RegioneLombardia
LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N. XII/ 5589 SEDUTA DEL 30/12/2025

Presidente **ATTILIO FONTANA**

Assessori regionali

MARCO ALPARONE *Vicepresidente*	ROMANO MARIA LA RUSSA
ALESSANDRO BEDUSCHI	ELENA LUCCHINI
GUIDO BERTOLASO	FRANCO LUCENTE
FRANCESCA CARUSO	GIORGIO MAIONE
GIANLUCA COMAZZI	DEBORA MASSARI
ALESSANDRO FERMI	MASSIMO SERTORI
PAOLO FRANCO	CLAUDIA MARIA TERZI
GUIDO GUIDESI	SIMONA TIRONI

Con l'assistenza del Segretario Riccardo Perini

Su proposta dell'Assessore Guido Bertolaso di concerto con il Vicepresidente Marco Alparone e l'Assessore Elena Lucchini

Oggetto

DETERMINAZIONI IN ORDINE AGLI INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE DEL SSR PER L'ANNO 2026 ED IN ORDINE AGLI OBIETTIVI DELLE AGENZIE DI TUTELA DELLA SALUTE (A.T.S.), DELLE AZIENDE SOCIO SANITARIE TERRITORIALI (A.S.S.T.) E DELL' AGENZIA REGIONALE EMERGENZA URGENZA (A.R.E.U.) ANNO 2026 – (DI CONCERTO CON IL VICEPRESIDENTE ALPARONE E L'ASSESSORE LUCCHINI)

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

I Direttori Generali Mario Giovanni Melazzini Francesco Foti

I Dirigenti Ida Fortino Maurizio Bracchi Laura Chiappa Paola Carini Luca Sgaria Giovanni Delgrossi Clara Sabatini Olivia Leoni Danilo Cereda Francesco Maraschi Giuseppina Maria Rita Valenti Raffaella Clelia Borra

Esito favorevole del controllo degli aspetti finanziari e/o patrimoniali, ai sensi dell'art. 8, comma 5 della D.G.R. n. 4755/2016:

Il Direttore Centrale Manuela Giaretta

RICHIAMATA la seguente normativa a livello comunitario:

- il Regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 12 febbraio 2021, che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza (regolamento RRF) con l'obiettivo specifico di fornire agli Stati membri il sostegno finanziario al fine di conseguire le tappe intermedie e gli obiettivi delle riforme e degli investimenti stabiliti nei loro piani di ripresa e resilienza;
- il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) approvato con Decisione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021 e notificata all'Italia dal Segretariato generale del Consiglio con nota LT161/21, del 14 luglio 2021 e, in particolare, la Missione 6 "Salute";
- il Regolamento (UE) 2020/2221 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 dicembre 2020 che modifica il regolamento (UE) n. 1303/2013 per quanto riguarda le risorse aggiuntive e le modalità di attuazione per fornire assistenza allo scopo di promuovere il superamento degli effetti della crisi nel contesto della pandemia di COVID-19 e delle sue conseguenze sociali e preparare una ripresa verde, digitale e resiliente dell'economia (REACT-EU);
- la Decisione del Consiglio dell'Unione europea del 8 dicembre 2023 relativa alla rimodulazione del PNRR;

VISTA la seguente normativa nazionale:

- il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421*";
- il D.P.R. 14 gennaio 1997 "*Approvazione dell'atto di indirizzo e Coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private*";
- il DPCM 29 novembre 2001 "*Definizione dei livelli essenziali di assistenza*.";
- il decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "*Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE.",* come modificato dal D.Lgs. 10/08/2018, n. 101 e dal decreto-legge 8 ottobre 2021, n. 139 convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 3 dicembre 2021, n. 205;
- il decreto legislativo 7 marzo 2005 n. 82 "*Codice dell'Amministrazione Digitale*" così come integrato e corretto dal decreto legislativo 13 dicembre 2017, n. 217;
- il decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro";
- il decreto legislativo 19 novembre 2008, n. 194 "*Disciplina delle modalità di rifinanziamento dei controlli sanitari ufficiali in attuazione del regolamento (CE) n. 882/2004*";

- il decreto legislativo 27 ottobre 2009 n. 150 "*Attuazione della legge 4 marzo 2009 n. 15 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni*";
- il decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, come integrato e corretto dal D.Lgs 10 agosto 2014, n. 126 "*Disposizioni integrative e correttive del D.lgs 118/2011 recante disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della L. 42/2009*";
- la legge 6 novembre 2012, n. 190 "*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*.";
- il decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 "*Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni.*" così come modificato dal decreto legislativo 25/05/2016, n. 97";
- il decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 "*Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190*";
- il decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 "*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*";
- il Piano Nazionale della Cronicità di cui all'Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016;
- il DPCM 12 gennaio 2017 "*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*";
- la legge 8 marzo 2017, n. 24 "*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*";
- il Decreto legislativo 25/05/2017, n. 75 "*Modifiche e integrazioni al decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, ai sensi degli articoli 16, commi 1, lettera a), e 2, lettere b), c), d) ed e) e 17, comma 1, lettere a), c), e), f), g), h), l) m), n), o), q), r), s) e z), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche*";
- il decreto-legge 14 dicembre 2018 n. 135 "*Disposizioni urgenti in materia di sostegno e semplificazione per le imprese e per la pubblica amministrazione*";
- il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021, approvato in sede di Intesa del 21 febbraio 2019 stipulata, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (rep. Atti 28/CSR);
- il Decreto del Ministero della Salute del 12 marzo 2019 "*Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria*.";
- il decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35 "*Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria*"

convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 25 giugno 2019, n. 60;

