Verbale Tavolo Tecnico Specialistica Ambulatoriale del 23 ottobre 2026.

In data 23/10/2026 si è riunito, a seguito di regolare convocazione avvenuta a mezzo pec in data 15/10/2026 (prot 0047647 del 15/10/2026) e successiva in data 16/10/2026, alle ore 11.00 circa, presso la sede della U.O.C. Accreditamento e Controllo della Spesa – Monterusciello-Pozzuoli (NA) - il Tavolo Tecnico della Specialistica Ambulatoriale con all'ordine del giorno la premialità anno 2025 – variazione dei tetti di spesa per l'esercizio 2026 e gli indicatori di premialità sui dati consuntivi 2025 ai sensi del DD. 256/2026.

Sono presenti le Associazioni di Categoria:

ASPAT – dr. Angelo Mazzeo;

AIOP e AISIC – dott.ssa Grazia Vesuviano;

SNR – dott.ssa Esposito Maria;

Confindustria Napoli – dott. Paolo Pezzella;

FEDERLAB – avv. Giovanni Filosa;

CONFESERCENTI SALUTE – dott. Alessandro Totaro;

ZOE' – dott.ssa Claudia Dello Iacovo;

FEDERCARDIO - dott. Leonardo Di Maggio;

ARCADE – dott. Capuano Giovanni.

Per la parte pubblica sono, invece, presenti: la dott.ssa Anna Buono, il dott. Claudio Cimmino, la dott.ssa Giannafranca Caso, il dott. Luigi Malfettone, la sig.ra Filomena Farro e la dott.ssa Claudia Tortorelli.

Si procede alla consegna delle stampe di rilevazione dei dati consuntivi 2025 alle Associazioni tutte già inviate anche a mezzo PEC in data 15/10/2026.

Il dott. Mazzeo chiede se per le Aggregazioni di Laboratori, per l'indicatore E.13 – Territorialità, sono stati richiesti i dati per gli spoke presenti sul territorio di altre ASL. La parte pubblica dichiara di aver tenuto conto solo degli spoke sul territorio della ASL di competenza.

Chiede poi come è stato valorizzato il punteggio dell'indicatore B.3 per i centri delle Branche a Visita che, nonostante la deroga dell'invio, abbia inviato al Fascicolo Sanitario Elettronico. La parte pubblica dichiara di aver applicato quanto previsto dal DD 256/2026.

Il dott. Totaro, per CONFESERCENTI SALUTE, chiede in merito alle strutture insistenti sul territorio interessato dal fenomeno del bradisismo sul distretto 35 se per l'indicatore E.13 è stata applicata una deroga. La parte pubblica dichiara di aver riportato la domanda ai

competenti Uffici Regionali che si sono pronunciati in maniera negativa, come da verbale allegato.

FEDERCARDIO, come già dichiarato al Tavolo Tecnico del 26/05/2026, chiede poi in prospettiva futura, anche a seguito delle risultanze della riunione regionale tenuta in data 20/05/2026, di poter istituire un Tavolo Tecnico tra tutte le ASL della Regione per poter stabilire un protocollo comune di attuazione dell'Allegato B alla D.G.R.C. 215/2022 e ss.mm.ii.

La parte pubblica si dichiara favorevole a tale proposta.

CONFESERCENTI SALUTE dichiara che una struttura loro associata ha avuto problematiche riguardanti l'invio del Fascicolo Sanitario Elettronico, per l'indicatore B.3 e specificatamente per le branche di Medicina Nucleare e Radiodiagnostica. La parte pubblica dichiara di accettare, in ultima istanza, la richiesta del centro per entrambe le branche succitate con successiva eventuale applicazione dei punteggi.

SNR e FEDERCARDIO dichiarano di non voler sottoscrivere il verbale.

Il dott. Mazzeo per ASPAT chiede di allegare al verbale la nota inviata a mezzo PEC, avente ad oggetto "*Tavolo Tecnico Regionale del 19-10-2026 (DGRC 540/2026)*". Inoltre, visto l'approssimarsi, previsto anche dalla DGRC 540/2026, della data della partenza delle Aggregazioni di Laboratorio ASPAT chiede alla ASL Napoli 2 Nord quali sono i meccanismi messi in piedi per la raccolta dei dati delle prestazioni private erogate dai Laboratori che non rinunciano alla fase analitica come da nota circolare Ministero della Salute n. 11669 del 2015 che si allega alla presente.

