

Deliberazione N. 520AssessorePresidente Roberto FICO

SPL	SSL	STL
204	05	03

Regione Campania

GIUNTA REGIONALE

SEDUTA DEL 30/09/2026

PROCESSO VERBALE

Oggetto:

Recepimento del Decreto Ministeriale 12 maggio 2026 concernente la "Quantificazione delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di riabilitazione ospedaliera e lungodegenza post acuzie" e determinazione delle tariffe applicabili alle strutture pubbliche e private accreditate della Regione Campania.

1)	Presidente	Roberto	FICO	Presidente
2)	Vicepresidente	Mario	CASILLO	
3)	Assessore	Fulvio	BONAVITACOLA	
4)	Assessore	Vincenzo	CUOMO	
5)	Assessore	Onofrio Giustino Angelo	CUTAIA	
6)	Assessore	Vincenzo	MARAIIO	
7)	Assessore	Andrea	MORNIROLI	
8)	Assessore	Claudia	PECORARO	
9)	Assessore	Angelica	SAGGESE	
10)	Assessore	Maria Carmela	SERLUCA	
11)	Assessore	Fiorella	ZABATTA	Assente
	Segretario	Mauro	FERRARA	

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dalla Direzione Generale e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità della stessa resa dal Direttore a mezzo di sottoscrizione della presente

PREMESSO CHE:

- a. l'art. 8-sexies, commi 5 e 6, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ha disciplinato le modalità ed i criteri per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni sanitarie;
- b. con decreto del Commissario ad Acta n. 66 del 19.06.2012, a seguito dell'accordo sottoscritto in data 10 maggio 2012 tra il Sub Commissario ad acta e le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative delle case di cura private, è stato stabilito che, a decorrere dal 1° gennaio 2012, alle case di cura private si applicavano per il codice disciplina 56 il 96% della tariffa ministeriale;
- c. l'art. 15 comma 15 del Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012 n.135, in deroga alla procedura prevista dall'art. 8 sexies, comma 5 del D. lgs 502/92, stabilisce che il Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle Finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, determina con proprio decreto le tariffe massime che le regioni e le province autonome possono corrispondere alle strutture accreditate per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del S.S.N.;
- d. il Decreto del Ministero della Salute del 18 ottobre 2012, rubricato *"Remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza medica post-acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale"*, nel dare attuazione alle disposizioni di cui al citato Decreto Legge n. 95 del 2012, ha determinato le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, di assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza medica post acuzie;
- e. il decreto del Commissario ad Acta n. 32 del 27 marzo 2013:
 - e.1 ha recepito il decreto emanato il 18 ottobre 2012 dal Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, rubricato: *"Remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale"* (pubblicato in GU n. 23 del 28/1/2013);
 - e.2 ha stabilito, tra l'altro, il rinvio a successivi provvedimenti dell'aggiornamento delle tariffe per i ricoveri dei pazienti in post-acuzie nei reparti con codici ospedalieri disciplina 28 Unità spinale e disciplina 75 Neuro riabilitazione, e nelle more ha confermato il vigente regime tariffario;
 - e.3 ha fissato le tariffe della lungodegenza post-acuzie nella misura di € 154,00 per il settore pubblico e di € 146,30 per le case di cura private, pari rispettivamente al 100% ed al 95% di quella massima ministeriale, con l'abbattimento del 40% per le giornate oltre soglia;
 - e.4 ha stabilito che per i ricoveri post-acute di riabilitazione ospedaliera, codice 56, la tariffa per le strutture pubbliche e gli IRCCS di diritto privato è pari al 100% della tariffa massima ministeriale;
- f. con decreto del Commissario ad Acta n. 14 del 16.02.2015 si è stabilito per l'IRCCS Maugeri di Telese (BN) che, a decorrere dal 1° gennaio 2013, i ricoveri nelle discipline di cui ai codici ospedalieri 28 Unità spinale e 75 Neuro riabilitazione, sono remunerati con il 90% (*novanta per cento*) della tariffa massima nazionale, approvata dal DM 18/10/2012 confermando per l' IRCCS Maugeri di Telese (BN) l'applicazione del 100% della tariffa massima nazionale per i ricoveri di riabilitazione ospedaliera (codice 56) e per i ricoveri di pazienti in stato vegetativo o in stato di minima coscienza (cd cod.56.99);
- g. la DGRC n. 621/2020, all'allegato C, sulla base della ricognizione delle tariffe di ricovero ospedaliero vigenti in Campania, ha stabilito di procedere alla unificazione della fascia tariffaria minima applicata ai ricoveri per acuti erogati dalle strutture ospedaliere private, portandola al 90% della tariffa massima nazionale;
- h. il D.M. 5 agosto 2021 ha definito i criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera prevedendo, tra l'altro:
 - h.1 per la disciplina codice 56, tre differenti livelli di complessità in regime di ricovero (codice 56a ad alta complessità, codice 56b a minore complessità, codice 56c riabilitazione estensiva);