- il Decreto del Ministero della Salute 24 maggio 2019 "*Adozione dei nuovi modelli di rilevazione economica Conto Economico (CE), Stato Patrimoniale (SP), dei costi di Livelli essenziali di Assistenza, (LA) e Conto del Presidio (CP), degli enti del Servizio sanitario nazionale*.";
- il Decreto del Ministero della Salute del 20 giugno 2019 istitutivo dell'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa;
- il decreto-legge 16 luglio 2020, n. 76 "*Misure urgenti per la semplificazione e l'innovazione digitale*" convertito, con modificazioni, dalla L. 11 settembre 2020 n. 120;
- il decreto-legge 14 agosto 2020 n. 104 "*Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia*", convertito con modificazioni dall'art. 1, comma 1, della legge 13 ottobre 2020, n. 126;
- il decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021, n. 108, recante "*Governance del Piano nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure*";
- il decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80 "*Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia.*";
- il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) approvato definitivamente il 13 luglio 2021 che, alla Missione 6 Salute, promuove importanti interventi organizzativi e tecnologici finalizzati allo sviluppo di un nuovo modello di gestione dei servizi sociosanitari che rafforzi le prestazioni erogate sul territorio, l'integrazione dei percorsi socio-assistenziali, il potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale e l'innovazione e digitalizzazione del Sistema Sanitario Nazionale, anche attraverso l'applicazione della Telemedicina e l'utilizzo di tecnologie digitali innovative;
- il Decreto 6 agosto 2021 del Ministero dell'Economia e delle Finanze "*Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione*";
- il decreto-legge 6 novembre 2021, n. 152 "*Disposizioni urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per la prevenzione delle infiltrazioni mafiose*" convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 29 dicembre 2021, n. 233.";
- la Legge delega 22 dicembre 2021, n. 227 "*Delega al Governo in materia di disabilità*";
- il decreto-legge 30 aprile 2022, n. 36 *Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).";*
- il decreto 20 maggio 2022 del Ministero della Salute con il quale sono state adottate le "*Linee Guida di attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico*" che forniscono l'indirizzo strategico unico a livello nazionale per

l'implementazione e il governo delle iniziative di evoluzione del Fascicolo Sanitario Elettronico e dei sistemi con esso integrati;

- il decreto 23 maggio 2022, n. 77 "*Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale*";
- la legge 5 agosto 2022, n. 118 **"***Legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021*";
- il decreto del Ministro della Salute del 19 dicembre 2022 recante "*Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie*";
- il D.Lgs. 31/03/2023, n. 36 "*Codice dei contratti pubblici in attuazione dell'articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, recante delega al Governo in materia di contratti pubblici.*";
- la Legge delega n. 23 marzo 2023 n. 33 "*Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane*";
- il Decreto del Ministro della Salute del 7 settembre 2023 "*Fascicolo sanitario elettronico 2.0*";
- il decreto-legge 30 dicembre 2023, n. 215 "*Disposizioni urgenti in materia di termini normativi.*" convertito in legge con modificazioni dalla L. 23 febbraio 2024, n. 18;
- il decreto-legge 2 marzo 2024, n. 19 "*Ulteriori disposizioni urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)*", convertito in legge con modificazioni dalla L. 29 aprile 2024, n. 56;
- il decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73 "*Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie*." convertito in legge, con modificazioni, dall' art. 1, comma 1, L. 29 luglio 2024, n. 107;
- la legge 8 agosto 2024, n. 112 "*Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 4 luglio 2024, n. 92, recante misure urgenti in materia penitenziaria, di giustizia civile e penale e di personale del Ministero della giustizia*";
- il decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 25 novembre 2024 "*Definizione delle tariffe relative all'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica*";
- il Decreto-legge 27 dicembre 2024, n. 202 recante "*Disposizioni urgenti in materia di termini normativi*" (cd. "Milleproroghe 2025"), convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 21 febbraio 2025, n. 15, con particolare riguardo all'art. 4 (Disposizioni concernenti termini in materia di salute);
- il decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze e con il Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri con delega all'innovazione tecnologica del 31 dicembre 2024 ad oggetto "*Istituzione dell'Ecosistema dati sanitari*";
- il Decreto-legge 14 marzo 2025, n. 25 "*Disposizioni urgenti in materia di reclutamento e funzionalità delle pubbliche amministrazioni*";

- il Decreto del Ministro della Salute dell'8 aprile 2025 che ha recepito la rimodulazione del PNRR approvata con decisione del Consiglio dell'Unione Europea del 8 dicembre 2023;
- il Decreto del Ministero della Salute del 5 maggio 2025 recante "*Certificato di assistenza al parto, per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi di nascita, di nati-mortalità ed ai nati affetti da patologie congenite*";
- il Decreto-legge 24 giugno 2025, n. 90 "*Disposizioni urgenti in materia di università e ricerca, istruzione e salute*";
- il Decreto-legge 31 ottobre 2025 n. 159 "*Misure urgenti per la tutela della salute e della sicurezza sui luoghi di lavoro e in materia di protezione civile*.";

RICHIAMATO il Patto per la Salute per gli anni 2019-2021 di cui all'Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il Patto per la salute per gli anni 2019-2021 (rep. 209/CSR del 18 dicembre 2019);

VISTE:

- la legge 30 dicembre 2023, n. 213 "*Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026*";
- la legge 30 dicembre 2024, n. 207 "*Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2025 e bilancio pluriennale per il triennio 2025-2027*";
- il disegno di legge "*Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2026 e bilancio pluriennale per il triennio 2026-2028*" in corso di approvazione;

VISTE altresì le seguenti leggi regionali:

- 31 marzo 1978 n. 34 "*Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della Regione*";
- 30 agosto 2008 n. 1 "*Legge Regionale statutaria*";
- 21 dicembre 2023, n. 10 "*Bilancio di previsione 2024-2026*";
- 8 agosto 2024, n. 14 "*Assestamento al bilancio 2024 - 2026 con modifiche di*
- *leggi regionali*";
- 30 dicembre 2024 n. 23 del "*Bilancio di previsione 2025-2027*";
- 7 agosto 2025 n. 13 "*Assestamento al bilancio 2025-2027 con modifiche di leggi regionali*";

