



Giunta Regionale della Campania

DECRETO DIRIGENZIALE

DIRETTORE GENERALE/
DIRIGENTE UFFICIO/STRUTTURA
DIRIGENTE SETTORE
DIRIGENTE UOS

Ugo TRAMA

DECRETO N°	DEL	DIREZ. GENERALE / UFFICIO / STRUTT.	SETTORE	UOS
256	24/07/2026	204	00	00

Oggetto:

D.D. 130 del 12.02.2024. - D.D. 358 del 16.04.2024. Integrazioni e linee di indirizzo applicative per il calcolo degli indicatori di premialità.

IL DIRETTORE GENERALE

PREMESSO:

- A. che con deliberazioni n. 599 del 28.12.2021, n. 215 del 04.05.2022, n. 309 del 21.06.2022 e n. 609 del 22.11.2022, la Giunta regionale ha stabilito i limiti di spesa per l'acquisto da parte delle ASL delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, erogate dalle strutture private accreditate nell'esercizio 2022, definendone anche le modalità operative e i conseguenti schemi dei contratti ex art. 8 quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.;
- B. che, in particolare con DGR n. 215 del 04.05.2022 veniva, tra l'altro, approvato il documento "Allegato B – *Metodologia per l'assegnazione dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa alle strutture private accreditate per l'assistenza specialistica ambulatoriale, sulla base degli elementi informativi raccolti e della valutazione delle attività svolte nel corso dell'anno precedente*", recante indicazioni operative da impiegare per l'assegnazione dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa alle strutture private accreditate per l'assistenza specialistica, ivi compresi: *"gli elementi informativi necessari ed i parametri di valutazione, sulla base dei quali viene utilizzata la metodologia di assegnazione dei tetti di spesa, volta a garantire, da un anno all'altro, dinamismo e variabilità nella determinazione dei tetti individuali di struttura, in modo da premiare i comportamenti ritenuti maggiormente performanti"*;
- C. che la successiva deliberazione di G.R. n. 800 del 29.12.2023 definiva, tra l'altro, in via definitiva per l'esercizio 2023 ed in via provvisoria per l'esercizio 2024, i limiti di spesa relativi all'acquisto dalle strutture private accreditate di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale da parte delle ASL, definendone anche le modalità operative e i conseguenti schemi contrattuali ex art. 8 quinquies del D.lgs. 502/92 e ss.mm.ii, stanziando un importo complessivo di euro 592.463.590, conferendo espresso mandato a questa Direzione Generale per l'adozione dei conseguenziali atti di esecuzione e regolamentazione di dettaglio ;
- D. che con Decreto Dirigenziale n° 130 del 12.02.2024 avente ad oggetto "*DGRC n. 800 del 29.12.2023 recante: Assegnazione dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa alle strutture sanitarie private accreditate per l'assistenza specialistica ambulatoriale per l'esercizio 2023 e in via provvisoria per l'esercizio 2024. Adempimenti attuativi*", a seguito delle debite interlocuzioni con le Associazioni di categoria delle strutture private accreditate, è stato modificato ed integrato l'allegato B alla DGRC n. 215/2022, recante la Metodologia per l'assegnazione dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa alle strutture private accreditate per l'assistenza specialistica ambulatoriale, procedendo ad approvare, tra l'altro, i relativi documenti tecnici (All.1 - Nota metodologica di calcolo degli indicatori di premialità di cui all'Allegato B alla DGR n. 215/2022; All.2 - Tabella contenente i "Parametri di Valutazione per l'attribuzione di punteggi sulla base dei dati raccolti al 31 dicembre dell'anno precedente" di cui all'Allegato B-DGR n. 215/2022; All.3 - Elenco Regionale delle Attrezzature);
- E. che il medesimo Decreto Dirigenziale n. 130/2024 demandava alle AA.SS.LL., in esecuzione di quanto disposto dalla DGRC n. 800/2023, l'attività di rilevazione presso le strutture private accreditate di tutti i parametri di calcolo degli indicatori di premialità, con riferimento ai dati e parametri consuntivi 2022 e 2023, previo confronto nei Tavoli Tecnici locali con le Associazioni di categoria e, se del caso, verifiche con i diretti interessati;
- F. che la Deliberazione della Giunta Regionale n. 757 del 27 dicembre 2024, tra l'altro, ha rimodulato ed approvato i volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa, da assegnare a ciascuna struttura privata accreditata per la specialistica ambulatoriale, in via definitiva, per l'esercizio 2024, incrementandoli di euro 5.000.000;
- G. che con successiva Delibera della Giunta Regionale n. 175 del 2 aprile 2025 (parzialmente modificata dalla DGRC n. 694 del 08.10.2025 e integrata dalla DGRC n. 755 del 04.11.2025, riguardo alle branche della dialisi e della radioterapia), in attuazione delle disposizioni recate dalla DGRC n. 757/2024, sono stati approvati i nuovi schemi contrattuali ex art. 8 quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii., da stipularsi tra le ASL e le singole strutture private accreditate per le

varie branche dell'assistenza specialistica ambulatoriale, recanti il tetto di spesa definitivo 2024 e quello provvisorio 2025;

- H. che con Delibera n. 741 del 22.10.2025, la Giunta regionale ha stabilito di confermare per l'esercizio 2025 l'assegnazione complessiva di euro 597.463.590, che la DGRC n. 757/2024 aveva stabilito in via provvisoria per la macroarea della specialistica ambulatoriale, in via definitiva, per l'esercizio 2024, incrementandoli di euro 5.000.000;

RICHIAMATO il decreto del Direttore Generale per la Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale n.358 del 16 aprile 2024 di integrazione del precedente Decreto Dirigenziale n. 130/2024 e dei relativi allegati *All.2- Tabella contenente i parametri di valutazione per l'attribuzione di punteggi sulla base dei dati raccolti al 31 dicembre dell'anno precedente* di cui all'*All.B -DGR n. 215/2022*" e *All.3- Elenco regionale delle attrezzature*;

DATO ATTO

- A. che, in sede di applicazione pratica delle sopra richiamate disposizioni, sono emerse difficoltà operative che hanno reso necessario, in ossequio al principio di trasparenza dell'azione amministrativa e di partecipazione al procedimento amministrativo, attivare tavoli di confronto con le Associazioni di categoria delle strutture private accreditate della specialistica ambulatoriale, concretizzatisi negli incontri del 30 ottobre 2025 (verbale prot. n. 589860 del 04.11.2025) e del 20 maggio 2026 (verbale prot. n. 609632 del 08.07.2026);
- B. che nel corso del tavolo di confronto del 20 maggio 2026, questa Direzione Generale, esaminate le istanze pervenute con il supporto tecnico della So.re.Sa. S.p.A., ha illustrato le proposte di rivisitazione degli indicatori di premialità;
- C. a seguito della notifica del verbale del citato incontro, talune Associazioni di categoria hanno trasmesso ulteriori osservazioni e proposte di modifica, puntualmente esaminate ed in parte accolte in sede istruttoria al fine di garantire l'equità e la piena ragionevolezza del sistema di valutazione;

