie, pubbliche e private, le migliori condizioni di qualità nell'erogazione delle prestazioni, anche tenendo conto dell'appropriatezza clinica ed economica dei *setting* assistenziali di erogazione delle prestazioni accreditate per ciascuna struttura.

Nel vigente ordinamento, infatti, è proprio attraverso il sistema di accreditamento che si realizza la garanzia di efficienza e qualità delle cure, che l'articolo 8-sexies, comma 5, lettera a), del decreto legislativo n. 502/1992 richiede quale condizione preliminare per l'individuazione delle strutture con riferimento alle quali assumere i costi standard di produzione, come parametro per la determinazione delle tariffe per la remunerazione delle prestazioni sanitarie.

Tale inequivoca indicazione legislativa ha reso opportuno procedere all'individuazione delle strutture private accreditate di riferimento per la determinazione delle presenti tariffe in coerenza con i parametri di qualità ed appropriatezza così come definiti, in attuazione dell'articolo 1, comma 796, lettera o), della legge 26 dicembre 2006, n. 296, dall'Accordo sancito in Conferenza Stato-Regioni il 23 marzo 2011, rep. atti n. 61/CSR, recante "*Criteri per la riorganizzazione delle reti di offerta di diagnostica di laboratorio*".

### **1.3. L'OBIETTIVO DELL'EFFICIENZA NEL RISPETTO DEI PARAMETRI DI APPROPRIATEZZA E DI QUALITÀ**

Il Servizio sanitario nazionale in tutte le sue componenti è soggetto, come sopra segnalato, ai principi di buona amministrazione e di economicità della gestione, allo scopo di massimizzare (in termini quantitativi e



qualitativi) l'offerta sanitaria con le risorse date, anche tenuto conto dell'elevata e crescente automazione, della costante innovazione tecnologica, nonché di crescenti livelli di efficienza organizzativa e produttiva che si rendono raggiungibili e che consentono la riduzione dei costi unitari delle singole prestazioni a parità di volumi e di standard qualitativi. A legislazione vigente, quindi, l'inclusione indiscriminata, nella metodologia di determinazione delle tariffe di cui al presente provvedimento, di dati di costo relativi alle attività svolte da erogatori di prestazioni con volumi di attività inferiori al parametro minimo fissato dall'ordinamento (anche allo scopo di assicurare adeguati standard qualitativi) determinerebbe una massiva introduzione di valori di costo inefficienti, con ciò distorcendo la funzione assegnata alle tariffe secondo il richiamato articolo 8-sexies del decreto legislativo n. 502/1992 (funzione di remunerazione in condizioni di produzione efficiente ed appropriata) e compromettendo la possibilità per il SSN di erogare il massimo delle prestazioni possibili con il livello del finanziamento dato, con ciò riducendo, in ultima istanza, le tutele dei cittadini, in contrasto con l'assetto ordinamentale vigente.

Ciononostante nell'ambito dell'istruttoria procedimentale si è, ad ogni modo, cercato di tener conto anche dei differenti dati di costo della produzione, relativi all'erogazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale da parte di operatori con volumi di attività inferiori al livello minimo individuato dall'ordinamento vigente. Ciò è stato fatto compatibilmente con le molteplici e rilevanti criticità riscontrate nella produzione di dati da parte di tali operatori di piccole dimensioni, già a partire dalla incapacità di rappresentare in modo efficacemente misurabile le attività svolte per la mancanza di una contabilità analitica delle proprie attività produttive.

Sul punto appare opportuno richiamare quanto già rappresentato, in ordine all'importanza di condurre l'attività oggetto del presente provvedimento nella piena ottemperanza della propria funzione istituzionale e in coerenza con i fini ed i principi del SSN, così come indicati dalla legge 23 dicembre 1978 n. 833 e dal decreto legislativo n. 502/1992 nei testi vigenti, in attuazione delle previsioni di cui all'articolo 32 della Costituzione: ne consegue che nell'esercizio dei poteri di programmazione economica in sanità, cui afferisce anche la determinazione delle presenti tariffe, il valore della tutela dei margini di profitto degli erogatori privati accreditati deve considerarsi recessivo di fronte all'esigenza di assicurare piena effettività alle condizioni di qualità e sicurezza delle cure e alle relative condizioni di sostenibilità della spesa pubblica, come definiti in termini di LEA dal vigente DPCM 12 gennaio 2017.



## 2. OBIETTIVI DELLA COMMISSIONE PERMANENTE

In applicazione dell'articolo 8-sexies, commi 5 e 7, del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni, l'articolo 9 del Patto per la salute 2014-2016, sul quale è stata sancita l'Intesa della Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 10 luglio 2014 (Rep. Atti n. 82/CSR), prevede l'istituzione, senza oneri a carico della finanza pubblica, presso il Ministero della salute di una Commissione permanente, costituita dai rappresentanti del Ministero della salute, del Ministero dell'economia e delle finanze, della Conferenza delle Regioni e Province autonome e dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), con il compito di provvedere, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica, alle seguenti attività:

- Aggiornare e mantenere le tariffe massime di riferimento per le prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera per acuti, di riabilitazione, di lungodegenza post-acuzie, di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica
- Individuare le funzioni assistenziali ed i relativi criteri di remunerazione massima
- Definire criteri e parametri di riferimento per l'individuazione di classi tariffarie
- Promuovere la sperimentazione di metodologie per la definizione di tariffe per i percorsi terapeutici assistenziali territoriali
- Definire regole e criteri di remunerazione dei servizi di telemedicina (in senso lato)