VISTE altresì:

- la D.G.R. n. XII/3324 del 31 ottobre 2024 "*Approvazione della proposta di progetto di legge "Bilancio di previsione 2025-2027*" e del relativo documento tecnico di accompagnamento;
- la D.G.R. n. XII/4578 del 20 giugno 2025 "*Approvazione della proposta di progetto di legge "Assestamento al bilancio 2025 – 2027 con modifiche di leggi regionali" e del relativo documento tecnico di accompagnamento*";
- la D.G.R. n. XII/4937 del 4 agosto 2025 "*Integrazione al documento tecnico di accompagnamento al bilancio di previsione 2025-2027 e aggiornamento dei*

prospetti per il consolidamento dei conti del bilancio regionale e degli enti dipendenti, dei programmi pluriennali delle attività degli enti e delle società in house, del piano di studi e ricerca, del piano di alienazione e valorizzazione degli immobili regionali per l'anno 2025, dell'elenco riportante gli appalti affidati ad Aria spa e dei prospetti della programmazione gare per l'acquisizione di beni e servizi per l'anno 2025 in raccordo con le disponibilità di bilancio di cui alla dgr XII/4139/2025, a seguito della l.c.r. n. 47 del 25/07/2025 "Assestamento al bilancio di previsione 2025-2027 con modifiche di leggi regionali";

- la D.G.R. n. XII/5235 del 30 ottobre 2025 "*Approvazione della proposta di progetto di legge "bilancio di previsione 2026-2028" e del relativo documento tecnico di accompagnamento - (di concerto con il Vicepresidente Alparone)*;
- la D.G.R. n. XII/5355 del 24 novembre 2025 "*Variazioni al documento tecnico di accompagnamento al bilancio di previsione 2025-2027 (d.lgs. 118/11 - l.r. 19/12 art. 1, co. 4) - 58° provvedimento - (atto da trasmettere al Consiglio regionale)*;
- le DD.G.R. di variazioni al bilancio di previsione 2025-2027 (d.lgs. 118/11 - l.r. 19/12 art. 1, co. 4) che hanno riflessi sulla sanità;

VISTI gli emendamenti n. 1 e n. 489 al Progetto di Legge n. 146 "*Bilancio di previsione 2026-2028*", presentati rispettivamente in data 09/12/2025 e 11/12/2025;

RICHIAMATO il "*Programma Regionale di Sviluppo Sostenibile della XII Legislatura*" presentato dalla Giunta con D.G.R. n. XII/262 del 11 maggio 2023 e approvato dal Consiglio regionale con D.C.R. n. XII/42 del 20 giugno 2023, costituente il documento che definisce gli obiettivi, le strategie e le politiche che la Regione si propone di realizzare nell'arco della legislatura, per promuovere lo sviluppo economico, sociale e territoriale della Lombardia;

RICHIAMATE inoltre:

- la D.G.R. n. XII/1518 del 13 dicembre 2023 "*Piano sociosanitario integrato lombardo 2023 - 2027. Approvazione della proposta da trasmettere al Consiglio regionale*";
- la D.C.R. n. XII/395 del 25 giugno 2024 "*Piano Sociosanitario Integrato Lombardo 2024 – 2028*";

RICHIAMATI i seguenti provvedimenti regionali:

- la D.G.R. n. XI/1865 del 9 luglio 2019 "*Recepimento dell'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 21 febbraio 2019 (rep. atti 28/CSR) sul Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa per il triennio 2019 – 2021 e approvazione della proposta di Piano Regionale di Governo delle liste di attesa (PRGLA) - (atto da trasmettere al consiglio regionale)*";
- la D.G.R. n. XI/3333 del 6 luglio 2020 "*Approvazione del "Piano regionale di controllo e sorveglianza dell'influenza aviaria*";

- la D.G.R. n. XI/4385 del 3 marzo 2021 "*Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per gli investimenti in Sanità per il periodo 2021- 2028*" e successivi provvedimenti;
- la D.G.R. n. XI/5389 del 18 ottobre 2021 "*Approvazione della proposta di Piano regionale di Prevenzione 2021-2025, ai sensi delle Intese Stato-Regioni del 6 agosto 2020 e del 5 maggio 2021 (proposta di delibera consiliare)"* e successiva delibera consiliare n. XI/2395 del 15 febbraio 2022;
- la D.G.R. n. XI/6760 del 25 luglio 2022 "*Approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l'applicazione del decreto 23 maggio 2022 n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale*";
- la D.G.R. n. XI/7592 del 15 dicembre 2022 "*Attuazione del DM 23 maggio 2022, n. 77" Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale" - documento regionale di programmazione dell'assistenza territoriale (primo provvedimento)*";
- la DGR n. XII/514 del 26 giugno 2023 "*Implementazione del "CUP unico regionale" per la gestione e l'ottimizzazione dell'offerta sanitaria degli enti sanitari di regione Lombardia - approvazione documento di progetto";*
- la D.G.R. n. XII/1550 del 18 dicembre 2023 "*Recepimento del "Piano nazionale malattie rare 2023-2026" e del documento per il "Riordino della Rete nazionale delle malattie rare*", approvati con Accordo in Conferenza Stato Regioni del 24 maggio 2023";
- la D.G.R. n. XII/1673 del 28 dicembre 2023 "*Implementazione del "CUP unico regionale" per la gestione e l'ottimizzazione dell'offerta sanitaria degli enti sanitari di regione Lombardia - secondo provvedimento";*
- la D.G.R. n. XII/1689 del 28 dicembre 2023 "*Ulteriori determinazioni in merito al Nomenclatore regionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale";*
- la D.G.R. n. XII/1878 del 12 febbraio 2024 "*Disposizioni in merito al D.P.C.M. 12 gennaio 2017 - approvazione del Nomenclatore tariffario regionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale*";
- la D.G.R. n. XII/2186 del 15 aprile 2024 "*Approvazione del documento "Piano di gestione, controllo ed eradicazione della peste suina africana (PSA) in Regione Lombardia";*
- la D.G.R. n. XII/2405 del 28 maggio 2024 "*Sperimentazione dei nuovi servizi nella Farmacia di Comunità' – Servizi di Telemedicina ed ulteriori determinazioni concernenti il Piano attuativo "Riconciliazione terapia farmacologica";*
- la D.G.R. n. XII/2478 del 3 giugno 2024 *"Programma investimenti art. 20 legge 67/88 – Accordo di programma quadro per il settore degli investimenti sanitari di cui alla DGR n. XI/5835/2021. Accordo di programma integrativo – riallineamento del programma investimenti di cui alla DGR n. XI/5835/2021 e DGR n. XI/378/2023. Approvazione interventi" – (atto da trasmettere al consiglio regionale);*
- la D.G.R. n. XII/2453 del 3 giugno 2024 "*Tariffario Protesica - entrata in vigore DM Salute 23 giugno 2023 – determinazioni conseguenti*";