RITENUTO pertanto:

- A. di dover integrare e specificare le disposizioni operative recate dal Decreto Dirigenziale n. 130 del 12.02.2024 e dal Decreto Dirigenziale n. 358 del 16.04.2024 mediante l'approvazione di apposite "Linee di indirizzo applicative", al fine di fluidificare l'azione delle Amministrazioni sanitarie;
- B. che le presenti Linee di indirizzo non introducono *ex novo* criteri di valutazione estranei alla cornice programmatica stabilita dalla DGRC n. 215/2022, ma ne costituiscono chiarimento tecnico, specificazione di calcolo ed esecuzione a carattere favorevole per la platea degli erogatori, garantendo la tutela del legittimo affidamento maturato dalle strutture;
- C. di formalizzare tali dettagli applicativi all'interno del documento denominato "*Allegato A – Linee di indirizzo applicative per il calcolo degli indicatori di premialità*" che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- D. di demandare alle AA.SS.LL. il completamento delle attività di rilevazione dei parametri di calcolo degli indicatori di premialità con riferimento ai dati consuntivi dell'anno 2025, fissando il termine del 31 luglio 2026 per l'elaborazione e l'adozione, con atto deliberativo del Direttore generale e previo confronto nei Tavoli Tecnici locali con le Associazioni di categoria e, se del caso, verifiche con i diretti interessati, delle variazioni dei tetti individuali per l'esercizio 2026 e la conseguente quantificazione dei tetti provvisori 2026;

TENUTO conto

- che con la D.G.R.C. n. 354 del 30.06.2026 sono state assegnate temporaneamente le funzioni di reggenza della Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale all'attuale Dirigente sostituto Dott. Ugo Trama;

VISTI tutti gli atti richiamati in premessa

Alla stregua dell'istruttoria svolta dalla Direzione Generale della Tutela della Salute e del Coordinamento del SSR;

DECRETA

Per i motivi esposti in premessa che formano parte integrante e sostanziale del presente decreto:

1. **DI PRENDERE ATTO** dei verbali degli incontri tecnici tenutisi con le Associazioni di categoria delle strutture private accreditate in data 30 ottobre 2025 e 20 maggio 2026, recepiti quale parte integrante e sostanziale del presente atto e già trasmessi alle Associazioni di categoria ed alle AA.SS.LL. con note prot. n. 589860 del 04.11.2025 e n. 609632 del 08.07.2026;
2. **DI INTEGRARE e SPECIFICARE** il Decreto dirigenziale n. 130 del 12 febbraio 2024, come già modificato ed integrato dal D.D. n. n. 358 del 16 aprile 2024, con il documento denominato "*Allegato A – Linee di indirizzo applicative per il calcolo degli indicatori di premialità*" e "*Tabella parametri indicatori di premialità*", allegati al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale
3. **DI STABILIRE** che le linee di indirizzo contenute nel documento sopra richiamato integrano e modificano ad ogni effetto i parametri di attribuzione dei punteggi di cui ai precedenti DD 130/2024 e DD n. 358/2024;
4. **DI DARE ATTO** che il presente provvedimento costituisce atto meramente gestionale ed esecutivo adottato in diretta attuazione dell'espresso mandato conferito a questa Direzione Generale dalla deliberazione della Giunta Regionale n. 800/2023 ed in piena conformità agli indirizzi programmatici di cui alla DGRC n. 215/2022;
5. **DI DEMANDARE** alle AA.SS.LL., il completamento delle attività di rilevazione presso le strutture private accreditate di tutti i parametri di calcolo degli indicatori di premialità, con riferimento ai dati e parametri consuntivi 2025, in modo da pervenire alla elaborazione– entro il 31 luglio 2026 – delle variazioni dei tetti di spesa individuali per l'esercizio 2026 e la conseguente quantificazione dei tetti provvisori 2026, mediante adozione di apposita Delibera del Direttore Generale di ciascuna ASL e previo confronto nei Tavoli Tecnici locali con le Associazioni di categoria e, se del caso, verifiche con i diretti interessati,;
6. **DI CONFERMARE** quant'altro disposto con i precedenti Decreti n.130/2024 e n. 358/2024 per la parte non espressamente modificata o integrata dal presente provvedimento;
7. **DI DARE ATTO** che il presente provvedimento rientra tra quelli soggetti a pubblicazione ai sensi dell'art.23 del Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 e ss.mm.ii.;
8. **DI INVIARE** il presente provvedimento ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, per gli adempimenti di competenza, al Direttore Generale della So.Re.Sa. S.p.A. e all'Ufficio competente per la pubblicazione sul BURC e nella Sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale della Regione Campania.

Reggente Ugo TRAMA

Firmato digitalmente ai sensi del CAD e normativa connessa

**ALLEGATO A “LINEE DI INDIRIZZO APPLICATIVE PER IL CALCOLO DEGLI
INDICATORI DI PREMIALITA’ (DGRC n. 215/2022 e s.m.i.)**

1. Raggruppamenti omogenei di Strutture (Ranking intra classe)

1.1 RADIOLOGIA DIAGNOSTICA- si prevede la suddivisione contrattuale dei centri nelle classi A,B, C e D.

BRANCA	Tipologia A	Tipologia B	Tipologia C	Tipologia D
Radiodiagnostica	Radiologia tradizionale di base ed ecografia	Radiologia tradizionale, ecografia e TAC	Radiologia tradizionale, ecografia, TAC e RMN ≤ 1 tesla	Radiologia tradizionale, ecografia, TAC e RMN > 1 tesla

In accoglimento della richiesta formulata dalle Associazioni di categoria, si mantiene la classificazione distinta per classi contrattuali.

L'accorpamento delle classi A e B, inizialmente ipotizzato per l'esiguità del numero di strutture in talune ASL, viene superato applicando la seguente clausola di salvaguardia: *qualora all'interno di una singola ASL il gruppo di strutture di una determinata fascia risulti composto da una sola struttura sanitaria (N=1), questa verrà accorpata alla classe immediatamente superiore (o, qualora la struttura appartenga già alla classe massima, alla classe immediatamente inferiore).*

L'accorpamento alla classe superiore garantisce la formazione di un campione numericamente adeguato ad assicurare l'equità e la neutralità del confronto.

Tale accorpamento serve esclusivamente a garantire un aggregato di confronto numericamente idoneo, senza alterare la regola generale di calcolo del VMP prevista da contratto.

La modalità di calcolo del Valore Medio Prestazionale resta invariata.

1.2 MEDICINA NUCLEARE: alla luce delle osservazioni sollevate dalle Associazioni di categoria – in merito al rischio che centri caratterizzati da un tetto di spesa particolarmente elevato possano assorbire interamente la premialità della branca – ed all'esito dei dati di lavorazione acquisiti dall'ASL Napoli 1 Centro, si ritiene necessario disporre la suddivisione delle strutture in classi contrattuali.

