

1. Quadro delle risorse disponibili

Il quadro finanziario di riferimento per la programmazione dei limiti di spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale si inserisce nel perimetro normativo definito dalle leggi di bilancio in materia di acquisti di prestazioni sanitarie dalle strutture private accreditate (cd. *Spending Review*).

In particolare,

- L'art. 1, comma 233, della Legge 30 dicembre 2023, n. 213, ha stabilito che *"il limite di spesa indicato all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, è rideterminato nel valore della spesa consuntivata nell'anno 2011 incrementata di 1 punto percentuale per l'anno 2024, di 3 punti percentuali per l'anno 2025 e di 4 punti percentuali a decorrere dall'anno 2026, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario regionale"*;
- L'art. 1 della Legge 30 dicembre 2024, n. 207, al comma 277 ha stabilito che: *"Il limite di spesa di cui all'articolo 1, comma 233, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, è ulteriormente incrementato di 0,5 punti percentuali per l'anno 2025 e di 1 punto percentuale a decorrere dall'anno 2026"*; e al comma 279 che: *"il limite di spesa di cui al comma 277 del presente articolo è ulteriormente incrementato di 0,5 punti percentuali a decorrere dall'anno 2026 al fine di acquisire prestazioni ospedaliere afferenti ai reparti ospedalieri di medicina generale, di recupero e riabilitazione funzionale e di assistenza ai lungodegenti, dando priorità alle strutture immediatamente disponibili e in grado di assicurare maggiore ricettività nel singolo plesso"*;
- L'art. 1, comma 400, della Legge 30 dicembre 2025, n. 199 (Legge Finanziaria per l'esercizio 2026), ha disposto che: *"Il limite di spesa di cui all'articolo 1, comma 233, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, come da ultimo rideterminato dall'articolo 1, commi 277 e 279, della legge 30 dicembre 2024, n. 207, è ulteriormente incrementato di 1 punto percentuale a decorrere dall'anno 2026"*.

Gli incrementi percentuali sopra richiamati, stabiliti dalle leggi di bilancio per il triennio 2024 – 2026, con gli ulteriori margini consentiti dall'art. 15, comma 14, del D.L. n. 95/2012 e s.m.i.: budget strutture private accreditate rimaste inoperative nel 2011 per situazioni di insolvenza; incentivazione DRG di Alta Specialità; ricoveri presso gli IRCCS privati di pazienti di altre regioni, consentono di rimodulare i limiti di spesa nel rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio Sanitario Regionale, stabilendo il seguente quadro finanziario, nel quale si inseriscono i provvedimenti già approvati dalla Giunta regionale per l'esercizio corrente:

- DGRC n. 461 del 6 agosto 2026, per le prestazioni di radioterapia erogate dalle strutture private accreditate;
- DGRC n. 519 e n. 520 del 30 settembre 2026 in materia di limiti di spesa e tariffe della ospedalità privata;
- DGRC n. 521 del 30 settembre 2026 per le prestazioni di dialisi ambulatoriale erogate dalle strutture private accreditate;

Allegato A – Relazione Tecnica

Quadro limiti DL 95/2012 e s.m.i.	Spesa 2011	2025 (assegnazione definitiva)	2026	variaz 2026 vs. 2025
BASE LIMITE SPENDING = CONSUNTIVO 2011	1.362.669.409	1.362.669.409	1.362.669.409	
Riattivazione PL case di cura insolventi		14.417.870	14.417.870	
Incentivo Alta Specialità case di cura private		75.000.000	85.000.000	10.000.000
Inc.vo Alta Specialità OO.RR. e IRCCS extra reg.		10.000.000	10.000.000	
Incremento limite su cons. 2011 (1%, 3,5%, 6,5%)		47.897.829	90.220.324	42.322.495
LIMITE di SPESA MASSIMA consentita		1.509.985.109	1.562.307.603	52.322.495
INTEGRAZIONI per "LISTE di ATTESA":				
FSR indistinto finalizzato		0	0	0
Economie sui tetti di spesa 2020 a nuovo		3.000.000	3.000.000	0
Economie fondi COVID rifinalizzabili		20.050.361	0	-20.050.361
TOTALE integrazioni PORLA (*)		23.050.361	3.000.000	-20.050.361
TOTALE limiti DL 95/2012 e s.m.i.		1.533.035.470	1.565.307.603	32.272.134