- la D.G.R. n. XII/2588 del 21 giugno 2024 "*Determinazioni in ordine al modello di funzionamento delle centrali operative territoriali (COT)*";
- la D.G.R. n. XII/2755 del 15 luglio 2024 "*Evoluzione del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile in attuazione della DGR n. XII/1827 del 31 gennaio 2024*";
- la D.G.R. n. XII/2852 del 29 luglio 2024 "*Integrazione dell'elenco delle prestazioni non soggette all'obbligo di prenotazione e notifica di cui alla dgr. n. XII/1938 del 26/02/2024. Ulteriori determinazioni in ordine all'attuazione della l.r. 33/2009 art. 21 concernente l'utilizzo esclusivo del sistema di prenotazione regionale da parte delle strutture sanitarie pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie per conto del SSN*";
- la D.G.R. n. XII/2854 del 29 luglio 2024 "*Criteri per la definizione delle attività e servizi da finanziare con l'istituto delle funzioni di cui all'articolo 8-sexies del d.lgs. 502/1992, a decorrere dall'esercizio 2024*";
- la DGR n. XII/2931 del 5 agosto 2024 "*Determinazioni in ordine al progetto degli interventi sanitari per la realizzazione dell'evento sportivo "Giochi Olimpici Invernali Milano-Cortina 2026". Presa d'atto del cronoprogramma ed adempimenti conseguenti alla D.G.R. n. XII/1827 del 31.01.2024*";
- la D.G.R. n. XII/3030 del 16 settembre 2024 "*Aggiornamento del Piano regionale prevenzione vaccinale 2024-2025*";
- la DGR n. XII/3291 del 31 ottobre 2024 "*Rinnovo Accordo regionale con le farmacie per la inoculazione e la consegna in farmacia ai Medici di Medicina Generale e ai Pediatri di Libera Scelta delle dosi di vaccino e autorizzazione al progetto sperimentale di ATS Brianza e ATS Val Padana per la somministrazione SSR in farmacia del vaccino antipneumococcico*";
- la D.G.R. n. XII/3458 del 25 novembre 2024 "*Determinazioni in ordine alla rete regionale lombarda dei centri di senologia – Breast Units network: monitoraggio degli indicatori di percorso e presa in carico per la stadiazione ed il follow up dei pazienti con neoplasia mammaria*";
- la D.G.R. n. XII/3468 del 25 novembre 2024 "*Approvazione del "Piano regionale triennale degli interventi in materia di educazione sanitaria e zoofila, di controllo demografico della popolazione animale e di prevenzione del randagismo 2025/2027" - (richiesta di parere alla commissione consiliare)*";
- la D.G.R. n. XII/3621 del 16 dicembre 2024 "*Revisione della rete regionale dei servizi sanitari penitenziari di cui alla dgr n. X/4716 del 13/01/2016*";
- la D.G.R. n. XII/3630 del 16 dicembre 2024 ad oggetto "*Approvazione del Nomenclatore Tariffario regionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica ai sensi dello schema di decreto di cui all'Intesa Stato Regioni del 14 novembre 2024 (rep atti 204/csr)*";
- la D.G.R. n. XII/3698 del 20 dicembre 2024 "*Revisione e riordino del sistema di sorveglianza e controllo delle malattie infettive in regione lombardia (SMI): recepimento del decreto 7 marzo 2022 "Revisione del sistema di segnalazione delle malattie infettive (PREMAL)*";
- la D.G.R. n. XII/3712 del 20 dicembre 2024 "*Piano di riordino della rete ospedaliera regionale in attuazione dell'art. 2 del D.L. 34/2020 approvato con la*

D.G.R. n. XI/3264/2020. determinazioni in ordine al quarto riallineamento del piano";