BRANCA	Tipologia A	Tipologia B	Tipologia C
Medicina nucleare	Scintigrafie	Scintigrafie e PET (comprese le PET/TC)	Strutture accreditate per la MN soltanto per le PET/TC effettuate con macchina ibrida

Sebbene il numero complessivo dei centri operanti nella branca risulti esiguo, l'introduzione della suddetta suddivisione in classi contrattuali appare indispensabile per riequilibrare e perequare la distribuzione della premialità, evitando distorsioni distributive e garantendo la piena equità del sistema di confronto.

Qualora all'interno di una singola ASL il gruppo di strutture appartenente a una determinata classe risulti composto da una sola struttura sanitaria (N=1), si applicherà la medesima clausola di salvaguardia prevista per la Radiodiagnostica, disponendo l'accorpamento alla classe contrattuale immediatamente superiore (o, qualora la struttura appartenga già alla classe massima, alla classe immediatamente inferiore) al fine di garantire la formazione di un aggregato di confronto numericamente idoneo.

Tale accorpamento serve esclusivamente a garantire un aggregato di confronto numericamente idoneo, senza alterare la regola generale di calcolo del VMP.

La modalità di calcolo del Valore Medio Prestazionale resta ufficialmente invariata rispetto a quanto previsto dal contratto.

A differenza dei laboratori, nelle branche di diagnostica per immagini e medicina nucleare il fattore determinante e qualificante della struttura è l'assetto tecnologico in dotazione e la tipologia di contrattualizzazione (es. presenza di TAC, RMN fino o oltre 1 Tesla, PET, Gamma Camera).

In queste branche, le prestazioni sanitarie non sono standardizzabili solo in termini numerici; il valore economico, i tempi di esecuzione e i costi di gestione di un esame ad alta tecnologia (es. PET o RMN) differiscono radicalmente da quelli della radiologia tradizionale di base o dell'ecografia.

Conseguentemente, l'adozione di una mera classificazione basata sul volume numerico delle prestazioni non risulterebbe idonea a riflettere adeguatamente la reale complessità operativa e la specificità erogativa dei centri.

La classe contrattuale riflette direttamente il livello di complessità assistenziale e la dotazione tecnologica autorizzata ed accreditata. Il confronto effettuato all'interno della medesima classe contrattuale (integrato dalla clausola di salvaguardia N=1) garantisce che la valutazione di efficienza e la conseguente premialità avvengano tra strutture che sostengono costi fissi, investimenti tecnologici e livelli assistenziali omogenei e comparabili.

Conseguentemente, la suddivisione per volumi numerici di prestazioni risulterebbe del tutto fuorviante e sperequativa.

1.2 PATOLOGIA CLINICA: in accoglimento delle proposte delle Associazioni di categoria ed all'esito delle verifiche istruttorie, si dispone la creazione di gruppi omogenei basati sul volume delle prestazioni a carico del SSR, con esclusione dei prelievi.

La scelta di non includere le prestazioni *out of pocket*, inizialmente prevista, è basata sulla considerazione che le risorse della premialità sono fondi pubblici destinati a incentivare la qualità e l'efficienza delle strutture a diretto beneficio dei cittadini e dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza). Valutare la produzione privata significherebbe impiegare risorse pubbliche per premiare attività di libero mercato estranee al servizio sanitario. L'inclusione delle prestazioni private avvantaggerebbe impropriamente i centri situati in aree a maggiore capacità di spesa della popolazione.

L'individuazione delle tre soglie volumetriche per la Patologia Clinica deriva dall'esito di un'accurata analisi condotta sui dati di consuntivo dell'esercizio 2025 acquisiti dalle AA.SS.LL. regionali e che ha portato alle seguenti scelte operative in termini di equità e allineamento metodologico:

- Fascia I: 0 a 299.999 prestazioni;
- Fascia II: 300.000 a 599.999 prestazioni;
- Fascia III: ≥ 600.000 prestazioni.

La classificazione formale per tipologia di accreditamento (presenza o meno di specifici settori specializzati) non restituirebbe invece un quadro fedele della reale capacità produttiva, assorbendo al proprio interno realtà con dimensioni e pesi specifici profondamente distanti. Un ranking basato unicamente sul contratto finirebbe per mettere in competizione strutture imparagonabili sul piano dell'impatto sul SSR, falsando di fatto i parametri della premialità.

L'adozione delle tre fasce volumetriche risulta pertanto l'unico strumento perequativo per garantire che il confronto, e la conseguente premialità, avvengano tra "pari" reali e non solo formali, premiando l'efficienza a parità di volumi erogati.

Laddove una fascia all'interno di una ASL presenti una sola struttura (N=1), questa si raggrupperà con la fascia immediatamente inferiore (ovvero con la fascia immediatamente superiore laddove la struttura appartenga già alla prima fascia) per le medesime esigenze di garanzia del campione di confronto.

Tale accorpamento serve esclusivamente a garantire un aggregato di confronto numericamente idoneo, senza alterare la regola generale di calcolo del VMP.

La modalità di calcolo del Valore Medio Prestazionale resta ufficialmente invariata rispetto a quanto previsto dal contratto.

2. INDICATORI DI PREMIALITA'

INDICATORE A1 TECNOLOGIA: la proposta metodologica relativa alle attrezzature rigenerate ed al rapporto tra il valore economico dell'investimento ed entità del tetto di spesa, sarà oggetto di specifico approfondimento per l'applicazione sui dati consuntivi 2026.

Ai fini della determinazione dei tetti provvisori 2026, l'unica modifica riguarda la ridefinizione delle fasce di vetustà di cui all'Allegato n.3 del D.D. n. 130/2024 (come modificato dal DD 35/2024), riarticolate nei seguenti intervalli temporali:

- 0-8 anni;
- 8-10 anni;
- oltre 10 anni;

INDICATORE B3 INFORMATIZZAZIONE – FSE::

- Esercizio 2025: l'indicatore mantiene natura esclusivamente qualitativa. Restano valide le deroghe ed esenzioni per le discipline individuate con nota prot. n. 339789 del 30.06.2022.
- A decorrere dall'esercizio 2026: in attuazione del DM 7/9/2023, così come da ultimo modificato con Decreto del Ministro della Salute dell'11 novembre 2025 – Modifiche al decreto 7 settembre 2023, concernente il FSE 2.0, l'indicatore assume carattere quantitativo e decade ogni precedente deroga. L'alimentazione del FSE diventa obbligatoria per tutte le strutture pubbliche e private accreditate, con riferimento alle tipologie documentali previste dalla normativa nazionale:
 - referto di laboratorio;
 - referto di radiologia;
 - referto di specialistica ambulatoriale;
 - referto di anatomia patologica;
 - verbali di pronto soccorso;
 - lettere di dimissione;

- profilo sanitario sintetico;
- prescrizioni specialistiche e farmaceutiche;
- cartelle cliniche;
- erogazione farmaci a carico SSN e non a carico SSN;
- vaccinazioni;
- erogazione di prestazioni di assistenza specialistica;
- taccuino personale dell'assistito;
- dati delle tessere per i portatori di impianto;
- lettera di invito per screening.