La parte pubblica dichiara di rimettere la questione agli organi regionali.

Non avendo null'altro da aggiungere, il Tavolo Tecnico si conclude alle ore 12:00 circa.

Letto, firmato e sottoscritto il presente verbale composto da n. 3 (tre) pagine.

Firmato per le Associazioni di Categoria presenti o per delega al Tavolo tecnico:

CONFESERCENTI SALUTE

AIOP

AISIC

FEDERLAB

CONFINDUSTRIA NAPOLI

ARCADE

ASPAT

ZOE

ASL NA 2 NORD

Firmato per la parte Pubblica:

la dott.ssa Anna Buono

il dott. Claudio Cimmino

la dott.ssa Giannafranca Caso

il dott. Luigi Malfettone

la sig.ra Filomena Farro

la dott.ssa Claudia Tortorelli

Associazione
Sanità
Privata
Accreditata
Territoriale

Prot. 13/CM
16 ottobre 2026

Da aspat@pec.it

Al Vice Capo Gabinetto Regione Campania
Dott. Domenico De Falco
capo.gab@pec.regione.campania.it
domenico.defalco@regione.campania.it

Al Presidente della Quinta Commissione Consiliare Permanente Sanità e Sicurezza Sociale
Dott.ssa Loredana Raia
raia.lor@pec.cr.campania.it

Al Direttore Generale Tutela della Salute e Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale
Dott. Ugo Trama
salute@pec.regione.campania.it

Al Dirigente della UOS Vigilanza contabile, gestione fondi europei e di coesione, patrimonio immobiliare del S.S.R.
Dott.ssa Mirella Piccolo
ssr.controllodigestione@pec.regione.campania.it
mirella.piccolo@regione.campania.it

p.c. **Ai Presidenti dei Tavoli Tecnici Paritetici Aziendali**
struttureaccreditate@pec.aslavellino.it
protocollo@pec.aslavellino.it
controllo.gestione@pec.aslbenevento.it
uoc.centriaccreditati@pec.aslcaserta.it
accreditati.specialistica@pec.aslna1centro.it
aslnapoli1centro@pec.aslna1centro.it
accreditamento@pec.aslnapoli2nord.it
assistenzaaccreditata@pec.aslsalerno.it

REGIONE CAMPANIA

Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale
Via Camillo Cucca, 102 – 80031 – Brusciano (NA)
P.IVA/C.F. 05964321219
Tel. 081. 0010299
www.aspatcampania.it
aspatinforma@gmail.com
aspat@pec.it

Associata a: Federazione Nazionale Sanità Privata Accreditata Territoriale

Aderente a: CONFIMPRESE ITALIA dal 1996 – Confederazione Sindacale Datoriale delle Micro, Piccole e Medie Imprese

Prot. 13/CM
16 ottobre 2026

OGGETTO: Tavolo Tecnico Regionale del 19 -10-2026 (DGRC 540/2026).

Gentilissimi,

per quanto riguarda la DGRC specificata in oggetto, l'ASPAT Campania chiede, se prima della stipula dei contratti la Regione o le AA.SS.LL abbiano fatto ricognizione sulle composizioni delle compagini societarie delle Strutture Accreditate, ai sensi del DCA 109 e ss.mm.ii.; chiede evidenza delle risultanze o eventualmente a che punto è questo processo.

inoltre, dichiara:

che, come, disposto nella pronuncia dell'adunanza plenaria del Consiglio di Stato del giorno 30 luglio 2026, l'apposizione della clausola di salvaguardia è legittima ma con la precisazione che, tuttavia, tale effetto preclusivo non si estende, ad esempio, su schemi contrattuali proposti con ritardo rispetto all'inizio dell'esercizio finanziario (come nel nostro caso odierno) o su Delibere rese a consuntivo che non erano conoscibili al momento della sottoscrizione.