La Commissione è stata istituita con decreto del Ministro della salute del 18 gennaio 2016 e si è insediata il 2 febbraio 2016 presso la sede del Ministero della salute. La composizione della citata Commissione è stata rinnovata con il successivo decreto del Ministro della salute del 26 maggio 2022 e modificata ulteriormente con decreto del 21 giugno 2022. Nella prima riunione plenaria è stata approvata l'articolazione in sottogruppi di lavoro operativi corrispondenti ai seguenti ambiti:

- assistenza specialistica ambulatoriale
- assistenza protesica
- assistenza ospedaliera post-acuzie riabilitativa e di lungodegenza
- assistenza ospedaliera in acuzie
- funzioni e regole del sistema di remunerazione

6

Il decreto istitutivo della commissione permanente prevede, tra l'altro, che la Commissione realizzi un confronto con le associazioni di categoria maggiormente rappresentative degli erogatori privati e con le società scientifiche che, insieme, rappresentano validi interlocutori per un corretto governo del sistema. L'importanza di tale passaggio, che non risulta formalmente incluso nell'indicazione normativa delle modalità di lavoro di cui all'articolo 8-sexies del decreto legislativo n. 502/1992, deve intendersi nell'intento di costruire un percorso stabile di confronto periodico tra i diversi portatori di interesse coinvolti nell'erogazione delle prestazioni assistenziali a carico del SSN, ivi compresi gli erogatori privati accreditati, rispetto al quale il presente documento rappresenta solo un primo ma indispensabile punto di avvio.

In tal senso, infatti, si evidenzia che l'attuale attività di definizione di tariffe massime nazionali consegue al superamento normativo di un previgente meccanismo di carattere speciale, che era stato introdotto per esigenze contingenti di contenimento della spesa pubblica ad opera dell'articolo 15 del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, derogando al modello delineato dall'articolo 8-sexies del decreto legislativo n. 502/1992 e sacrificando lo spazio del confronto con gli operatori privati accreditati.

In coerenza con quanto appena rappresentato, la Commissione ha articolato l'attività preliminare di revisione delle tariffe delle prestazioni già esistenti e delle nuove prestazioni introdotte dal nomenclatore approvato con il DPCM del 12 gennaio 2017, sulla base di:

- a. Analisi di costo già disponibili o resi disponibili nel corso dei lavori;
- b. Analisi della variabilità delle tariffe a livello regionale;
- c. Analisi della tariffa nazionale vigente;



- d. Ogni altra informazione utile per la definizione delle tariffe delle nuove prestazioni per le quali non è stato possibile ricorrere alle assimilazioni con quelle inserite nel nuovo nomenclatore.

In prospettiva futura, si è previsto di attuare la ridefinizione periodica delle tariffe mediante l'applicazione di un modello di rilevazione sistematico e permanente dei costi di tutte le prestazioni.

La presente relazione metodologica intende descrivere quanto convenuto dalla Commissione permanente tariffe in materia di definizione delle tariffe massime nazionali delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e protesica, per consentire l'entrata in vigore del DPCM LEA ed avviare la rilevazione sistematica e permanente dei costi di tutte le prestazioni.

La necessità di individuare il livello tariffario di tutte le 2108 prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, di cui all'allegato 4 del DPCM LEA del 12 gennaio 2017, nonché delle 1063 voci del nomenclatore dell'assistenza protesica, di cui all'elenco 1 dell'allegato 5 del DPCM LEA del 12 gennaio 2017, deriva dall'articolo 64 dello stesso DPCM LEA. Come noto, difatti, l'articolo 64, comma 2 recita: *“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 il comma 3: *“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 s.m.i., per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni previste dalle medesime disposizioni.”*

Ne consegue che il percorso di perfezionamento del DPCM LEA è strettamente correlato a quello di definizione delle tariffe delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica, il cui termine in base alla normativa vigente era stato originariamente fissato al 28 febbraio 2018.

7

### 3. ATTIVITÀ PRELIMINARE DEL GRUPPO DI LAVORO DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

#### 3.1 STRUMENTI DI TRASPARENZA E COMUNICAZIONE

Il gruppo di lavoro ha predisposto un canale dedicato per garantire lo scambio organizzato di documentazione al proprio interno e verso gli interlocutori esterni (es. associazioni di categoria, società scientifiche, etc.), attraverso la creazione di un account di posta elettronica [consultazionetariffe@sanita.it](mailto:consultazionetariffe@sanita.it). Le raccolte di dati sono state organizzate mediante format predisposti per favorire rapidità di lettura e analisi, nonché l'omogeneità dei dati.

Ogni riunione del gruppo di lavoro è stata verbalizzata, ovvero è stata trasmessa formalmente tutta la documentazione rilevante per gli incontri e scaturite dagli incontri stessi. Sono state organizzate nel periodo da febbraio 2016 ad ottobre 2017 n. 14 incontri di lavoro del sottogruppo (comprensivi di 3 incontri della Commissione plenaria); a tali incontri si aggiungono 3 incontri con le associazioni di categoria (31 marzo 2016, 31 marzo 2017 e del 12 aprile 2017 dove si affrontarono le problematiche emerse in sede di consultazione per la branca di Laboratorio), un incontro con le strutture private selezionate dalle Associazioni di categoria nel 2016 per la rilevazione dei costi (20 giugno 2016), un incontro con le strutture private coinvolte nella rilevazione dei costi per la branca di Laboratorio (18 aprile 2017), e 2 incontri con le società scientifiche (20 settembre 2016 e 07 aprile 2017).