h.2 all'articolo 6, un periodo di sperimentazione della durata di un anno a seguito dell'adozione della scheda di dimissione ospedaliera-SDO riabilitativa da parte del Ministero della Salute e dell'adeguamento dei sistemi informatici regionali e tale periodo di sperimentazione risulta ancora in essere;

- i. il D.M. 26 settembre 2023 n. 165 "Regolamento recante modificazioni e integrazioni al regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati" ha introdotto la "SDO riabilitativa" per i ricoveri effettuati presso reparti relativi alle discipline codici 28, 56, 75, stabilendo all'art. 4 che "a partire dal 1 gennaio 2024, il conferimento dei dati riportati al comma 1, nelle modalità e nei contenuti del presente decreto, è ricompreso fra gli adempimenti cui sono tenute le regioni e le province autonome ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato, ai sensi dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005";
- j. la DGRC n. 78 del 24.02.2025, nel determinare la tariffa applicabile per i ricoveri ospedalieri codice disciplina 28 e codice disciplina 75, ha stabilito che la remunerazione di tali prestazioni è fissata nella misura del 90% della tariffa massima nazionale per i ricoveri effettuati presso tutte le strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate con il SSR per le predette discipline.

RILEVATO CHE

- a. il Decreto del Ministero della Salute del 12 maggio 2026 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n.149 del 30.06.2026, ha disposto l'aggiornamento delle tariffe giornaliere massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di riabilitazione ospedaliera e di lungodegenza erogate in post acuzie;
- b. in particolare, nell'Allegato 2 del menzionato D.M. del 12 maggio 2026 sono individuate le tariffe giornaliere massime per la remunerazione delle prestazioni di riabilitazione ospedaliera, erogate in regime di ricovero ordinario e diurno a carico del Servizio sanitario nazionale, con un valore soglia in giorni di durata del ricovero, oltre il quale si applica una riduzione del 40%, nonché le tariffe giornaliere massime per la remunerazione delle prestazioni di lungodegenza post acuzie, soggette ad analogo abbattimento oltre soglia.