LIMITI MASSIMI di Spesa, comprensivi delle deroghe, delle integrazioni e degli acc.ti vincolati

Ospedali Classificati e IRCCS Maugeri	170.098.679	178.368.200	178.368.200	0
Case di cura private (DGRC n. 519/2026)	650.607.440	756.112.145	777.125.858	21.013.713
Specialistica: Radioterapia (DGRC n. 461/2026)	9.206.249	44.971.000	44.971.000	0
Specialistica: Dialisi (DGRC n. 521/2026)	124.715.614	138.476.050	143.345.574	4.869.524
Specialistica: altre branche, compresi acc.ti	408.041.426	414.016.540	421.000.000	6.983.460
Acc.ti per Fondo Oneri entro Spending		1.091.535	496.972	-594.563
TOTALE LIMITI di SPESA	1.362.669.409	1.533.035.470	1.565.307.603	32.272.134

(*) in base alla legge 30 dicembre 2025, n. 199, art. 1, comma 937, e al consuntivo 2025 degli Ospedali Classificati e dell'IRCCS Maugeri di Telese Terme (BN)

2. Tetti di spesa definitivi 2025

Sulla base della programmazione per l'esercizio 2025, definita dai seguenti provvedimenti: DGRC n. 757 del 27.10.2024, n. 80 del 24.02.2025, n. 175 del 02.04.2025, n. 694 del 08.10.2025, n. 741 del 22.10.2025 e n. 755 del 04.11.2025, tenuto conto del consolidamento dei flussi di attività e delle risorse finanziarie effettivamente consuntivate, con Decreti del Direttore Generale per la Tutela della Salute n° 215 del 26.06.2026 e n° 316 del 30.09.2026 la Regione ha preso e dato atto dei tetti di spesa definitivi per l'esercizio 2025, comprensivi delle modifiche effettuate da ciascuna ASL in attuazione delle suddette delibere.

Tali provvedimenti hanno fissato i volumi e le risorse riconosciute alle singole strutture private accreditate per l'anno 2025, sulla base delle risultanze delle attività condotte dalle ASL territorialmente competenti in ordine all'applicazione dei criteri di premialità/penalità derivanti dagli indicatori di performance introdotti dalla DGRC 215/2022 e s.m.i., e tenuto conto di situazioni particolari, nuovi accreditamenti e delle modifiche ai tetti individuali apportate dalle singole ASL in

applicazione dei vigenti atti di programmazione regionale (per effetto di aggregazioni dei laboratori di analisi, passaggi di classe per i centri di radiologia, ecc.).

3. Criteri per la determinazione dei tetti di spesa 2026

La determinazione dei tetti di spesa per l'esercizio 2026 si fonda sull'architettura metodologica originariamente tracciata dalla DGRC n. 215/2022 (e relativo Allegato B) e ss.mm.ii. nonché dai successivi decreti dirigenziali attuativi emanati dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute.

In particolare, il sistema di valorizzazione della qualità e delle performance si avvale degli indirizzi interpretativi e operativi definiti dai provvedimenti successivi, culminati nel Decreto Dirigenziale del Direttore Generale per la Tutela della Salute n° 256 del 24.07.2026, che ha apportato diversi aggiornamenti alle modalità di applicazione degli Indicatori di Performance introdotti dalla DGRC n. 215/2022 e s.m.i.

Si rammenta che la DGRC n. 757/2024 ha fissato al +/- 5% la percentuale di incremento o di decremento, conseguente alla valutazione degli INDICATORI di PERFORMANCE a decorrere dal tetto di spesa 2025 (che tiene conto della valutazione della performance realizzata nel 2024). A decorrere dal conteggio dei tetti provvisori per l'esercizio 2027 (su base consuntivo 2026), la quota di premialità/penalità annuale introdotta sarà incrementata al +/- 10%, per poi passare nell'esercizio successivo al +/- 20%, premiando i centri più virtuosi in termini di qualità assistenziale e aderenza agli standard regionali.