Sicché, è necessario modificare il testo della clausola di salvaguardia perimetrandone l'effettiva portata in conformità alle prescrizioni conformative scaturenti dalla ricordata decisione dell'adunanza plenaria che, preliminarmente all'adozione degli schemi di contratto, occorre ancora intervenire sugli indicatori di premialità, in quanto come gia' fatto rilevare in tutti i tavoli di confronto regionali, il meccanismo, individuato nella Delibera 215-2022 allegato B e nel DD 256-2026, per la concorrenzialita' va modificato; sia nell'impostazione (premialita' e penalita'), sia sull'individuazione dei cosiddetti indicatori di performance, che in molti casi danno punteggi che sono attribuiti a monte e sui quali le strutture non hanno alcuna possibilita' di competere, concorrere o modificare onde migliorare la propria performance.

(ad esempio, numero di prestazioni ssn indicatore c8, che viene sancito direttamente dal contratto, e territorialita' indicatore e13).

Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale
Via Camillo Cucca, 102 – 80031 – Brusciano (NA)
P.IVA/C.F. 05964321219
Tel. 081. 0010299
www.aspatcampania.it
aspatinforma@gmail.com
aspat@pec.it

Associata a: Federazione Nazionale Sanità Privata Accreditata Territoriale
Aderente a: CONFIMPRESE ITALIA dal 1996 – Confederazione Sindacale Datoriale delle Micro, Piccole e Medie Imprese

Si aggiunge che, alla luce di tali considerazioni e dei tagli che le strutture di specialistica hanno gia' subito dal 2022 ad oggi (nel solo 2024 taglio del 7% del tetto assegnato nel 2022) sembra poi veramente immotivato ed eccessivo l'aumento della percentuale di spostamento del tetto previsto in ragione del 10% per il 2027 e del 20% per il 2028.

Considerando soprattutto che un tale taglio del tetto assegnato non è sopportabile per le strutture accreditate, perche' gia' nel solo biennio 2027-2028 eroderebbe completamente il margine operativo economico delle aziende colpite.

ASPAT registra tra i propri Associati generale malcontento relativo alla governance attuale dei processi in capo alla programmazione sanitaria, sia politica che meramente amministrativa, ed onde evitare certi contenziosi sulla vicenda, è pronta a formulare proposte alternative all'attuale meccanismo che non soddisfa criteri di concorrenza equi per tutte le strutture e che nei fatti provoca storture quali, incremento delle liste di attesa, poca attenzione ai territori e trasferimento di finanziamenti da una disciplina ad un'altra causando, con buona probabilita', il mancato raggiungimento dei lea storici. Altresì chiedendo un immediato confronto con le Associazioni di Categoria e, medio tempore, la sospensione dei provvedimenti richiamati in attesa delle necessarie integrazioni e modifiche a farsi.

Cordiali saluti.

Il Coordinatore ASPAT Campania
Macroarea Specialistica Ambulatoriale
Dott. Angelo Mazzeo

Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale
Via Camillo Cucca, 102 - 80031 - Brusciano (NA)
P.IVA/C.F. 05964321219
Tel. 081. 0010299
www.aspatcampania.it
aspatinforma@gmail.com
aspat@pec.it

Associata a:
Federazione Nazionale Sanità Privata Accreditata Territoriale

Aderente a:
CONFIMPRESE ITALIA dal 1996
Confederazione Sindacale Datoriale delle Micro, Piccole e Medie Imprese

NOTA ASPAT - Tavolo Tecnico Regionale del 19 -10-2026 (DGRC 540/2026).