PRESO ATTO, dall'istruttoria dei competenti uffici regionali, che

- a. nonostante l'uscita da parte della Regione Campania dal Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del SSR, come attestato dalla riunione congiunta del 27 marzo 2026 del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, la gestione del Servizio Sanitario Regionale rimane soggetta a tutti gli obblighi di cui all'Accordo Stato – Regioni del 23 marzo 2005 e s.m.i. ed al costante monitoraggio dei Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, nell'ambito delle verifiche periodiche svolte dal suddetto *Tavolo di verifica degli adempimenti e Comitato LEA*;
- b. ai sensi dell'art. 15, comma 17, del decreto-legge n. 95/2012, richiamato dall'art. 3 del D.M. 12 maggio 2026, il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del settore sanitario costituisce presupposto essenziale e vincolante per l'autonoma fissazione degli importi tariffari da parte delle singole Regioni;
- c. permangono, pertanto, immutate le superiori esigenze di razionalizzazione e contenimento della spesa sanitaria, le quali sono strettamente funzionali alla stabilità del bilancio regionale e alla sostenibilità strutturale del Servizio Sanitario Regionale della Campania;
- d. in base alla consolidata giurisprudenza amministrativa contabile e di legittimità (ivi inclusa l'Adunanza Plenaria del Consiglio di Stato n. 3/2012), la determinazione dei limiti di spesa e delle tariffe è oggetto di un atto autoritativo e vincolante di programmazione esclusiva della Regione, volto a contemperare il diritto all'assistenza con le risorse finanziarie effettivamente disponibili. Si cita in proposito anche la sentenza del Consiglio di Stato, Sez. III, n. 3667/2026 nel contenzioso promosso da AIOP Campania. I giudici amministrativi, nel richiamare l'art. 4, comma 3, del DM 18 ottobre 2012, oggi riprodotto dall'art. 3, comma 2, del DM 12 maggio 2026, hanno confermato la legittimità della remunerazione al 96% per la riabilitazione (cod. 56) per le case di cura private, qualificando la "leva tariffaria" come strumento primario e legittimo di contenimento della spesa, purché esercitato entro limiti di ragionevolezza;
- e. il medesimo D.M. 12 maggio 2026 all'art. 3 richiama espressamente le norme nazionali di cui al D.Lgs. n. 502/1992, art. 8-sexies e all'art. 15, comma 17 del D.L. 95/2012 e s.m.i., in base alle quali:

- le Regioni adottano il proprio sistema tariffario, articolando tali tariffe per classi di strutture secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività, verificate in sede di accreditamento delle strutture stesse;
 - eventuali importi tariffari, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime nazionali restano a carico dei bilanci regionali nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del settore sanitario;
- f. l'art. 3, comma 2, del D.M. 12 maggio 2026 consente espressamente alle Regioni di adottare, per la remunerazione dei propri erogatori pubblici e privati accreditati, tariffe ridotte rispetto a quelle nazionali, anche al fine di promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e i processi di deospedalizzazione; in coerenza con l'art. 8-sexies, comma 5, del D.Lgs. n. 502/1992 e con l'art. 15, comma 15, del decreto-legge n. 95/2012, le tariffe nazionali costituiscono tariffe massime, che la Regione può corrispondere in misura ridotta, nel rispetto dei vincoli di bilancio e per classi di strutture; le fasce tariffarie così determinate operano sul valore unitario di tutte le prestazioni rese nei posti letto accreditati e si distinguono dai meccanismi di regressione tariffaria previsti dai contratti per le prestazioni eccedenti i volumi concordati;
- g. sotto il profilo dell'analisi economica dei fattori produttivi, le rilevazioni dei costi condotte dal Ministero della Salute e riassunte nell'Allegato 1 al D.M. 12 maggio 2026, attestano, in generale, un maggiore costo giornaliero dei ricoveri erogati dalle strutture pubbliche, rispetto alle strutture private;
- h. il medesimo documento ministeriale specifica che tale divario strutturale è da attribuire alla diversa natura dei contratti di lavoro del personale dipendente con particolare rilevanza di quello medico, rilevando come nel pubblico tutti i medici siano dipendenti, mentre nel privato la maggior parte sia assunta con contratto libero-professionale, che presenta un costo inferiore;
- i. le rilevazioni richiamate nella relazione metodologica al D.M. 12 maggio 2026, in particolare lo studio pilota della Regione Emilia-Romagna (costo medio pieno per giornata di degenza nel codice 56 pari a € 293,00 nelle strutture private, a fronte di € 390,10 nelle strutture pubbliche), attestano un costo di produzione delle strutture private sensibilmente inferiore a quello delle strutture pubbliche, che giustifica la differenziazione delle tariffe per tipologia di erogatore; la fascia del 96% per il codice 56 trae origine dall'accordo del 2012 sottoscritto anche dalle associazioni di categoria delle case di cura private, come rilevato dal Consiglio di Stato con la citata sentenza n. 3667/2026; applicata alle nuove tariffe di cui all'Allegato 2 al D.M. 12 maggio 2026, essa determina importi superiori, per ciascuna MDC, alle tariffe massime nazionali previgenti riconosciute per intero (MDC 1: € 316,80 a fronte di € 272,70; MDC 4: € 252,48 a fronte di € 231,00; MDC 5: € 274,56 a fronte di € 251,00; MDC 8: € 251,52 a fronte di € 247,00; altre MDC: € 220,80 a fronte di € 202,00);
- j. sotto il profilo della metodologia di costruzione del tariffario nazionale, il paragrafo 6 dell'Allegato 1 del citato D.M. 12 maggio 2026 evidenzia che i nuovi valori per le MDC 1, 4, 5, 8 e le altre non scaturiscono da un'imputazione diretta ed esclusiva dei costi, ma da una ponderazione macroeconomica basata su un incremento medio del 13,8% applicato alle vecchie tariffe del 2012, successivamente rimodulato accogliendo le indicazioni della Commissione riabilitazione di AIOP per riequilibrare i rapporti relativi fra le MDC apportando un incremento al ricovero ordinario della MDC 1 di ulteriori 20 euro ed un conseguente decremento di 19 euro sul valore della MDC 8;
- k. trattandosi di tariffe massime nazionali, esse rappresentano un valore medio aggregato che la Regione ha il dovere di calibrare, nell'esercizio delle proprie competenze di governo finanziario, per evitare fenomeni di remunerazione incompatibili con le risorse complessive del Fondo sanitario Regionale;
- l. con specifico riferimento alla disciplina della Lungodegenza (codice 60), il paragrafo 6 della Relazione Illustrativa ministeriale dà espressamente atto della scarsità di giornate osservate su scala nazionale, con una percentuale di copertura campionaria pari ad appena il 16%;
- m. il Ministero della Salute attesta che, in assenza di un dato abbastanza robusto sul piano statistico, si è proceduto incrementando il vecchio valore tariffario (€ 154,00) di una percentuale fissa (23%), determinando una tariffa finale massima di € 190,00 quale valore espressamente arrotondato per eccesso;
- n. l'esplicita ammissione ministeriale circa la non robustezza dei dati di costo della lungodegenza ed il conseguente calcolo della tariffa per approssimazione ed eccesso, rende ragionevole la determinazione del tariffario campano per il codice 60 nella misura del 95% (pari a € 180,50 per giornata), riequilibrando localmente l'arrotondamento centrale a tutela della stabilità del bilancio regionale senza intaccare l'adeguatezza della copertura dei costi;