Le variazioni in aumento o in diminuzione (premialità e penalizzazioni), legate al raggiungimento o meno degli obiettivi di performance, si applicano sul tetto di spesa definitivo dell'anno precedente. A tal fine, si precisa che, come per gli anni scorsi, gli importi da recepire ed inserire nei contratti con le strutture accreditate sono quelli oggetto delle apposite delibere dei Direttori Generali delle ASL, immediatamente esecutive, con riserva di presa d'atto e ratifica (o modifica) da parte della Regione. Conseguentemente, i limiti di spesa individuali "di struttura" per l'esercizio 2026 saranno fissati da ciascuna ASL con apposite delibere del Direttore Generale (da approvarsi entro dieci giorni dalla notifica della presente delibera, se non già adottate), secondo i seguenti principi:

- 1) Conferma del tetto di spesa definitivo 2025, maggiorato o ridotto della variazione del +/- 5% spettante per l'esercizio 2026 in base all'applicazione degli indicatori di Performance relativi all'attività svolta nel 2025;
- 2) Variazioni a somma zero fra i tetti di spesa individuali dei Laboratori di Analisi per i quali sono intervenute nuove aggregazioni e/o modifiche delle aggregazioni preesistenti, all'interno della stessa ASL e/o tra ASL diverse;
- 3) Considerazioni di situazioni particolari, nuovi accreditamenti ed implementazioni tecnologiche, con i criteri già fissati per l'esercizio 2025 dalle DGRC n. 757/2024, n. 80 e n. 175/2025; criteri che si intendono confermati anche per l'esercizio 2026.

Si precisa, inoltre, che i limiti di spesa individuali "di struttura" fissati per l'anno 2026 costituiscono ed assumono validità anche come tetti di spesa provvisori per l'esercizio 2027, nelle more della valutazione della performance e delle successive determinazioni basate sul consuntivo 2026.

4. Risorse per le prestazioni critiche

In sede di determinazione dei tetti di spesa definitivi per l'esercizio 2026, al fine di dare piena attuazione alle strategie di abbattimento delle liste di attesa e di colmare i divari di accessibilità evidenziati dal monitoraggio della specialistica ambulatoriale effettuato dalla So.Re.Sa. S.p.A., la Regione prevede lo stanziamento e l'attribuzione di risorse dedicate pari ad euro 6.000.000.

Tali risorse sono finalizzate specificamente ad integrare l'offerta prestazionale nelle aree di maggiore criticità assistenziale, sulla base dei seguenti parametri:

- monitoraggio della Piattaforma Nazionale delle Liste di Attesa;
- prestazioni sentinella, senza esclusione di altre prestazioni LEA che risultino critiche;
- analisi delle priorità sulla base di evidenze concrete, quali i tempi di attesa e la mobilità verso l'esterno (altre ASL e altre Regioni);

dando atto che tale modalità selettiva costituisce una prima applicazione per l'anno 2026 in ragione della prossima chiusura dell'esercizio, destinata a diventare l'approccio ordinario nelle future programmazioni.

Il riparto di tali risorse è effettuato secondo il criterio della quota capitaria, in proporzione alla popolazione residente al 01.01.2026 (fonte ISTAT), per garantire un'equa distribuzione territoriale delle risorse commisurata all'effettivo fabbisogno potenziale espresso dalla cittadinanza, con vincolo di destinazione interna.

Tali risorse saranno assegnate dalle ASL mediante specifici atti di adeguamento dei contratti ex art. 8-quinquies del D.Lgs. n. 502/1992, prevedendo slot dedicati all'interno del CUP regionale e sterilizzando tali volumi rispetto ai normali tetti ordinari, in modo da garantire una risposta tempestiva ai bisogni di salute.

Tabella di Riparto Risorse 2026 per ASL

Fonte: ISTAT popolazione residente

ENTE	Popolazione al 01.01.2026	Quota Capitaria	IMPORTO ATTRIBUITO
ASL Avellino	393.093	7,06%	423.500 €
ASL Benevento	257.968	4,63%	277.900 €
ASL Caserta	909.493	16,33%	979.900 €
ASL Napoli 1 Centro	918.501	16,49%	989.600 €
ASL Napoli 2 Nord	1.013.419	18,20%	1.091.900 €
ASL Napoli 3 Sud	1.022.927	18,37%	1.102.200 €
ASL Salerno	1.053.302	18,91%	1.135.000 €
Campania	5.568.703	100,00%	6.000.000 €

Eventuali residui di tali risorse, non utilizzati dalle ASL per la specifica destinazione prevista nel presente paragrafo, si aggiungeranno agli accantonamenti già riservati per dare copertura alle integrazioni entro il 10% dei limiti individuali di spesa, nonché per situazioni particolari e nuovi accreditamenti.