- la D.G.R. n. XII/3824 del 27 gennaio 2025 "*Approvazione delle linee di indirizzo per la co-programmazione (in applicazione dell'art. 55 del d.lgs. 117/2017 c.d. "codice del terzo settore") finalizzata all'individuazione dei bisogni e delle risorse della comunità, volto a favorire percorsi di promozione, prevenzione e inclusione nell'area della salute mentale*";
- la D.G.R. n. XII/3865 del 3 febbraio 2025 "*Tariffario protesica – recepimento delle disposizioni di cui al dpcm 12.01.2017 - ulteriori determinazioni*";
- la D.G.R. n. XII/3987 del 3 marzo 2025 "*Elenco delle prestazioni non soggette all'obbligo di prenotazione e notifica alla rete regionale di prenotazione di cui alla l.r. 33/2009 art. 21, a seguito dell'approvazione del nomenclatore tariffario regionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica di cui alla dgr n. XII/3630/2024";*
- la D.G.R. n. XII/4276 del 30 aprile 2025 "*Programma investimenti art. 20 legge n. 67/1988 – Accordo di Programma Quadro per il settore degli investimenti sanitari di cui alla DGR n. XII/2478/2024. approvazione dell'Accordo di Programma Integrativo – secondo stralcio – prima fase. approvazione interventi, documento programmatico, schede tecniche e relazioni descrittive degli interventi - (atto da trasmettere al Consiglio regionale)*";
- la D.G.R. n. XII/4347 del 12 maggio 2025 "*Progetto regionale "rise" recovery, inclusione, supporto, empowerment" nei giovani con disturbo di personalità grave - approvato nell'ambito dello sviluppo degli interventi nell'area salute mentale previsti dalla DGR XII/3720/2024. equipe dedicate ai giovani con disturbo di personalità grave*";
- la D.G.R. n. XII/4476 del 3 giugno 2025 "*Fondo per l'Alzheimer e le demenze 2024-2026 di cui al decreto interministeriale del 5.09 2024: attuazione del piano regionale di attività 2024-2026*";
- la D.G.R. n. XII/4481 del 3 giugno 2025 "*Approvazione indicazioni operative per la definizione dei modelli innovativi previsti ai sensi del Piano sociosanitario integrato lombardo 2024/2028 e della DGR 3720/2024*";
- la D.G.R. n. XII/4558 del 16 giungo 2025 "*Attuazione della DGR n. XII/ 3782 del 20/01/2025 "Ulteriori determinazioni in merito alla programmazione delle attività della rete territoriale": primo provvedimento*";
- la D.G.R. n. XII/4560 del 16 giugno 2025 "*Determinazioni in ordine all'adozione di un modello organizzativo di interconnessione delle centrali operative territoriali (COT) nell'ambito del sistema sanitario regionale*";
- la D.G.R. n. XII/4678 del 7 luglio 2025 "*Criteri per la definizione delle attività e servizi da finanziare con l'istituto delle funzioni di cui all'articolo 8-sexies del d.lgs. 502/1992, per l'esercizio 2025*";
- la D.G.R. n. XII/4817 del 28 luglio 2025 "*Approvazione linee di indirizzo regionali per l'adozione dei regolamenti di funzionamento interno delle aggregazioni funzionali territoriali (AFT) da parte delle Aziende socio-sanitarie territoriali (ASST)*";

- la D.G.R. n. XII/4890 del 1° agosto 2025 "*Indicazioni in merito alla programmazione regionale per l'adeguamento della rete d'offerta socio sanitaria al decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70.*";
- la D.G.R. n. XII/4895 del 1 agosto 2025 "*Approvazione del protocollo d'intesa tra Regione Lombardia, DG Welfare e il Ministero della Giustizia rappresentato, per quanto di rispettiva competenza, dal Tribunale di sorveglianza di Milano, dal Centro per la giustizia minorile e dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP), per la realizzazione di interventi di promozione della salute, di sicurezza alimentare, di nutrizione e della prevenzione delle malattie infettive presso gli istituti penitenziari per il periodo 2025-2028";*
- la D.G.R. n. XII/4939 del 4 agosto 2025 "*Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per gli investimenti in sanità per il periodo 2025-2031. aggiornamenti a seguito delle DD.G.R. n. XI/4385/2021 e n. XI/5066/2021 - (atto da trasmettere al Consiglio regionale)*;
- la D.G.R. n. XII/4954 del 8 settembre 2025 "*Approvazione della Preintesa sull'Accordo Integrativo Regionale per la Pediatria di libera scelta per l'anno 2025 limitatamente alle attività inerenti il governo clinico la continuità assistenziale e altre progettualità specifiche*";
- la D.G.R. n. XII/4956 del 8 settembre 2025 "*Ulteriori disposizioni in merito all'applicazione del D.P.C.M. 12.1.2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del d. l. 30.12.1992, n. 50*";
- la D.G.R. n. XII/4986 del 15 settembre 2025 "*Determinazioni in merito alla disciplina delle prestazioni erogate da strutture ed enti pubblici del sistema socio-sanitario regionale nell'ambito dell'assistenza sanitaria integrativa (fondi, mutue e assicurazioni)*";
- la D.G.R. n. XII/5056 del 29 settembre 2025 "*Aggiornamento della Rete regionale delle malattie rare*";
- la D.G.R. n. XII/5098 del 6 ottobre 2025 "*Approvazione dello schema di protocollo di intesa tra Regione Lombardia e le Associazioni di Volontariato operanti sul territorio regionale per la promozione della prevenzione oncologica e il supporto ai programmi di screening mammografico";*
- la D.G.R. n. XII/5099 del 6 ottobre 2025 "*Approvazione del documento di monitoraggio dei profili prescrittivi e assistenziali dei MMG, denominato "scheda medico*";
- la D.G.R. n. XII/5182 del 21 ottobre 2025 "*Programma regionale straordinario investimenti in sanità – Ulteriori determinazioni conseguenti alle deliberazioni di giunta regionale n. XII/3720/2024 e n. XII/4939/2025. stanziamento contributi – terzo provvedimento*";
- la D.G.R. n. XII/5247 del 3 novembre 2025 "*Indicazioni attuative in merito alla programmazione regionale per l'adeguamento della rete d'offerta socio sanitaria al decreto del ministero della salute 2 aprile 2015, n. 70 – II provvedimento*";
- la D.G.R. n. XII/5284 del 10 novembre 2025 "*Determinazioni in ordine alla programmazione acquisti integrata di sistema approvata con D.G.R. n. 3326 del 31.10.2024*";

- la D.G.R. n. XII/5287 del 10 novembre 2025 "*Approvazione della preintesa sull'accordo integrativo regionale della Medicina Generale anno 2025*";
- la D.G.R. n. XII/5288 del 10 novembre 2025 "*Relazione in attuazione dell'art. 7 - clausola valutativa - della legge regionale 25 gennaio 2024, n. 1 "Istituzione del servizio di psicologia delle cure primarie" - (atto da trasmettere al Consiglio regionale)*";

RICHIAMATI inoltre i provvedimenti adottati dalla Giunta regionale in tema di contenimento dei tempi di attesa e, in particolare:

- la D.G.R. n. XII/3020 del 16 settembre 2024 "*Costituzione della Unità Centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa in attuazione dell'art. 2, comma 5, D.L. 07/06/2024, n. 73 "Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie." e del Comitato operativo per il monitoraggio dei tempi di attesa*";
- la D.G.R. n. XII/3327 del 31 ottobre 2024 "*Ulteriori determinazioni in ordine al contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale previste nel PNGLA ed in ordine all'attuazione della l.r. 33/2009 art. 21 concernente l'utilizzo esclusivo del sistema di prenotazione regionale da parte delle strutture sanitarie pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie per conto del SSN*;
- la D.G.R. n. XII/4267 del 30 aprile 2025 "*Approvazione dello schema di protocollo di intesa tra la Regione Lombardia ed il Comando dei Carabinieri per la tutela della salute relativo ai rapporti di collaborazione per lo svolgimento di attività di controllo finalizzate al contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e dei ricoveri ospedalieri anche connesse al piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) 2019-2021, recepito con deliberazione n. XI/1865 del 09.07.2019*";
- la D.G.R. n. XII/4556 del 16 giugno 2025 "*Determinazioni in ordine al contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale previste nel PNGLA 2025";*
- la D.G.R. n. XII/5057 del 29 settembre 2025 "*Ulteriori determinazioni del Piano operativo regionale anno 2025 per il contenimento dei tempi di attesa approvato con dgr n. XII/4556/2025*";

RICHIAMATI altresì tutti i provvedimenti adottati dalla Giunta regionale in merito all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – missione 6;

RICHIAMATI tutti i provvedimenti concernenti le Regole di Sistema per il Servizio Sociosanitario Regionale ed in particolare;

- la D.G.R. n. XII/3670 del 16 dicembre 2024 "*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario e socio sanitario per l'esercizio 2025 – quadro economico programmatorio*";
- la DGR n. XII/3720 del 30 dicembre 2024 "*Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025*" – (di concerto con il Vicepresidente

Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi) e i provvedimenti nella stessa richiamati;

- la DGR n. XII/4264 del 30 aprile 2025 "*Modifiche ed integrazioni alla DGR n. XII/3720 del 30 dicembre 2024 ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025" - (di concerto con il Vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)*;
- la DGR n. XII/4389 del 20 maggio 2025 "*Ulteriori modifiche ed integrazioni alla dgr n. XII/3720 del 30 dicembre 2024 ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025", come aggiornata dalla DGR n. XII/4264/2025*";
- la DGR n. XII/4938 del 4 agosto 2025 "*Ulteriori determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 (di concerto con il Vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi);*

RICHIAMATA in particolare la D.G.R. n. XII/5524 del 17 dicembre 2025 ad oggetto "*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario e socio sanitario per l'esercizio 2026 – quadro economico programmatorio*", con la quale, al fine di dare continuità all'assistenza sanitaria e sociosanitaria nel rispetto dell'equilibrio delle risorse rese disponibili dal bilancio per l'anno 2026:

- è stata definita la previsione per macroaree dell'impiego delle risorse per il funzionamento del sistema sociosanitario regionale, secondo quanto riportato nell'allegato A) "*Inquadramento economico: il quadro del sistema per l'anno 2026*" del medesimo provvedimento;
- sono state fornite indicazioni relative all'area Bilanci, alla completezza e tempestività di flussi ed elaborazioni, alla gestione finanziaria e alla razionalizzazione della spesa, come da Allegato B) "*Quadro economico finanziario per il 2026: Indicazioni specifiche per gli Enti del Sistema Sociosanitario Regionale*", del medesimo provvedimento;

RITENUTO, al fine di programmare l'assistenza sanitaria e sociosanitaria nel rispetto dell'equilibrio di bilancio per l'anno 2026, di definire gli indirizzi di programmazione del SSR per l'esercizio 2026, approvando l'allegato A "*Indirizzi di programmazione 2026*" e le relative appendici, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento;

DATO ATTO che gli indirizzi in ambito sociosanitario sono stati condivisi con la Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari Opportunità, al fine di offrire risposte congiunte al bisogno di salute ed al bisogno assistenziale della persona, laddove tali bisogni sussistano congiuntamente;

VISTO infine il D.lgs. 4 agosto 2016, n. 171 "*Attuazione della delega di cui all'articolo 11, comma 1, lettera p), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di dirigenza sanitaria*", con particolare riferimento all'art. 2, commi 2, 3 e 4;

RICHIAMATE:

- le deliberazioni della Giunta Regionale di nomina dei Direttori Generali delle Agenzie e Aziende della Regione Lombardia nonché i conseguenti contratti di prestazione d'opera intellettuale sottoscritti tra i suddetti Direttori Generali e il Direttore Generale Welfare;
- la D.G.R. n. XI/4159 del 30.12.2020 "*Modifica dello schema tipo di contratto di prestazione d'opera intellettuale per i direttori generali delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e dello schema tipo di contratto di prestazione d'opera intellettuale per i direttori, Amministrativi, Sanitari e Socio-Sanitari delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche*";

RITENUTO di definire altresì, con il presente provvedimento, gli obiettivi anno 2026 delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) per l'anno 2026, come previsto al capitolo 18 dell'allegato A summenzionato;

PRECISATO che:

- le ATS, le ASST e AREU sono tenute a dare attuazione al presente sistema di valutazione, estendendo gli obiettivi anche ai Direttori Sanitario, Amministrativo e Sociosanitario;
- le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico assumono il presente documento come linea di indirizzo per la definizione degli obiettivi dei propri Direttori Generali;

DATO ATTO che seguiranno ulteriori provvedimenti necessari per definire, per ciascun obiettivo, indicatori di misurazione, pesature e criteri di dettaglio, assicurando coerenza con gli indirizzi programmatori regionali;