- o. con specifico riferimento ai ricoveri ad alta specializzazione in Neuroriabilitazione (Codice 75), il paragrafo 6 dell'Allegato 1 al D.M. 12 maggio 2026 dà parimenti atto di una marcata scarsità di giornate osservate, registrando una percentuale di copertura campionaria nazionale limitata a solo l'11% del totale dei casi assistiti;
- p. per i ricoveri di Neuroriabilitazione (codice 75) e di Unità Spinale (codice 28), la fascia del 90% della tariffa massima nazionale è stabilita dalla DGRC n. 78/2025 e si applica in egual misura a tutte le strutture ospedaliere, pubbliche e private accreditate, per le predette discipline; con le nuove tariffe nazionali essa corrisponde a € 450,00 per il codice 75 e a € 490,50 per il codice 28;
- q. risulta, quindi, opportuno mantenere nel tariffario regionale le previgenti fasce percentuali, da applicarsi ai ricoveri erogati dalle case di cura private per i posti letto accreditati, in quanto congruenti e idonee a garantire l'integrale copertura dei costi di produzione sostenuti dalle strutture private accreditate, assicurando l'equa remunerazione delle prestazioni, come segue: 96% per i ricoveri di riabilitazione ospedaliera (codice 56); 95% per i ricoveri di lungodegenza ospedaliera (codice 60); 90% per i ricoveri di Unità Spinale (codice 28) e Neuroriabilitazione (codice 75), rideterminando gli importi da riconoscere alle strutture pubbliche e private accreditate della Regione Campania sulla base delle nuove tariffe stabilite con il menzionato D.M. del 12 maggio 2026, secondo lo schema allegato al presente provvedimento, elaborato dai competenti uffici regionali;
- r. in base all'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis), del D.Lgs. n. 502/1992 e agli schemi contrattuali vigenti, l'aggiornamento dei valori tariffari non comporta di per sé l'incremento dei limiti di spesa assegnati alle strutture e opera sui volumi di prestazioni acquistabili, secondo il principio di invarianza dei tetti di spesa rispetto agli incrementi tariffari richiamato dal TAR Campania, Sez. I, con la sentenza n. 1157/2024, confermata dal Consiglio di Stato con la citata sentenza n. 3667/2026; in costanza del limite di spesa di cui all'art. 15, comma 14, del decreto-legge n. 95/2012, la conferma delle fasce tariffarie consente di preservare i volumi di prestazioni acquistabili e, con essi, l'accesso degli assistiti alle cure;
- s. gli effetti dell'aggiornamento tariffario sui limiti di spesa per l'esercizio 2026, stimati per le case di cura private in euro 9.064.000, e la loro articolazione tra la quota compresa nel limite di spesa vigente e la quota subordinata all'elevazione del limite con il veicolo normativo richiamato nell'Intesa Stato-Regioni Rep. Atti n. 47/CSR del 2 aprile 2026, sono disciplinati dalla deliberazione sui limiti di spesa dell'ospedalità privata adottata in pari data;
- t. nel corso del confronto con le associazioni di categoria è stata rappresentata la richiesta di applicare alle case di cura private il 100% delle tariffe massime nazionali; la richiesta non può essere accolta per le ragioni sopra esposte, fermo restando che la Regione potrà rivedere le fasce tariffarie all'esito dell'adeguamento del limite di spesa di cui all'art. 15, comma 14, del decreto-legge n. 95/2012 e degli aggiornamenti delle rilevazioni ministeriali ufficiali sui costi, anche ai fini della programmazione per l'esercizio 2027;

PRESO ATTO, altresì, dall'istruttoria dei competenti uffici regionali, che

- a. la DGRC n. 621 del 29 dicembre 2020 ha introdotto per tutte le strutture ospedaliere private, nell'ambito del tetto di spesa, la remunerazione della *"Funzione Rinnovo CCNL"*, il cui importo concorre a determinare il limite di spesa complessivo, ma che deve essere rideterminato a consuntivo, in base ai costi effettivamente sostenuti, certificati dalla struttura privata e verificati dalla ASL competente per territorio;
- b. tale funzione fu introdotta per attuare l'impegno delle Regioni e Province Autonome, assunto dalla Conferenza delle Regioni e Province Autonome nelle sedute del 17 ottobre 2019 e del 27 luglio 2020 a farsi carico del 50% dei costi del rinnovo del contratto nazionale AIOP – ARIS del personale sanitario non medico dipendente (in attesa di rinnovo da oltre 14 anni) *"con un mix di interventi individuati a livello territoriale relativi ai budget e alle tariffe, affinché non si registrino ulteriori ritardi e si proceda con sollecitudine alla firma del contratto"*; tale contratto è stato, poi, sottoscritto in via definitiva in data 8 ottobre 2020 tra i rappresentanti delle associazioni datoriali e le associazioni sindacali;
- c. la suddetta funzione fu introdotta in via transitoria, in analogia a quanto già operato da altre Regioni, con l'impegno che sarebbe stato assorbito nei futuri provvedimenti nazionali e/o regionali di revisione delle tariffe, come prospettato nei chiarimenti forniti dal Ministro della salute con nota del 02.07.2020, prot. 8880;