Da **aspat@pec.it** <aspat@pec.it>

A **capo.gab@pec.regione.campania.it** <capo.gab@pec.regione.campania.it>, **domenico.defalco@regione.campania.it** <domenico.defalco@regione.campania.it>, **raia.lor@pec.cr.campania.it** <raia.lor@pec.cr.campania.it>, **salute@pec.regione.campania.it** <salute@pec.regione.campania.it>, **ssr.controllodigestione@pec.regione.campania.it** <ssr.controllodigestione@pec.regione.campania.it>, **mirella.piccolo@regione.campania.it** <mirella.piccolo@regione.campania.it>

Cc **struttureaccreditate@pec.aslavellino.it** <struttureaccreditate@pec.aslavellino.it>, **protocollo@pec.aslavellino.it** <protocollo@pec.aslavellino.it>, **controllo.gestione@pec.aslbenevento.it** <controllo.gestione@pec.aslbenevento.it>, **uoc.centriaccreditati@pec.aslcaserta.it** <uoc.centriaccreditati@pec.aslcaserta.it>, **accreditati.specialistica@pec.aslna1centro.it** <accreditati.specialistica@pec.aslna1centro.it>, **aslnapoli1centro@pec.aslna1centro.it** <aslnapoli1centro@pec.aslna1centro.it>, **accreditamento@pec.aslnapoli2nord.it** <accreditamento@pec.aslnapoli2nord.it>, **assistenzaaccreditata@pec.aslsalerno.it** <assistenzaaccreditata@pec.aslsalerno.it>, **monitoraggio.privatoaccreditato@pec.aslnapoli3sud.it** <monitoraggio.privatoaccreditato@pec.aslnapoli3sud.it>

Data sabato 17 ottobre 2026 - 16:11

Gentilissimi,
si prega di prendere visione della nota allegata specificata in oggetto e di considerarla come dichiarazione ASPAT da allegare al verbale dell incontro del 19 ottobre p.v.

Cordiali saluti.

Associazione
Sanità
Privata
Accreditata
Territoriale

Via Camillo Cucca, 102 - 80031 - Brusciano (NA) - Siamo QUI
Tel: 081/0010299 WhatsApp: 376/0548070
Pec: aspat@pec.it
Sito: www.aspatcampania.it

Nota _ASPAT_ prot.13_CM_2026.pdf

Circolare Ministero della Salute 16 aprile 2015, n. 11669 - **Riorganizzazione dei servizi di medicina di laboratorio nel Servizio sanitario nazionale** *(indirizzata ai direttori generali degli Assessorati alla Sanità delle Regioni e delle Province Autonome)*

Come è noto, la L. 27 dicembre 2006, n. 296 (Finanziaria 2007), all'art. 1, comma 796, definisce una serie di disposizioni per garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2007-2009, in attuazione dell'Intesa tra Stato e Regioni del 28 settembre 2006. Tra queste disposizioni alcune riguardano i laboratori di analisi. In particolare la lett. *o)* del citato comma prevede, tra l'altro, che "le Regioni provvedono entro il 28 febbraio 2007 ad approvare un piano di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio, al fine dell'adeguamento degli standard organizzativi e di personale coerenti con i processi di incremento dell'efficienza resi possibili dal ricorso a metodiche automatizzate".

L'attuazione della norma, tuttavia, ha innescato una riflessione ben più ampia sul sistema di offerta della diagnostica di laboratorio, che ha portato, nel 2009, alla stesura di "Linee di indirizzo per la riorganizzazione dei servizi di medicina di laboratorio nel Servizio sanitario nazionale", un documento metodologico condiviso con i referenti delle Regioni, il Ministero della salute, Agenas, il tavolo della Specialistica Ambulatoriale, le società scientifiche, con l'obiettivo di delineare i principi di riferimento per i processi di riorganizzazione collocando l'intervento sulla struttura dell'offerta della diagnostica di laboratorio nel contesto complessivo dell'organizzazione dei servizi sanitari.

Dall'anno 2009 anche il Comitato per la verifica dell'erogazione dei Lea ha inserito la riorganizzazione della rete laboratoristica tra gli adempimenti previsti per l'accesso alla quota premiale.

Successivamente quanto contenuto nelle linee di indirizzo del 2009 è stato trasposto nell'Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2011 (Rep. Atti n.61/CSR).

Ad oggi si registra un'applicazione della norma molto variabile a livello regionale e continuano a pervenire a questo Ministero numerose note da parte di associazioni datoriali di categoria che evidenziano difficoltà operative e modalità inique di attuazione di quanto previsto dall'Accordo sopra citato, in particolar modo nelle Regioni in Piano di Rientro.

