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 (R*anking 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.*