- d. l'aggiornamento delle tariffe massime nazionali dei ricoveri ospedalieri per post acuzie consente, quindi, la cessazione della "*Funzione Rinnovo CCNL*" con effetto dalla data di recepimento e decorrenza delle stesse nella Regione Campania:
- interamente, per le strutture ospedaliere private accreditate esclusivamente per operare nella post acuzie;
 - in proporzione ai posti letto e all'attività di ricovero post acuzie, rispetto ai rispettivi totali, per le case di cura che sono accreditate ed erogano sia ricoveri per acuti che post acuzie, fermo restando il ricalcolo a consuntivo del costo del rinnovo del contratto nazionale AIOP – ARIS del 8.10.2020 del personale sanitario non medico dipendente attribuibile all'attività per acuti;
- e. per l'area ospedaliera dei ricoveri per acuti, pertanto, la Regione opererà nello stesso modo, assorbendo la "*Funzione Rinnovo CCNL*" nelle nuove tariffe massime nazionali per i ricoveri acuti, la cui istruttoria è in corso di completamento presso il Ministero della salute;

RITENUTO

- a. di dover recepire, con decorrenza dal 1° luglio 2026, data di entrata in vigore del Decreto Ministeriale 12 maggio 2026, pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 149 del 30.06.2026, le tariffe massime nazionali per la remunerazione delle prestazioni di riabilitazione ospedaliera e di lungodegenza erogate in post acuzie, di cui all'Allegato 2 al medesimo decreto;
- b. di dover confermare le fasce tariffarie percentuali di remunerazione vigenti e fissate dagli atti di programmazione regionale, rideterminando gli importi da riconoscere alle strutture pubbliche e private accreditate della Regione Campania sulla base delle nuove tariffe stabilite con il menzionato D.M. del 12 maggio 2026, secondo lo schema allegato al presente provvedimento, a formarne parte integrante e sostanziale;
- c. di dover precisare che le nuove tariffe e le nuove soglie si applicano a decorrere dal 1° luglio 2026;
- d. di dover disporre la cessazione della "*Funzione Rinnovo CCNL*" introdotta dalla DGRC n. 621/2020, con effetto dalla data di decorrenza delle nuove tariffe massime nazionali dei ricoveri ospedalieri per post acuzie nella Regione Campania:
- d.1 interamente, per le strutture ospedaliere private accreditate esclusivamente per operare nella post acuzie;
 - d.2 in proporzione ai posti letto e all'attività di ricovero post acuzie, rispetto ai rispettivi totali, per le case di cura che sono accreditate ed erogano sia ricoveri per acuti che post acuzie, fermo restando il ricalcolo a consuntivo del costo del rinnovo del contratto nazionale del 8.10.2020 AIOP – ARIS del personale sanitario non medico dipendente attribuibile all'attività per acuti;
- e. di dover precisare che l'aggiornamento tariffario non comporta di per sé l'incremento dei limiti di spesa assegnati alle strutture, i cui effetti sono disciplinati dalla deliberazione sui limiti di spesa dell'ospedalità privata adottata in pari data;
- f. di doversi riservare la revisione delle fasce tariffarie all'esito dell'adeguamento del limite di spesa di cui all'art. 15, comma 14, del decreto-legge n. 95/2012 e degli aggiornamenti delle rilevazioni ministeriali ufficiali sui costi, anche ai fini della programmazione per l'esercizio 2027;
- g. di dover demandare alla Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale gli adempimenti consequenziali;

PROPONE e la Giunta, in conformità, a voto unanime

DELIBERA

Per i motivi espressi in narrativa che qui si intendono integralmente riportati e confermati

1. di recepire, con decorrenza dal 1° luglio 2026, data di entrata in vigore del Decreto Ministeriale 12 maggio 2026, pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 149 del 30.06.2026, le tariffe massime nazionali per la remunerazione delle prestazioni di riabilitazione ospedaliera e di lungodegenza erogate in post acuzie, di cui all'Allegato 2 al medesimo decreto;
2. di confermare le fasce tariffarie percentuali di remunerazione vigenti e fissate dagli atti di programmazione regionale, rideterminando gli importi da riconoscere alle strutture pubbliche e private accreditate della Regione Campania sulla base delle nuove tariffe stabilite con il menzionato D.M. del