Al fine di facilitare l'attuazione di quanto previsto dalla normativa si ritiene utile formulare di seguito alcune indicazioni rispetto all'implementazione delle reti laboratoristi che, sottolineando l'urgenza, per le Regioni che non lo abbiano ancora fatto, di disciplinare preliminarmente e tempestivamente i "service di laboratorio".

Meccanismi di aggregazione

Riferimenti dell'Accordo Stato-Regioni 23 marzo 2011:

"... Tutto questo si realizza solo attivando meccanismi di reale aggregazione fra strutture di laboratorio, volte non tanto alla sopravvivenza delle stesse, ma ad un reale progetto di miglioramento della qualità complessiva. Tradotto in termini pratici, questo significa che le modalità di aggregazione potranno prevedere la creazione, ad esempio, di cooperative, di strutture consortili oppure ATI, anche di tipo pubblico-privato, che divengano esclusivi interlocutori delle Regioni e che rientrino pertanto nei meccanismi di governo delle stesse, sostituendo e riducendo le singole strutture preaccreditate. Al fine di evitare concentrazioni e possibili posizioni dominanti, vanno vietate le aggregazioni che prevedano l'ingresso di soggetti economici diversi dalle strutture di laboratorio, quali ad esempio fornitori di reagenti, assicurazioni e società finanziarie. Vanno inoltre stabiliti i limiti agli ambiti territoriali delle aggregazioni, che non dovranno eccedere il territorio provinciale e/o regionale. Inoltre, al fine di evitare la formazione di Trust, le costituite aggregazioni non potranno detenere quote di partecipazione in altre aggregazioni presenti in tutto il territorio nazionale. Quindi, l'aggregazione non deve rappresentare un meccanismo formale di sopravvivenza, ma la reale riorganizzazione dell'offerta del privato in ambito di diagnostica di laboratorio".

Indicazioni:

Le aggregazioni di strutture di laboratorio sono previste quale forma organizzativa per il raggiungimento delle soglie di produttività stabilite nell'Accordo. Le Regioni disciplinano le forme di aggregazioni nel rispetto delle previsioni del codice civile e di eventuali ulteriori forme innovative previste da disposizioni legislative, in modo da prevedere che sia un unico soggetto l'esclusivo interlocutore della Regione, con responsabilità contrattuale e clinico-assistenziale.

Ogni singolo soggetto erogatore aggregato può mantenere la propria autonomia amministrativo-fiscale, di cui rimane responsabile, fatta salva la responsabilità in capo al soggetto aggregatore, unico interlocutore della regione, di vigilare sulla correttezza e trasparenza delle suddette attività amministrativo-fiscali.

Nell'ottica di un percorso finalizzato al consolidamento di una rete di diagnostica di laboratorio caratterizzata dai requisiti di efficienza, economicità e qualità, fermi restando i criteri individuati dall'Accordo e dalla normativa vigente, si suggerisce alle Regioni di disciplinare le modalità di aggregazione tenendo conto dei seguenti aspetti:

- durata minima delle aggregazioni;

- modalità di composizione e funzione dei singoli componenti del soggetto aggregato (es. punti prelievo, laboratorio di analisi).

Soglia minima di attività

Riferimenti dell'Accordo 23 marzo 2011:

"... Nei criteri di accreditamento dovrà essere prevista una soglia minima di attività, al di sotto della quale non si può riconoscere l'idoneità al riconoscimento di produttore accreditato e a contratto. La soglia minima proposta come riferimento è di un volume di attività di 200.000 esami di laboratorio complessivamente erogati/anno, prodotti in sede e non tramite service.

Considerazioni diverse e più articolate andranno previste per i laboratori specialistici (ad esempio nei settori della microbiologia, dell'anatomia patologica, della genetica medica). Tale soglia minima dovrà essere raggiunta in tre anni di attività, partendo da un volume minimo di 100.000 esami di laboratorio complessivamente erogati/anno. Alla soglia minima di attività dovrà corrispondere un valore economico della produzione pari al numeri esami di laboratorio/anno moltiplicato il costo medio del mix di prestazioni erogate dai laboratori con la stessa configurazione".