RITENUTO di dare mandato alla Direzione Generale Welfare per la puntuale applicazione di quanto disposto con il presente provvedimento;

DATO ATTO che il presente provvedimento è soggetto alla pubblicazione cui agli artt. 26 e 27 del D.Lgs 33/2013;

RITENUTO infine di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito internet della Regione Lombardia www.regione.lombardia.it;

VISTA la legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 "*Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità*";

RICHIAMATE la l.r. 20/08 e i provvedimenti organizzativi della XII legislatura;

VAGLIATE ed ASSUNTE come proprie le predette determinazioni;

A voti unanimi espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

Per tutte le motivazioni espresse in premessa che qui si intendono richiamate:

1. di definire gli indirizzi di programmazione del SSR per l'esercizio 2026, approvando l'allegato A "*Indirizzi di programmazione 2026*" e le relative appendici, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento;

2. di dare atto che gli indirizzi in ambito sociosanitario sono stati condivisi con la Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari Opportunità, al fine di offrire risposte congiunte al bisogno di salute ed al bisogno assistenziale della persona, laddove tali bisogni sussistano congiuntamente;

3. di precisare che gli indirizzi contenuti nel presente provvedimento sono coerenti con il quadro di cui alla DGR n. XII/5524 del 17 dicembre 2025 "*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario e socio sanitario per l'esercizio 2026 – quadro economico programmatorio*" richiamata in premessa;

4. di definire altresì, con il presente provvedimento, gli obiettivi anno 2026 delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) per l'anno 2026, come previsto al capitolo 18 dell'allegato A summenzionato;

5. di precisare che:
   - le ATS, le ASST e AREU sono tenute a dare attuazione al presente sistema di valutazione, estendendo gli obiettivi anche ai Direttori Sanitario, Amministrativo e Sociosanitario;
   - le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico assumono il presente documento come linea di indirizzo per la definizione degli obiettivi dei propri Direttori Generali;

6. di dare atto, inoltre, che seguiranno ulteriori provvedimenti necessari per definire, per ciascun obiettivo, indicatori di misurazione, pesature e criteri di dettaglio, assicurando coerenza con gli indirizzi programmatori regionali;

7. di dare mandato alla Direzione Generale Welfare per la puntuale applicazione di quanto disposto con il presente provvedimento;

8. di dare atto che il presente provvedimento è soggetto alla pubblicazione cui agli artt. 26 e 27 del D.Lgs 33/2013;

9. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito internet della Regione Lombardia www.regione.lombardia.it.

IL SEGRETARIO
RICCARDO PERINI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.

ALLEGATO A – INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE 2026

Sommario

1. PREMESSA 6
2. MONITORAGGIO LISTE D'ATTESA 7
   2.1. Specialistica ambulatoriale 7
   2.2. Intelligenza Artificiale come supporto alla pratica clinica 9
   2.3. Grandi Apparecchiature 10
   2.4. Ricoveri 10
   2.5. Sanità Integrativa 12
3. PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRONICO 13
   3.1. Prosieguo del progetto di presa in carico secondo le modalità già definite con la DGR n. XII/2755/2024 13
   3.2. Obbligo per ASST di prendere in carico i pazienti assistiti dai MAP a loro afferenti che non partecipano al modello 13
   3.3. Standardizzazione del processo di cessazione dell'attività da parte delle Cooperative iscritte all'elenco dei Gestori 13
   3.4. Finanziamento 14
4. RICERCA 15
   4.1. Ricerca 15
   4.2. Progetti internazionali 17
   4.3. CAR-T 17
5. RETI 19
   5.1. Reti assistenziali ed organizzative 19
   5.2. Reti tempo dipendenti 21
   5.3. Reti Polo Territoriale 26
6. SISTEMI INFORMATIVI E SANITA' DIGITALE 29
   6.1. Scenario generale e strategie evolutive dei sistemi informativi regionali 29
   6.2. Programmazione degli interventi di Sanità Digitale 34
   6.3. Nuove iniziative regionali 46
7. INVESTIMENTI 50
   7.1. PNRR e DL 34/2020 50
   7.2. Ambiti programmatori prioritari per investimenti con fondi regionali in conto capitale 50
   7.3. Monitoraggio e attuazione degli investimenti stanziati con fondi del bilancio regionale 51
   7.4. Modalità di attuazione del programma degli investimenti – Il contributo di ARIA S.p.A. 51
   7.5. Ricognizione sulle prestazioni energetiche degli edifici strumentali 52
8. POLO TERRITORIALE 53
   8.1. Interventi di sviluppo Polo Territoriale 53
   8.2. Interventi Area Cure Primarie 62
   8.3. Interventi Sociosanitari 65
   8.4. Interventi in area disabilità 72

8.5. Interventi in area consultoriale 79
8.6. Attività di vigilanza e controllo di appropriatezza in ambito sociosanitario 83
8.7. Spostamento di volumi di posti a contratto e del relativo budget per Enti Unici in piano programma 86
8.8. Negoziazione e contrattualizzazione delle strutture sociosanitarie e dell'area salute mentale 86
8.9. Flussi sociosanitari 91
8.10. Ulteriori determinazioni 94
9. INTERVENTI AREA SALUTE MENTALE 96
9.1. Psichiatria e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza 96
9.2. Dipendenze 104
9.3. Psicologia 111
9.4. Sanità penitenziaria 111
10. POLO OSPEDALIERO 116
10.1. Accreditamento 116
10.2. Accreditamento sociosanitario 117
10.3. Tracciamento delle Case della Comunità 118
10.4. Riabilitazione per acuti 118
10.5. DM 70/2015 e riorganizzazione rete ospedaliera 120
10.6. Assistenza ai degenti 121
10.7. Tavoli di ottimizzazione allocazione delle risorse 121
10.8. Controlli NOC 121
10.9. Indicatori NSG 121
10.10. Progetti speciali 121
10.11. Servizi di medicina di laboratorio 123
10.12. Sistema Regionale Trapianti 125
10.13. Attività trasfusionale 127
10.14. HTA (Health Technology Assessment) 130
10.15. Innovazione tecnologica 130
10.16. Robotica 131
10.17. Risk Management 131
10.18. Mobilità sanitaria interregionale 134
10.19. Mobilità sanitaria internazionale 135
10.20. Funzioni non tariffate 135
10.21. Maggiorazioni tariffarie 136
10.22. Negoziazione sanitaria 136
10.23. Ricognizione posti letto subacuti 142
11. GESTIONE DEL PERSONALE 143
11.1. Costi del personale 143