Si precisa che qualora la struttura sanitaria rilasci referti al cittadino intesi come "relazione scritta rilasciata dal medico sullo stato clinico del paziente dopo un esame clinico o strumentale", essi dovranno obbligatoriamente essere inviati al FSE come referto di specialistica ambulatoriale.

INDICATORE C4 ORGANIZZAZIONE Rapporto tra numero dipendenti/totale addetti: si confermano le disposizioni della nota regionale prot. n° 129676 del 12.03.24 recepita nel DD 358/2024. Viene eliminato il riferimento testuale alla DGRC 491/2016, fermo restando l'obbligo per le AASSLL di verificare che i dati rispettino le indicazioni strutturali della citata delibera. L'indicatore è calcolato come rapporto tra il personale dipendente (sanitario e amministrativo ivi compresi i soci lavoratori) ed il totale complessivo degli addetti operanti nella struttura (sanitario e amministrativo).

INDICATORE C5 ORGANIZZAZIONE Rapporto tra numero dipendenti laureati /totale dipendenti: si confermano le disposizioni della nota regionale prot. n° 129676 del 12.03.24 recepita nel DD 358/2024. Viene eliminato il riferimento testuale alla DGRC 491/2016, fermo restando l'obbligo per le AASSLL di verificare che i dati rispecchino le indicazioni strutturali della citata delibera. L'indicatore si calcola come rapporto tra n. dipendenti laureati (sanitario e amministrativo compresi i soci lavoratori) ed il totale dei dipendenti (sanitario e amministrativo compresi i soci lavoratori)

INDICATORE C7: onde evitare incertezze applicative, la voce viene ridenominata come *"Rapporto tra produzione annua oltre il limite di spesa / tetto di spesa netta (prima dell'applicazione della regressione tariffaria)"*;

INDICATORE C8: riservato esclusivamente alla branca della Patologia clinica. Conteggia il numero di prestazioni annue a carico del SSR (esclusi i prelievi). Le fasce di punteggio sono così ridefinite:

✓ 0-199.999 prestazioni	punteggio 0;
✓ 200.000-299.999 prestazioni	punteggio 1
✓ 300.000-599.999 prestazioni	punteggio 2;
✓ ≥ 600.000 prestazioni	punteggio 3

INDICATORE C9: rappresenta il numero di giorni annui nei quali sono state erogate prestazioni a carico del SSR (comprese quelle sulle quali si applica la regressione tariffaria). Si dispone l'esclusione per le branche caratterizzate da cicli terapeutici obbligati: FKT, DIALISI, RADIOTERAPIA, CHIRURGIA BARIATRICA, OSSIGENOTERAPIA IPERBARICA;

INDICATORE D10 appropriatezza erogativa: rapporto tra numero prestazioni con classe di priorità D e P erogate a carico del SSR in accesso diretto (senza prenotazione)/totale prestazioni erogate a carico del SSR con classe di priorità D e P.. Si dispone la disapplicazione di tale indicatore per la branca della Patologia Clinica;

INDICATORE D12: si precisa che il valore medio di branca e di fascia di appartenenza da assumere a riferimento per il calcolo dello scostamento deve essere calcolato al netto della maggiorazione del 10%;

INDICATORE E13 Collocazione Territoriale – ai fini dell'applicazione della premialità, per "Zone disagiate" si intendono esclusivamente i Comuni ubicati nelle ISOLE.

L'isolamento insulare determina una discontinuità geografica e logistica strutturale e insuperabile, non comparabile con la realtà continentale o metropolitana. La misura non lede la concorrenza, ma compensa lo svantaggio oggettivo patito dalle strutture insulari nel garantire la continuità erogativa e l'accessibilità ai servizi sanitari per i residenti

Per i comuni delle Comunità Montane per i quali si era ipotizzata inizialmente un'inclusione tra le "ZONE DISAGIATE", si rivede la posizione dal momento che gli stessi beneficiano dell'accessibilità alla rete viaria ordinaria. Ciò garantisce sia l'accessibilità da parte dei cittadini ai punti di offerta della specialistica, sia la mobilità dei professionisti, non prefigurando quella condizione di isolamento geografico stringente e irreversibile che caratterizza invece l'ambito insulare.

L'eventuale attribuzione indiscriminata del punteggio premiale a tutti i Comuni montani finirebbe per avvantaggiare strutture ubicate in territori ampiamente collegati o a ridosso di grandi centri urbani, attribuendo un vantaggio competitivo artificiale non correlato a un effettivo svantaggio operativo o logistico. Questo genererebbe una distorsione del ranking a danno delle strutture operanti nei contesti cittadini e metropolitani, violando il principio di proporzionalità e pari condizioni di concorrenza.

Il territorio insulare, di contro, presenta un'oggettiva e insuperabile vulnerabilità condizionata dalle tratte marittime, dagli orari di navigazione e dalle avversità meteorologiche. Tali fattori limitano strutturalmente l'accesso della popolazione ai servizi sanitari di base e specialistici: solo in questo caso l'attribuzione della premialità risponde alla finalità pubblica di incentivare e sostenere la presenza del punto erogativo in un contesto altrimenti oggettivamente penalizzato.

Si ribadiscono le indicazioni di cui alla nota regionale prot. n° 129676 del 12.03.24 per cui, ciascuna ASL, nel valutare il punteggio da assegnare a ciascun punto di offerta operante sul proprio territorio – ove lo ritenga opportuno – potrà tenere conto di altri elementi idonei a qualificare effettive carenze o sovrabbondanze di offerta nei diversi distretti, quali: la ponderazione con il numero di abitanti di ciascun Distretto, il numero di prestazioni rese dai punti di offerta pubblici e privati, etc motivando adeguatamente le proprie valutazioni nel provvedimento che assegnerà i punteggi ai diversi centri privati.

3. Ulteriori disposizioni

- a) Graduatorie regionali: viene eliminato ogni riferimento alle graduatorie regionali previste dall'Allegato A della DGRC 757/2024.

La normativa di riferimento (DGRC n. 215/2022 e DGRC n. 800/2023) incardina la programmazione, l'acquisto delle prestazioni e la stipula dei contratti ex art. 8-quinquies D.Lgs. 502/92 rigorosamente sul livello aziendale (ASL). Istituire una classifica unica e un "*budget premiale unico regionale*" sottratto alle singole AA.SS.LL. altererebbe l'equilibrio dei tetti di spesa distrettuali e territoriali, depauperando risorse destinate all'assistenza sanitaria di specifici ambiti territoriali a favore di altri, in aperto contrasto con i principi di programmazione della spesa e garanzia dei LEA su base aziendale.