Indicazioni:

La soglia minima di attività, prevista come riferimento, costituisce requisito per i soggetti a contratto (singoli o associati) in quanto rappresenta elemento necessario per la garanzia di efficienza, economicità, nonché per elevati standard di qualità nell'offerta assistenziale di cui trattasi.

La procedura di contrattualizzazione avviene sulla base del fabbisogno e, non necessariamente, per l'intero volume prestazionale erogabile dalla struttura.

Per le strutture già accreditate definitivamente e a contratto, eventualmente per volumi prestazionali inferiori, la soglia minima di attività prevista rappresenta un vincolo da raggiungere nei termini previsti dalla programmazione sanitaria regionale.

Le aggregazioni devono essere formate da soggetti già in possesso di accreditamento definitivo e, pertanto, il nuovo soggetto aggregato non necessita di ulteriore accreditamento.

Per la determinazione della soglia si devono considerare sia le prestazioni a carico del Ssn che le prestazioni non a carico del Ssn, prodotte in sede. I dati delle prestazioni a carico del Ssn sono desumibili dal flusso informativo ex art. 50 della L. 326/2003. Per quanto riguarda le restanti prestazioni le Regioni devono individuare metodologie che si basino su criteri oggettivi e misurabili al fine di acquisire i dati necessari.

Esecuzione di esami di laboratorio presso altre strutture

Riferimenti dell'Accordo Stato-Regioni 23 marzo 2011:

Per rendere possibile questo progetto di aggregazione, è necessario che le singole Regioni normino il sistema del "service di laboratorio" fra strutture operanti nella rete, ossia la possibilità per le strutture di laboratorio di poter utilizzare altre strutture per esami che, per numerosità, complessità e/o necessità di strumentazione e personale molto qualificato, vanno consolidati all'interno di poche realtà. Lo scambio di campioni biologici, a livello regionale e fra soggetti accreditati, ha il valore di soddisfare l'utenza e preservare, nel contempo, la qualità del servizio. Per alcuni esami specialistici, le Regioni potranno consentire "service" verso strutture altamente qualificate, al fine di garantire la qualità complessiva del servizio, incluso il counseling interpretativo. Vi è da rilevare che in molte realtà questa tipologia di service esiste nei fatti, anche al di fuori di un contesto normativo che, viceversa, è assolutamente indispensabile per coniugare efficienza a qualità e a sicurezza per l'utente. Nella normativa sul service vanno inseriti requisiti di tutela delle modalità di trasporto e consegna dei campioni, della possibilità di identificazione per l'utente finale della struttura che ha eseguito l'esame (per esempio, per richieste e approfondimenti in tema di interpretazione dei risultati), di corretti meccanismi di contabilizzazione delle prestazioni erogate e di rapporti trasparenti con il sistema sanitario regionale. Va, inoltre, prevista la possibilità di utilizzare il "service di laboratorio " solo tra strutture di laboratorio autonome accreditate ovvero in possesso della stessa configurazione organizzativa prevista dal D.P.R. 14 gennaio 1997, nella considerazione che i laboratori di analisi possano accettare solo ed unicamente richieste per le prestazioni compatibili con il decreto di autorizzazione sindacale posseduto, ovvero sussistendo i requisiti organizzativi che consentono l'esecuzione delle prestazioni richieste presso i settori specializzati annessi".

Indicazioni:

In considerazione del ritardo acquisito in molte realtà regionali in materia di regolamentazione del cosiddetto "service" e della necessità di tale normativa per il governo-trasparente delle forme di aggregazione, si sollecita l'adozione di specifiche norme al riguardo, tenendo in considerazione che i laboratori accreditati, aggregati o meno, possono inviare campioni "in service" solo ad altre strutture accreditate pubbliche o private, aggregate o meno, mentre i laboratori autorizzati, sia a laboratori autorizzati che accreditati pubblici o privati, aggregati o meno. In ogni caso, sia per il soggetto

unico erogatore che per le aggregazioni, i contratti relativi al trasferimento dell'esecuzione di esami tra strutture devono essere resi noti e depositati presso la Asl/Regione contraente.