Le risorse complessive, assegnate per dare copertura ai limiti di spesa dell'assistenza specialistica ambulatoriale per l'esercizio 2026, sulla base dei tetti di spesa definitivi 2025 ed escluse le branche della dialisi e della radioterapia (oggetto di separati provvedimenti) sono, quindi, individuate nella tabella esposta nell'Allegato n. 1 alla presente delibera in euro 421.000.000.

All'interno di tale limite complessivo, sono espressamente fatte salve le variazioni che le ASL apporteranno, applicando i criteri richiamati nei paragrafi precedenti, di cui la Direzione Generale per la Tutela della Salute prenderà atto con successivi appositi decreti.

5. Riorganizzazione e rete dei laboratori privati (Patologia Clinica): soglia minima di efficienza e termine perentorio al 31 dicembre 2026

In coerenza con i provvedimenti regionali e nazionali in materia di riorganizzazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale, si ribadiscono le disposizioni stabilite – da ultimo – dalle DGRC n. 423 del 26.06.2025 e n. 336 del 30.06.2026.

In particolare, viene ribadita la vigenza del criterio della soglia minima di efficienza fissata a 200.000 prestazioni annue (computando complessivamente l'attività resa in regime di Servizio Sanitario Nazionale e quella in regime privatistico, ad esclusione dei soli prelievi). Tale parametro costituisce il requisito essenziale di idoneità organizzativa e qualitativa per il riconoscimento del laboratorio quale produttore accreditato.

A tal fine, i laboratori che non raggiungono autonomamente tale volume di attività sono obbligati a perfezionare i percorsi di aggregazione strutturale e funzionale previsti dalle disposizioni regionali.

Pertanto, i centri che, alla data del 31 dicembre 2026, non avranno completato e formalizzato il processo di aggregazione per il raggiungimento della soglia minima prevista non potranno sottoscrivere il contratto con il SSR per l'annualità 2027 con gli adempimenti consequenziali in merito al disaccredimento delle strutture laboratoristiche prive del requisito di efficienza.

6. Disposizioni Specifiche per la Diagnostica per Immagini e Passaggi di Fascia dei Centri di RX

Ai fini della determinazione dei limiti di spesa, si confermano espressamente anche per l'esercizio 2026 le specifiche disposizioni di cui al paragrafo 7 dell'Allegato A – Relazione Tecnica alla DGRC n. 757/2024, riguardo alla branca della Radiologia. Si ricorda che i centri privati accreditati sono suddivisi in quattro classi:

Classe A: Radiologia tradizionale di base ed ecografia.

Classe B: Radiologia tradizionale di base, ecografia e TAC.

Classe C: Radiologia tradizionale, ecografia, TAC e RMN ≤ 1 tesla.

Classe D: Radiologia tradizionale, ecografia, TAC e RMN > 1 tesla.

A fronte dell'attivazione di apparecchiature di Risonanza Magnetica di elevata qualità e potenza (RM Total Body con intensità del campo magnetico > 1 Tesla) e del conseguente passaggio dei centri a

Allegato A – Relazione Tecnica

una classe superiore (e in particolare alla Classe D), si riconosce che tali implementazioni tecnologiche comportano un significativo incremento dei costi fissi (ammortamento o leasing), del valore medio prestazionale e del fatturato.

Pertanto, in conformità agli indirizzi regionali, per tali casi si conferma che, in aggiunta ai criteri generali fissati dalla DGRC n. 215/2022 e s.m.i, si applica (su base mensile, in relazione alla effettiva decorrenza della implementazione) un incremento annuo del tetto di spesa del 5% con un incremento annuo minimo forfetario non inferiore a:

Euro 50.000 per il passaggio dalla Classe B alla Classe C;
Euro 100.000 per il passaggio dalla Classe C alla Classe D;
Euro 120.000 per il passaggio dalla Classe B alla Classe D.

Le ASL competenti potranno disporre con apposita delibera del Direttore Generale i conseguenti adeguamenti dei tetti di spesa a seguito dell'effettiva attivazione e collaudo delle nuove apparecchiature radiologiche.