- b) Esenzione CUP SINFONIA per la DIABETOLOGIA: in accoglimento delle istanze di categoria e analogamente a quanto già previsto per la Dialisi e Radioterapia, si dispone anche per la branca della Diabetologia l'esclusione dall'obbligo previsto dall'articolo 9 comma 2 dello schema di contratto specialistica allegato alla DGRC 175/2025 ("2. La

sottoscritta struttura privata è tenuta a mettere e mantenere a disposizione del Sistema CUP SINFONIA il 100% delle proprie agende digitali, configurate con flag Online=SI, ovvero, visibili e prenotabili oltre che dagli operatori della sottoscritta struttura, anche tramite tutti gli altri canali: APP, Portale CUP, Farmacie, ecc., per tutte le prestazioni oggetto del presente contratto, ivi comprese (in sola visibilità) quelle la cui prenotazione è riservata dalle disposizioni vigenti agli operatori della struttura privata: follow up, utenti residenti in altre regioni, STP ed ENI; è tenuta, altresì, ad organizzare le agende delle prestazioni ambulatoriali per classi di priorità e ad effettuare la presa in carico dell'utente per le prestazioni relative ai follow-up"), trattandosi di prestazioni dedicate ad attività di follow -up.

PARAMETRI DI VALUTAZIONE PER L'ATTRIBUZIONE DI PUNTEGGI SULLA BASE DEI DATI CONSUNTIVI DELL'ANNO PRECEDENTE

						punteggi correlati al valore				
FAMIGLIA		N.	INDICATORE	NOTE	MODIFICHE	3	2	1	0	-1
A	TECNOLOGIA	1	Rapporto tra punteggio della specifica fascia di vetustà di ogni macchinario caratteizzante posseduto / numero di TUTTE le attrezzature caratterizzanti possedute, come da relativo Elenco regionale	a	1. attrezzature rigenerate/valore economico dell'investimento in rapporto al tetto di spesa assegnato al Centro (ved.relazione allegata) 2.modifica fasce vetustà di cui all'all.n.3 DD 130/2024: 0-8 (prima 0-5); 8-10 (prima 5-10); oltre 10.	>50%	20-50%	10-19,99%	5-9,99%	<5%
B	INFORMATIZZAZIONE	3	invio sistematico e continuativo dei referti al Fascicolo Sanitario Elettronico	b	Il DD 130/2024 prevedeva, già dal 2024, la trasformazione dell'indicatore da qualitativo a quantitativo (v.relazione allegata)	si	-	-	-	no
C	ORGANIZZAZIONE	4	rapporto tra n° dipendenti / totale addetti	c	rapporto tra n.dipendenti sanitari+amministrativi+soci lavoratori/tot.addetti sanitari+amm.vi		>=80%		<80%	
		5	rapporto tra n° dipendenti laureati / totale dipendenti	d	n.dipendenti sanitari+amm.vi+soci lavoratori/totale dipendenti sanitari+amm.vi		>50%	20-50%	<20%	
		6	presenza di certificazione iso 9001	e	il punteggio in caso di presenza della certificazione resta 1			SI	NO	
		7	rapporto tra produzione netta annua extratetto / tetto di spesa netta (prima dell'applicazione della regressione tariffaria)	f	ridenominazione come rapporto tra produzione annua oltre il limite di spesa/tetto di spesa netto (prima dell'applicazione della regressione tariffaria)	>10%	5-10%	2-4,99%	0,01-1,99%	0% o sottoutilizzo del tetto
		8	n° di prestazioni di laboratorio erogate a carico del SSR nell'anno (solo per la branca della patologia clinica)	g	Per evitare fenomeni distortivi, essendo la riorganizzazione dei laboratori in corso, nel calcolo di questo indicatore si conteggiano esclusivamente le prestazioni a carico del SSR con esclusione dei prelievi e delle prestazioni eraogate oltre il limite del 10% del tetto assegnato. Si modificano le soglie.	>=600.000	300.000-599.999	200.000-299.999	0-199.999	
		9	n° di giorni annui nei quali sono state erogate prestazioni a carico del S.S.R. (comprese quelle sulle quali si applica la regressione tariffaria)	h	esclusione per le seguenti branche: FKT, DIALISI, RADIOTERAPIA,CHIURGIA BARIATRICA e OSSIGENOTERAPIA IPERBARICA in quanto prestazioni cicliche	>200	180-199	150-179	120-149	<120
D	APPROPRIATEZZA EROGATIVA	10	rapporto tra n° prestazioni con classe di priorità D e P erogate a carico del S.S.R. in accesso diretto (senza prenotazione) / totale prestazioni erogate a carico del S.S.R. con classe di priorità D e P	i	disapplicazione per i laboratori	<10%	10-20%	20,01-30%	>30%	
		12	scostamento dal valore medio di branca e di fascia di appartenenza	j		>10% in meno	5-10% in meno	0,01-4,99% in meno	>= al v.m.	
E	COLLOCAZIONE TERRITORIALE	13	Numerosità dei punti di offerta per la medesima branca nel distretto di appartenenza o collocazione in zona disagiata	k	per zone disagiate si intendono esclusivamente le Isole	IN ZONA DISAGIATA		INFERIORE ALLA MEDIA	NELLA NORMA	SUPERIORE ALLA MEDIA

a = indicatore calcolato a cura dell’ASL competente, sulla base del possesso di TUTTE le apparecchiature caratterizzanti le singole Branche dei Tetti, come da relativo Elenco regionale, e della vetustà della strumentazione. Correttivi per le attrezzature rigenerate ed il valore economico dell'investimento nella relazione allegata al verbale d'incontro del 20.05.2026

b = indicatore qualitativo alimentato sulla base di quanto attestato al 31 dicembre dell'anno precedente dal responsabile regionale del Fascicolo Sanitario Elettronico

c = indicatore calcolato sulla base della documentazione messa a disposizione della ASL competente, da parte della struttura accreditata, entro il 31 dicembre dell'anno precedente sulla base anche delle indicazioni operative fornite dagli Uffici Regionali con nota prot.n.129676 del 12/03/2024. Sarà compito delle ASL, in sede di calcolo di tale parametro di verificare che i dati trasmessi dalle strutture rispecchino anche le indicazioni della DGRC 491/2006.

d = indicatore calcolato sulla base della documentazione messa a disposizione della ASL competente, da parte della struttura accreditata, entro il 31 dicembre dell'anno precedente sulla base anche delle indicazioni operative fornite dagli Uffici Regionali con nota prot.n.129676 del 12/03/2024. Sarà compito delle ASL, in sede di calcolo di tale parametro di verificare che i dati trasmessi dalle strutture rispecchino anche le indicazioni della DGRC 491/2006

e = indicatore qualitativo alimentato sulla base del possesso o meno della certificazione ISO 9001:2015 in corso di validità al 31 dicembre dell'anno precedente, come verificato dalla ASL competente

f = indicatore calcolato a cura della ASL competente, sulla base dei dati relativi all'anno precedente

g = indicatore calcolato a cura della ASL competente, sulla base dei dati relativi all'anno precedente

h = indicatore calcolato a cura della ASL competente, sulla base dell'alimentazione, da parte della struttura accreditata, del campo "data di erogazione" delle prestazioni come risultante dai file C mensili regolarmente trasmessi relativi all'anno

i= indicatore calcolato a cura della ASL competente, sulla base dell'alimentazione, da parte della struttura accreditata, dei relativi campi dei file C mensili regolarmente trasmessi relativi all'anno precedente

j= indicatore calcolato a cura della ASL competente, sulla base dei dati relativi all'anno precedente. Il valore medio delle prestazioni da considerare come valore di riferimento è quello calcolato dalla ASL competente ai sensi delle norme contrattuali, senza il margine di tolleranza del 10%

k = indicatore calcolato a cura della ASL competente, sulla base dei dati relativi all'anno precedente secondo le indicazioni operative di cui alla nota regionale prot.n.129676 del 12/03/2024