Nel definire la disciplina in materia si suggerisce alla Regione di tener conto delle seguenti indicazioni:

- chiara definizione di attori, procedure e responsabilità anche medico legali del Service di laboratorio;
- qualità, efficacia, sicurezza ed efficienza del sistema di trasferimento della esecuzione di esami;
- certificata tracciabilità del campione per l'intero processo anche per finalità di natura contabile;
- identificazione per l'utente finale della struttura pubblica o privata che ha eseguito l'esame;
- definizione delle tipologie di prestazioni delocalizzabili;
- specifico monitoraggio delle strutture che effettuano esami trasferiti da altre strutture.

Giunta Regionale della Campania
Direzione Generale per la Tutela della Salute e
il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale
Settore Controllo di Gestione SSR
UOS Vigilanza Contabile

Ai Direttori Generali delle ASL

Ai Referenti aziendali dei tetti di spesa della specialistica ambulatoriale

Al Direttore del Monitoraggio SSR – So.Re.Sa. S.p.A.

Al Referente della Specialistica ambulatoriale So.Re.Sa. S.p.A.

Oggetto: trasmissione verbale riunione del 5 ottobre 2026 (tetti di spesa definitivi 2025, indicatori di premialità/penalità e tetti provvisori 2026).

Facendo seguito all'incontro tenutosi in data 5 ottobre 2026, si trasmette in allegato, il verbale della riunione avente ad oggetto la definizione dei tetti di spesa definitivi per l'anno 2025, gli indicatori di premialità/penalità e l'assegnazione dei tetti provvisori per l'anno 2026 relativi alla specialistica ambulatoriale.

Il Dirigente UOS Vigilanza Contabile
Dott.ssa Mirella Piccolo

Dirigente
MIRELLA
PICCOLO
REGIONE
CAMPANIA
19.10.2026
13:31:54
GMT+02:00

Il Dirigente del Settore Controllo di Gestione
Dott. Gaetano Patrone

Dirigente
GAETANO
PATRONE
REGIONE
CAMPANIA
19.10.2026
15:04:36
GMT+02:00

Il Direttore Generale
Dott. Ugo TRAMA

UGO
TRAMA
REGIONE
CAMPANIA
Dirigente
19.10.2026
16:07:40
GMT+02:00

VERBALE

Il giorno 05 ottobre 2026 si sono incontrati presso la sede della Regione Campania, Centro Direzionale di Napoli, Isola C3, piano 11 alle ore 09.00:

- per gli Uffici Regionali: la Dirigente UOS Vigilanza Contabile Dr.ssa Mirella Piccolo;
- per le Aziende Sanitarie Locali: i referenti aziendali dei tetti di spesa per la specialistica ambulatoriale delle Asl come da all'allegato foglio firme di presenza;
- per Soresa l'Ing. Vito Salerno;
- i componenti del gruppo di lavoro: Dott. Antonio Tufano, Dott. Gennaro Capone.

L'incontro è stato convocato dal Direttore Generale per la Tutela della Salute con nota del 02/10/2026, prot.n.0813168/2026, ed ha per oggetto "convocazione riunione in merito alla specialistica ambulatoriale (tetti di spesa definitivi 2025, indicatori di premialità/penalità e tetti provvisori 2026)".

La Dirigente UOS Vigilanza Contabile Dr.ssa Mirella Piccolo introduce i lavori precisando che l'obiettivo dell'incontro è quello di verificare l'omogeneità di applicazione all'interno delle aziende dell'applicazione pratica degli indicatori di premialità/penalità.

La parola viene lasciata ai referenti aziendali per un confronto sui vari indicatori e relative modalità di applicazione.

Dopo confronto e dibattito tra i presenti si è addivenuti alle seguenti conclusioni sintetizzate con riferimento ad ogni specifico indicatore:

A1- Tecnologia- si condivide che la data da prendere in considerazione per il conteggio della vetustà delle apparecchiature è la data di collaudo della stessa. Conseguentemente tutte le attrezzature collaudate fino alla data del 15/12/2015 sono da considerarsi oltre 10 anni mentre le attrezzature collaudate dal 16/12/2015 sono considerate nella fascia di vetustà 0-10.

