

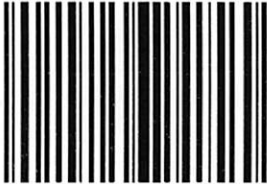


REGIONE TOSCANA
Consiglio Regionale

Gruppo Consiliare Merito e Lealtà
Via Cavour, 2 -50129 Firenze



AOOCRT Protocollo n. 0006350/16-05-2024



LEX XI
IO 709
02.17.02

Firenze, 15.05.2024

Alla Cortese attenzione del
Presidente del Consiglio regionale
Antonio Mazzeo
SEDE

Interrogazione a risposta immediata ai sensi dell'art. 173 Reg. Int.

Oggetto: "in merito all'applicazione del nuovo Nomenclatore tariffario"

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA TOSCANA

Premesso che

In Toscana, nel 2024, molte strutture private accreditate ai sensi dell'art. 8 *quinquies* del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n.502 hanno stipulato nuovi accordi contrattuali per l'erogazione in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Regionale di prestazioni mediche prevedendo l'applicazione delle tariffe del nuovo nomenclatore come da decreto del Ministero della Salute del 23 giugno 2023 (detto "decreto tariffe") che sarebbe dovuto entrare in vigore il 1° gennaio 2024.

Detto decreto va ad aggiornare i livelli essenziali di assistenza (LEA) risalenti al 2017 e le tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica fermi rispettivamente al 1996 e al 1999 al fine di consentire alle Regioni e alle Aziende erogatrici pubbliche e private accreditate di adeguare i propri sistemi tariffari.

A marzo 2024, la Conferenza Stato – Regioni ha dato il proprio assenso al decreto del Ministero della Sanità che ha prorogato al 1° gennaio 2025 l'entrata in vigore del nuovo nomenclatore tariffario per specialistica ambulatoriale e protesica con la motivazione che la stessa proroga è stata richiesta da un numero cospicuo di regioni.

Il rinvio, si legge nel decreto, si è reso necessario *“a fronte dell'espressa richiesta di un cospicuo numero di Regioni di prorogare l'entrata in vigore delle tariffe di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica al 1° gennaio 2025 e della correlata disponibilità delle restanti Regioni al riguardo”*. L'obiettivo, prosegue il decreto, è quello *“di valutare una più ampia revisione delle medesime tariffe, assicurando nel contempo una graduale transizione al nuovo tariffario”*.

Considerato che

Le strutture private accreditate in convenzione al Sistema Sanitario Nazionale - che hanno partecipato ai nuovi avvisi pubblici e che hanno visto rinnovate le convenzioni - si sono trovate nella paradossale situazione, da un lato, di aver stipulato contratti per l'erogazione delle prestazioni mediche in regime di accreditamento con l'applicazione del nuovo nomenclatore, dall'altro, a causa della proroga, di dover applicare le tariffe del vecchio nomenclatore con notevole ripercussioni negative sulla loro gestione economica.

In relazione alle dette prestazioni, va considerato che le manifestazioni d'interesse da parte dei soggetti privati, a cui consegue l'assegnazione di servizi, sono parametrize sulle tariffe previste dal nuovo nomenclatore ministeriale. Di fatto, però, al momento del saldo delle prestazioni, queste vengono calcolate sulla base del pregresso nomenclatore, ancora in vigore. Ciò, oltre a costituire un problema in termini di contratto intercorrente fra soggetto privato e regione, si configura come fonte di disfunzione per prestazioni erogate in perdita.

Valutato che

Tale situazione non definita limita, non solo, l'accesso alle prestazioni LEA, ma mette a rischio l'equilibrio economico delle strutture sanitarie pubbliche e private, nonché la qualità dei servizi erogati ai cittadini.

Se non si raggiungesse a breve una definizione del nuovo nomenclatore, le liste d'attesa, già in forte aumento, subirebbero anch'esse delle ulteriori difficoltà poiché i cittadini non avrebbero più la

possibilità di prenotare prestazioni del Ssn nei centri privati in grave affanno che, finora, grazie a centinaia di milioni di prestazioni annue, costituiscono un essenziale supporto alle strutture pubbliche.

Considerato che

In secondo luogo, in corso di esami quali colonscopia o gastroscopia, svolti in accreditamento (convenzione) il medico specialista operante presso la struttura privata, nel caso reputi opportuno eseguire biopsie o polipectomie, intese quali completamento diagnostico – non precedentemente prevedibile – dell'esame base, questo non può essere fatto. Infatti, diversamente da quanto accade per l'equipollente figura operante nel sistema sanitario, non vi è possibilità di eseguirlo e vederlo riconosciuto a ricettario. Questo punto crea una differenziazione di trattamento fra pazienti basata solo sulla tipologia di struttura dove la prestazione viene erogata (pubblica o privata accreditata, in convenzione) e porta a possibili conseguenze negative di tipo sanitario per ritardo diagnostico e con possibili ricadute di tipo legale.

Tutto ciò premesso,

S'interroga il Presidente e la Giunta Regionale

Se quanto riportato in relazione alla nomenclatura corrisponda al vero, e come la Regione intenda intervenire.

Se quanto riportato in relazione alla seconda questione corrisponda al vero, e come la Regione intenda ripristinare la parità di trattamento fra i diversi pazienti.

Il Consigliere regionale

Andrea Ulmi