12 maggio 2026, secondo lo schema allegato al presente provvedimento, a formarne parte integrante e sostanziale;

3. di precisare che le nuove tariffe e le nuove soglie si applicano a decorrere dal 1° luglio 2026,
4. di disporre la cessazione della “*Funzione Rinnovo CCNL*”, introdotta dalla DGRC n. 621/2020, con effetto dalla data di decorrenza delle nuove tariffe massime nazionali dei ricoveri ospedalieri per post acuzie nella Regione Campania:
 - 4.1 interamente, per le strutture ospedaliere private accreditate esclusivamente per operare nella post acuzie;
 - 4.2 in proporzione ai posti letto e all’attività di ricovero post acuzie, rispetto ai rispettivi totali, per le case di cura che sono accreditate ed erogano sia ricoveri per acuti che post acuzie, fermo restando il ricalcolo a consuntivo del costo del rinnovo del contratto nazionale del 8.10.2020 AIOP – ARIS del personale sanitario non medico dipendente attribuibile all’attività per acuti;
5. di precisare che l’aggiornamento tariffario non comporta di per sé l’incremento dei limiti di spesa assegnati alle strutture, operando sui volumi ai sensi dell’art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis), del D.Lgs. n. 502/1992, e che i relativi effetti sui limiti di spesa per l’esercizio 2026 sono disciplinati dalla deliberazione sui limiti di spesa dell’ospedalità privata adottata in pari data;
6. di riservarsi la revisione delle fasce tariffarie di cui al punto 2 all’esito dell’adeguamento del limite di spesa di cui all’art. 15, comma 14, del decreto-legge n. 95/2012 e degli aggiornamenti delle rilevazioni ministeriali ufficiali sui costi, anche ai fini della programmazione per l’esercizio 2027;
7. di demandare alla Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale gli adempimenti consequenziali;
8. di inviare il presente provvedimento al Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale della Campania, alla Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, anche per la notifica alle Aziende Sanitarie della Campania e alla So.Re.Sa. S.p.A. per il tempestivo aggiornamento dei sistemi informativi, nonché alla Sezione Amministrazione Trasparente del sito istituzionale della Regione Campania, Casa di Vetro ed al BURC per la pubblicazione.



GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA

DELIBERAZIONE n°	520	del	30/09/2026	SPL 204	SSL 05	STL 03
------------------	-----	-----	------------	------------	-----------	-----------

OGGETTO:

Recepimento del Decreto Ministeriale 12 maggio 2026 concernente la "Quantificazione delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di riabilitazione ospedaliera e lungodegenza post acuzie" e determinazione delle tariffe applicabili alle strutture pubbliche e private accreditate della Regione Campania.

QUADRO A	CODICE	NOME E COGNOME	FIRMA
PRESIDENTE / ASSESSORE		<i>Presidente Roberto FICO</i>	<i>30/09/2026</i>
DIREZIONE GENERALE	<i>204.00.00</i>	<i>Reggente Ugo TRAMA</i>	<i>30/09/2026</i>
SETTORE / UOS PARTICOLARE	<i>204.05.00</i>	<i>Gaetano PATRONE</i>	<i>30/09/2026</i>

ADOZIONE	<i>30/09/2026</i>	
VISTO SEGRETERIA DI GIUNTA	<i>30/09/2026</i>	<i>Mauro FERRARA</i>
ESECUTIVITA' (FIRMA DEL PRESIDENTE)	<i>30/09/2026</i>	<i>Roberto FICO</i>
INVIO AGLI UFFICI IN DATA	<i>30/09/2026</i>	

1010000 UFFICIO DI GABINETTO

2040000 DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E COORDINAMENTO DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE

Dichiarazione di conformità della copia cartacea:

Il presente documento, ai sensi del T.U. dpr 445/2000 e successive modificazioni è copia conforme cartacea dei dati custoditi in banca dati della Regione Campania.

Firma

SPL = Direzione Generale

SSL = Settore

STL = UOS