Inoltre relativamente alla modifica delle fasce di vetustà, si precisa che oltre i 10 anni di vetustà il macchinario è da considerarsi *desueto.*

Per le attrezzature rigenerate, attesa che la proposta regionale è stata mandata alle Associazioni di categoria e che, a breve, ci sarà un incontro, le ASL prenderanno come riferimento la data di rinnovamento/agg.to a partire dalla definizione degli indicatori di premialità dell'esercizio 2026.

B3: Informatizzazione: i referenti delle Asl riferiscono che procedono con estrazione del dato oppure con autocertificazione da parte dei Centri. Di comune accordo si individua come procedura da adottare l'estrazione del dato senza alcuna soglia essendo indicatore qualitativo.

C4: dal confronto tra le singole AASSLL si evince che non vi è nessuna criticità applicativa per tale indicatore, altresì si precisa che l'unica attenzione da porre nel calcolo dell'indicatore da parte di Asl Na 3 Sud, Asl Benevento e Asl Avellino è relativa alla presenza in seno ai centri con meno di 5 operatori di soli liberi professionisti.

C5-C6: non si eccepiscono problematiche applicative.

C7: la produzione netta annua extratetto viene considerata al netto degli abbattimenti e prima del calcolo dell'eventuale 10% ovvero sulla produzione netta liquidabile.

C8: l'Asl Salerno eccepisce la criticità relativamente ai centri (laboratori) che hanno effettuato prestazioni soltanto per un arco di tempo limitato e non per tutto l'esercizio, pertanto la stessa Asl chiede di fornire chiarimenti in merito al calcolo di tale indicatore. Si conviene che il punteggio vada assegnato in proporzione al rateo annuo su indicazione dell'Ing. Salerno.

C9: le aziende convergono, unanimemente, nel considerare quale unico criterio applicabile l'estrazione dal File C.

D10: le aziende convergono, unanimemente, nel considerare quale unico criterio applicabile l'estrazione dal File C. L'asl Avellino specifica che nei casi in cui non è specificata sulla ricetta trasmessa la classe di priorità, la stessa è da considerarsi come P.

L'ASL DI AVELLINO, di conseguenza, è tenuta ad uniformarsi

D12: tutte le aziende convergono che nel calcolare tale indicatore per la branca di Patologia Clinica vanno tenute presenti le sole prestazioni "non allegato 3".

E13: tutte le aziende convergono nell'applicarlo tenendo presente le indicazioni del DD n.256 del 24/07/2026 con il quale si ridefinisce in modo descrittivo i criteri dell'indicatori E13 (collocazione territoriale/zone disagiate) stabilendo l'esclusività dei comuni insulari.

A riguardo l'Asl Napoli 2 Nord, chiede se per i centri siti nel comune di Pozzuoli, a seguito del fenomeno del bradisismo, gli stessi possano considerarsi ubicati in zona disagiata.

Tale ipotesi non è contemplata.

Infine, relativamente alla branca della dialisi l'Asl Napoli 1 Centro l'ASL Napoli 3 sud asseriscono di non applicare gli indicatori di premialità. Anche l'ASL Salerno, in continuità con quanto concordato con il Tavolo Tecnico della specialistica, anno 2024 non ha applicato le premialità per tale branca.

La dott.ssa Piccolo rappresenta come dagli atti di programmazione regionale, non sia prevista alcuna esclusione.

L'incontro si conclude alle ore 11.15

Letto, confermato e sottoscritto

TAVOLO TECNICO 23.10.2026

ASSOCIAZIONE DI CATEGORIA	RAPPRESENTANTE/DELEGATO	FIRMA
ASPIA	ANGELO MAZZEO	
INR	ESPOSITO MARIA	
FEDERLAB	GIOVANNI FILOSA	
FEDERCARDIO	LEONARDO DI MEGLIO	
CONFESERCENTI SALUTE	ALESSANDRO TOSTO	
ARCAIDE	GIOVANNI CAPUANO	
AIOP	GRAZIA VESUVIANO	
AISLE	GRAZIA VESUVIANO	
CONFINDUSTRIA NAPOLI	PAOLO PERRELLA	
CO.E SPEC. AMB	CLAUDIA DELCOLLE	