REGIONE CAMPANIA	U
COPIA	
Protocollo N.0589860/2025 del 04/11/2025	
Firmatario: ANTONIO POSTIGLIONE	



Giunta Regionale della Campania
 Direzione Generale per la Tutela della Salute e
 il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale

**Ai Rappresentanti delle Associazioni di categoria della
 specialistica ambulatoriale della Regione Campania**

**Ai Referenti delle AA.SS.LL.
 Per il tramite delle Direzioni Generali**

Alla So.re.Sa spa

**e p.c. al Presidente della Giunta Regionale
 per il tramite del Capo di Gabinetto**

**All'Assessore al Bilancio
 Prof. Ettore Cinque**

Oggetto: Verbale del 30 ottobre 2025. Trasmissione

Con la presente si trasmette in copia e a valere quale notifica, il verbale dell'incontro tenutosi il 30 ottobre 2025 presso gli Uffici della scrivente Direzione Generale, siti al Centro Direzionale di Napoli, Isola C3.

Il Direttore Generale
 Avv. Antonio Postiglione

VERBALE del 30 ottobre 2025

Il giorno 30 ottobre 2025 si sono incontrati presso la sede della Regione Campania, Centro Direzionale di Napoli, Isola C/3, alle ore 16.00:

- l'Assessore della Giunta regionale con delega al Bilancio e al Finanziamento del SSR Prof. Ettore Cinque;
- il Direttore Generale per la Tutela della Salute Avv. Antonio Postiglione, il Dirigente del Settore Accreditamento Dott. Ugo Trama, le Dirigenti UOS Dr.ssa Bianca Corcione e Dr.ssa Mirella Piccolo, il Dirigente UOS Ferdinando Vicinanza nonché, per So.re.Sa spa, l'ing. Vito Salerno;
- per la specialistica ambulatoriale: i Rappresentanti delle Associazioni di categoria cui all'allegato foglio firme di presenza;
- per le AA.SS.LL.: i Referenti aziendali cui all'allegato foglio firme di presenza.

L'incontro è stato convocato dal Direttore Generale per la Tutela della Salute con nota del 28/10/2025 prot. n.0568109 ed ha per oggetto la discussione di questioni d'interesse della categoria.

L'Assessore al Bilancio fa presente che la Regione ha potuto avvalersi a fine 2024 della deroga per l'utilizzo di residue economie, consentita dall'art. 2-bis, aggiunto al DL n. 155/2024 in sede di conversione in legge, operando una integrazione di € 5.000.000,00 del limite di spesa 2024 dei centri privati di specialistica ambulatoriale, con la DGRC n. 757/2025 e stabilendo, altresì di determinarsi con successivi provvedimenti: *“per quanto riguarda gli importi e i criteri di assegnazione dei limiti di spesa per l'esercizio 2025, sia per l'ospedalità privata che per l'assistenza specialistica ambulatoriale, sulla base delle risorse che saranno disponibili per tale esercizio in base alla legge di Stabilità 2025-2027 ed alle altre eventuali sopravvenienze normative”* (punto 4 del dispositivo della DGRC 735/2024).

Tuttavia, per l'esercizio 2025, nonostante le formali richieste presentate dalle Regioni al Governo - il livello di spesa, consentito dalla normativa vigente per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera e di specialistica ambulatoriale erogate dai soggetti privati accreditati, non è stato finora modificato dal legislatore nazionale, rispetto alla situazione esposta nelle DGRC n. 757/2024 e n. 175/2025, in base alla quale per il 2025 si registra una riduzione di circa euro 13 milioni rispetto all'anno precedente.

Rappresenta, inoltre, che nel DDL n° 2365, in corso di esame presso la XII Commissione Affari sociali della Camera dei Deputati, risulta depositato un emendamento che consentirebbe alle Regioni di destinare dal 2025 una quota dello 0,5% del livello di finanziamento statale indistinto della spesa sanitaria *“in deroga all'articolo 15, comma 14, del DL 6 luglio 2012, n. 95 [cd. Spending Review], ... fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale”*. Analogo emendamento, tuttavia era stato presentato al Senato nel corso della prima lettura (DDL S/1241 del 23.09.2024), senza poi essere approvato.

In questo contesto, la Direzione Generale per la Tutela della Salute, nell'istruttoria delle richiamate DGRC n. 757/2024 e n. 175/2025 ha fissato in via provvisoria il limite di spesa 2025 dei centri privati che erogano assistenza specialistica ambulatoriale, stabilendolo in un importo complessivo uguale a quello dell'esercizio 2024.

Con DGRC n. 741 del 22 ottobre 2025, sono stati confermati i limiti di spesa 2025, stabiliti dalle DGRC n. 757/2024 e n. 175/2025 per la specialistica ambulatoriale (fermo restando che i limiti di

spesa così definiti potranno essere modificati in aumento, in caso di favorevoli sopravvenienze normative).

L'Assessore al Bilancio, attesa la vastità della materia che sarà oggetto di approfondimento nel corso di ulteriori incontri, circoscrive l'oggetto della discussione alla questione delle aggregazioni dei laboratori di analisi ed all'approfondimento delle difficoltà operative emerse dall'applicazione della cosiddetta premialità di cui all'Allegato B alla DGRC 215/2022.

Su questa materia sarà opportuno attivare un apposito tavolo tecnico con le Associazioni di Categoria finalizzato alla correzione delle criticità emerse.

Il Direttore Generale per la Tutela della Salute si associa a quanto rappresentato dall'Assessore al Bilancio.

Le Associazioni delle strutture private espongono le seguenti ulteriori osservazioni e proposte.

CONFCOMMERCIO SALUTE

Criticità

- gli indicatori di premialità penalizzano i Centri medio-piccoli a vantaggio delle grandi strutture;
- la percentuale del 5% per la premialità è eccessiva.

Proposte

- applicazione della premialità mediante la suddivisione dei Centri per fasce;
- attingere i soldi per la premialità da tutti i Centri ad inizio anno (si può ipotizzare nella misura dello 0,50%) per poi procedere, a consuntivo, con attribuzione di premialità ai Centri che ottengono i punteggi migliori.

ASPAT

Criticità

- l'indicatore A.1 relativo alla tecnologia, così come strutturato basato sulla data di vetustà dell'attrezzatura, è insufficiente e non è premiante;
- l'indicatore C.4 relativo all'organizzazione: si è registrata un'applicazione non omogenea all'interno delle varie AA.SS.LL. Stesso discorso per l'indicatore E.13 relativo alla collocazione territoriale;
- l'indicatore C.6 relativo all'organizzazione: il punteggio attribuito nel caso la struttura disponga della certificazione ISO 90012015 pari ad 1 è troppo basso;
- il meccanismo della premialità, così come congegnato, favorisce la concentrazione.

Proposte

- utilizzare indicatori differenti da quelli attuali per la premialità tipo la *customer satisfaction*, il clima ambientale per i lavoratori, ecc.
- creazione di una Commissione Unica di Valutazione Regionale che garantisca uniformità ed omogeneità di applicazione e di valutazione;
- consolidamento dell'extra tetto;
- Indicatore C.4: la valutazione deve includere solo le unità non appartenenti al comparto sanità;
- Indicatore E.13: nel conteggiare la numerosità dei punti di offerta per la medesima branca nel distretto di appartenenza o collocazione geografica in zona disagiata vanno esclusi dal computo gli ospedali ed i punti prelievo.

FEDERCARDIO

Criticità

- assenza di un contratto di branca per la Cardiologia;
- premialità concepita come una redistribuzione di risorse da un accreditato ad un altro;
- ritardi nell'applicazione della premialità e quindi nella definizione dei tetti provvisori 2025 da parte delle AA.SS.LL. con difficoltà per i Centri nel rispettare il nuovo tetto di struttura;
- le categorie degli indicatori C.4 e C.5 sono congegnate in modo da determinare un minore punteggio se l'accreditato è una persona fisica.

Proposte

- introduzione di un contratto di branca per la CARDIOLOGIA con adozione di protocolli preventivi per soggetti a rischio;
- premialità intesa come un fondo extra tetto e non ad invarianza di spesa come redistribuzione di risorse da un Centro ad un altro;
- attesi i ritardi nell'applicazione della premialità e quindi nella definizione dei tetti provvisori 2025 da parte delle AA.SS.LL. con difficoltà per i Centri nel rispettare il nuovo tetto di struttura, si propone, nel rispetto del nuovo tetto di struttura, di compensare in minus nell'ultimo trimestre 2025 gli eventuali eccessi di produzione registrati alla data della firma del contratto;
- professionisti accreditati valutati sulle premialità solo su un parametro clinico e restituzione nel 2026 di quanto perduto dai Centri nel 2025;
- premiare i VMP più bassi perché significano più visite e premiare direttamente le maggiori percentuali di visite eseguite su tutte le prestazioni.

AI SIC/CONFLAVORO SALUTE

Criticità

si associa alle evidenze rappresentante nei precedenti interventi.

Proposte

- disapplicazione dell'indicatore D.10 per i laboratori di analisi;
- introduzione di un margine di tolleranza per le aggregazioni dei laboratori nel considerare il numero di prestazioni;
- sanatoria di 2 mesi della norma che prevedeva che, a partire dal 1° giugno 2025, le strutture private accreditate sono tenute: "a mettere e mantenere a disposizione del Sistema CUP SINFONIA il 100% delle proprie agende digitali, configurate con flag Online=SI, ovvero, visibili e prenotabili oltre che dagli operatori della sottoscritta struttura, anche tramite tutti gli altri canali: APP, Portale CUP, Farmacie, ecc., per tutte le prestazioni oggetto del presente contratto, ivi comprese (in sola visibilità) quelle la cui prenotazione è riservata dalle disposizioni vigenti agli operatori della struttura privata: follow up, utenti residenti in altre regioni, STP ed ENI; è tenuta, altresì, ad organizzare le agende delle prestazioni ambulatoriali per classi di priorità e ad effettuare la presa in carico dell'utente per le prestazioni relative ai follow-up". Mentre per le branche della Dialisi, della Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi), della Radioterapia e della Medicina Fisica e Riabilitazione (FKT), tale obbligo riguarda la sola visibilità delle agende;
- esclusione, anche per la branca della DIABETOLOGIA, come per la RADIOTERAPIA e DIALISI, della norma di cui all'articolo 9 comma 2 dello schema di contratto specialistica allegato alla DGRC 175/2025.

CONFESERCENTI SALUTE

Si associa alle criticità emerse nei precedenti interventi ed inoltre, segnala che, nella ASL NA 2 NORD, non è stata applicata la premialità per la branca della MN dal momento che sul territorio insistono 4 strutture di cui n° 2 però hanno solo accreditamento pet/tac.

FEDERLAB

Propone uno slittamento del termine per le aggregazioni dei laboratori di cui alla DGRC 42372025 ed apre ad una riflessione sulla premialità con focus sull'indicatore A.1 proponendo altresì l'introduzione, tra i parametri di valutazione, del numero delle attrezzature in dotazione a ciascuna struttura.

AISA

Nell'ottica dell'applicazione del tetto di struttura, apre ad una riflessione sull'inopportunità di mantenere il parametro del VMP che produce effetti negativi in termini di migrazione dei pazienti ed allungamento delle liste di attesa.

SNR

Non condivide le affermazioni rese dal Rappresentante dell'Associazione AISA in merito al parametro del VMP, utile, invece, per calmierare il mercato.

Pone accento sul parametro dell'indicatore A.1 e propone l'inserimento, tra i parametri di valutazione, del valore dell'investimento rispetto al tetto della struttura.

CONFINDUSTRIA SANITA'

Non condivide le osservazioni sollevate in merito alle aggregazioni dei laboratori perché è dal lontano 1997 che si parla dell'argomento. Ne consegue che l'impianto della DGRC 423/2025 non va messo in discussione

ANISAP

Si associa alle osservazioni emerse nel corso del tavolo di confronto e segnala altresì che l'indicatore A.1 andrebbe ponderato altresì alla complessità dell'attrezzatura. Per quanto riguarda il parametro del VMP si associa a quanto rappresentato da AISA mentre per l'indice di territorialità (indicatore E.13) si associa alle considerazioni di ASPAT.

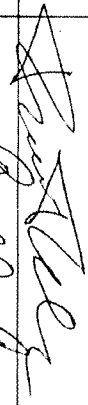
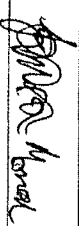
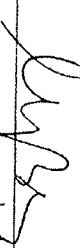
L'incontro si conclude alle ore 18,00 circa.

Letto, confermato e sottoscritto

REGIONE CAMPANIA

Direzione Generale per la Tutela della Salute

Riunione del 30 ottobre 2025 Assistenza specialistica ambulatoriale

QUALIFICA:	Nominativo dei Partecipanti	Firma dei Partecipanti	Indirizzo E-Mail, telefono, fax e cellulare
ASL CASERTA	LINO MARIA		MARIA, LINO @ ASSICASERTA.IT
ASL CASERTA	DEU CARLIDA		IDA BUCICARI @ ASSICASERTA.IT
CON ASL AVELLINO	FRANCESCO FUCOCI		Paola e Karletino.IT
ASL AVERSA	LUIGI CALFANO		Realiguardo@calafano.IT
ASL BENEVENTO	NADIA SERO		noale. scto@ostbenedicta.IT
ASL SALERNO	LELA MORABONE		l.morabone@ostsalerno.IT
ASL SALERNO	ERVESTA MELÉ		e.melle@ostsalerno.IT
ASL SALERNO	TERESA BIANCHI		mt.gianni@ostsalerno.IT
ASL NA3 SUD	BISOGNO VINCENZO		V.bisogno@ostna3sud.it
ASL NA3 SUD	VIRGINIA MACAFRONE		v.macafrone@ostna3sud.IT
ASL NA1-COMUN	ERMINESCE VANO		Erminesce.vano@ostna1.it



*Giunta Regionale della Campania
Direzione Generale per la Tutela della Salute e
il coordinamento del Sistema Sanitario Regionale*

Alle Associazioni di Categoria
della Macroarea della Specialistica Ambulatoriale

Ai Direttori Generali AASSLL
c.a. Referenti dei tetti di spesa

Al Direttore Generale
So.Re.Sa Spa

E p.c.
Al Presidente della Giunta Regionale
Per il tramite del Capo di Gabinetto

OGGETTO: Indicatori di premialità specialistica ambulatoriale di cui all'Allegato B DGRC 215/2022 e ss.mm.ii. - trasmissione verbale d'incontro.

Si trasmette il verbale dell'incontro del giorno 20.05.2026 unitamente ai seguenti allegati:

- Proposta di modifica degli indicatori A1 e B3: al riguardo si precisa che tale proposta non è immediatamente attuativa, ma sarà oggetto di ulteriore confronto con le Associazioni di categoria nei prossimi mesi e troverà applicazione sui dati a consuntivo dell'esercizio 2026.
- Tabella relativa ai parametri di valutazione per l'attribuzione di punteggi: le modifiche apportate per gli indicatori A1 (relativamente alla fascia di vetustà), C4, C5, C6, C7, C8, C9 D10 e E13 si applicheranno già sui dati di consuntivo relativi all'esercizio 2025.

In accoglimento della richiesta delle Associazioni di categoria, si prevede, inoltre, la suddivisione dei Centri in gruppi omogenei per le branche della Radiodiagnostica e della Patologia Clinica (c.d. *ranking intra-classe*). Tale riorganizzazione in gruppi omogenei trova applicazione immediata già a partire dai dati di consuntivo relativi all'esercizio 2025, secondo il dettaglio di seguito riportato:

1. RADIODIAGNOSTICA

Per tale branca viene ripresa l'impostazione dei centri già prevista a livello contrattuale, ovvero:

BRANCA	Tipologia A e B	Tipologia C	Tipologia D
Radiodiagn ostica	Radiologia tradizionale di base, ecografia e TAC	Radiologia tradizionale, ecografia TAC e RMN ≤ 1 tesla	Radiologia tradizionale, ecografia TAC e RMN > 1 tesla



*Giunta Regionale della Campania
Direzione Generale per la Tutela della Salute e
il coordinamento del Sistema Sanitario Regionale*

2. PATOLOGIA CLINICA

A seguito degli approfondimenti istruttori condotti, gli Uffici regionali hanno accolto le proposte delle Associazioni di categoria relative alla creazione di gruppi omogenei basati sul volume delle prestazioni, secondo le seguenti fasce:

- Fascia I: 0 a 299.999 prestazioni;
- Fascia II: 300.000 a 599.999 prestazioni;
- Fascia III: ≥ 600.000 prestazioni.

In considerazione della riorganizzazione in atto della rete dei laboratori, nel computo complessivo delle prestazioni dovranno essere incluse sia quelle a carico del SSR sia quelle *out-of-pocket* (con l'esclusione dei prelievi).

Laddove un gruppo / ASL presenti un solo laboratorio, allora quel centro si raggruppa con il gruppo immediatamente inferiore.

Fascicolo Sanitario Elettronico

Per quanto riguarda l'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, FSE, si definisce la seguente programmazione temporale:

- regime per l'esercizio 2025: l'indicatore relativo al FSE manterrà natura esclusivamente qualitativa. Si evidenzia, inoltre, che la nota prot. n. 339789 del 30.06.2022 (che ad ogni buon fine si allega) precisava che alcune discipline erano esentate fino a nuove disposizioni. Ai fini della premialità/penalità di cui all'Allegato B alla DGRC 215/2022 e s.m.i., si conferma che per l'esercizio 2025 persistono tali deroghe ed esenzioni;
- regime a decorrere dall'esercizio 2026: considerate le disposizioni nazionali sopravvenute (DM 7/9/2023, così come da ultimo modificato con Decreto del Ministro della Salute dell'11 novembre 2025 – Modifiche al decreto 7 settembre 2023, concernente il FSE 2.0), si evidenzia che l'indicatore diventerà di tipo quantitativo e decadrà ogni precedente esenzione. L'applicazione di tale nuovo regime per il 2026, con il conseguente obbligo tassativo di alimentazione del FSE da parte di tutte le strutture pubbliche e private accreditate, riguarderà le seguenti tipologie documentali:
 - referto di laboratorio;
 - referto di radiologia;
 - referto di specialistica ambulatoriale;
 - referto di anatomia patologica;
 - verbali di pronto soccorso;
 - lettere di dimissione;
 - profilo sanitario sintetico;



*Giunta Regionale della Campania
Direzione Generale per la Tutela della Salute e
il coordinamento del Sistema Sanitario Regionale*

- prescrizioni specialistiche e farmaceutiche;
- cartelle cliniche;
- erogazione farmaci a carico SSN e non a carico SSN;
- vaccinazioni;
- erogazione di prestazioni di assistenza specialistica;
- taccuino personale dell'assistito;
- dati delle tessere per i portatori di impianto;
- lettera di invito per screening.

In particolare, si precisa che qualora la struttura sanitaria rilasci referti al cittadino intesi come *“relazione scritta rilasciata dal medico sullo stato clinico del paziente dopo un esame clinico o strumentale”*, essi dovranno obbligatoriamente essere inviati al FSE come referto di specialistica ambulatoriale.

In sintesi, si ribadisce la netta separazione temporale di tutte le citate misure:

1. Misure applicabili sull'ESERCIZIO 2025 (Efficacia Immediata):
 - Modifiche agli indicatori vigenti fissate nella tabella allegata;
 - Nuova suddivisione dei Centri in gruppi omogenei (ranking intra-classe) per le branche della Patologia Clinica e Radiodiagnostica;
 - Valutazione del FSE su base ancora qualitativa e con persistenza delle deroghe ex nota prot. n. 339789/2022.
2. Misure applicabili sull'ESERCIZIO 2026:
 - Proposte relative alla revisione degli indicatori A1 e B3 (all'esito del completamento del confronto con le Associazioni);
 - Passaggio a una valutazione del FSE su base quantitativa (all'esito del completamento del confronto con le Associazioni).

Le indicazioni della presente nota saranno recepite in un decreto dirigenziale e si applicheranno sui dati di attività consuntivi 2025 al fine di determinare – entro il 31 luglio 2026 – le variazioni dei tetti di spesa individuali per l'esercizio 2026.

A tal fine, entro il 10 luglio 2026, ciascuna AA.SS.LL. dovrà chiedere alle sue strutture ed acquisire le necessarie integrazioni / modifiche dei dati consuntivi di attività nell'esercizio 2025, secondo i criteri fissati nella presente comunicazione.

Il Direttore generale
Dott. Ugo TRAMA