11.2. Determinazioni in ordine agli obiettivi di prevenzione collettiva per le ATS 144
11.3. Linee guida per la determinazione della spesa delle assunzioni integrative e dei fondi contrattuali 146
11.4. Flussi informativi del personale 150
11.5. Procedure di reclutamento del personale 151
11.6. Piani di organizzazione aziendale strategici (POAS) 152
11.7. Piano triennale dei fabbisogni di personale 153
11.8. Formazione del personale SSR 154
11.9. Richieste pareri 157
11.10. Welfare integrativo aziendale 157
12. PREVENZIONE & PUBLIC HEALTH 158
12.1. Premessa 158
12.2. Innovazioni 2026 158
12.3. Piano pandemico - PANFLU 160
12.4. Dati ed epidemiologia 161
12.5. Olimpiadi 2026 – Sanità pubblica e prevenzione 162
12.6. PNRR – Missione 6 Component 2 SUB 2.2 (B) e PNC - SRPS 162
12.7. Organizzazione e formazione della prevenzione 163
12.8. Sorveglianza malattie infettive 164
12.9. Vaccinazioni 167
12.10. Infection Prevention and Control (IPC) e igiene ospedaliera 168
12.11. Sicurezza alimentare, acque potabili e nutrizione PSSR 3.2 169
12.12. Rete dei laboratori SRPS 171
12.13. Screening 172
12.14. Promozione della salute 175
12.15. Medicina dello sport 179
12.16. Igiene pubblica e salute ambiente 179
12.17. Salute e sicurezza sul lavoro 182
12.18. Autorità unica sicurezza chimica (ATS/DIPS) 185
12.19. Medicina legale 186
13. VETERINARIA 188
13.1. Governance della sanità pubblica veterinaria 188
13.2. Reclutamento del personale 188
13.3. Attività di settore 188
14. FARMACEUTICA E PROTESICA 190
14.1. Farmaceutica convenzionata 190
14.2. Farmaceutica Ospedaliera 195
14.3. Flussi farmaci 197
14.4. Assistenza protesica, integrativa, diabetica e celiachia 197

14.5. Centro regionale di farmacovigilanza: definizione assetto CRFV triennio 2026-2028 200
14.6. Farmaci in classe C-nn 200
15. GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA 202
15.1. Area Bilanci 202
15.2. Completezza e tempestività di flussi ed elaborazioni 205
15.3. Gestione finanziaria 205
15.4. Area Controllo di Gestione 207
15.5. Razionalizzazione della spesa, efficientamento del sistema ed obiettivi economici dell'aggregato costi beni e servizi 210
15.6. Sistema degli acquisti del SSR 211
15.7. Sistema regionale di monitoraggio forniture e servizi 215
15.8. Incentivi per le funzioni tecniche ex art. 45 D.LGS. 36/2023 216
15.9. Funzione di Internal Auditing 216
15.10. Collaborazione tra Regione ed enti sanitari 217
16. ATTORI, ORGANIZZAZIONI E PROCESSI 218
16.1. Giochi Olimpici Invernali 2026 218
16.2. One Health 219
16.3. Agenzia di Controllo del Servizio Sociosanitario Lombardo (ACSS) 220
16.4. Sviluppo del modello UNICA in Regione Lombardia 221
17. SISTEMI DI VALUTAZIONE E MONITORAGGIO DEL SSR 223
17.1. Governo dei LEA e valutazione delle performance quali/quantitative del SSR 223
17.2. Registri 224
17.3. Accesso al patrimonio informativo e uso secondario dei dati 225
17.4. Azioni collaborative con le ATS 225
17.5. Dati e flussi informativi 226
17.6. Nuovo nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale 232
17.7. Tariffe ricoveri e prestazioni ambulatoriali – percorso di revisione 233
18. OBIETTIVI DIRETTORI GENERALI 234
18.1. Disposizioni generali in merito agli obiettivi ai Direttori generali 234
18.2. Obiettivi e punteggi ATS e ASST 235
18.3. Obiettivi e punteggi AREU 236
18.4. Declinazione degli obiettivi e assegnazione dei punteggi 237

1. PREMESSA

Le Determinazioni sugli Indirizzi di Programmazione 2026 si sviluppano a partire dagli indirizzi strategici delineati dal Piano Socio-Sanitario Regionale 2024-2028 (PSSR), approvato dal Consiglio Regionale nel giugno 2024. Tali indirizzi individuano le priorità del sistema sociosanitario lombardo alla luce della recente evoluzione della complessità demografica e sociale, caratterizzata da tre macro-tendenze: l'invecchiamento della popolazione, il calo della natalità e il conseguente aumento delle famiglie unipersonali.

Sulla base di questi presupposti, gli indirizzi di programmazione di seguito riportati saranno attuati nel corso del 2026 attraverso i relativi atti amministrativi.

2. MONITORAGGIO LISTE D'ATTESA

2.1. Specialistica ambulatoriale

2.1.1. Specialistica ambulatoriale

In continuità con le azioni intraprese nel 2025 (di cui alla DGR n. XII/4556/2025 e DGR n. XII/5057/2025), nel 2026 si prevede l'adozione di un Piano operativo regionale per il contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale. Considerata la significativa variabilità della produzione per l'anno 2025, il Piano Operativo 2026 prevederà che gli Enti che hanno garantito un incremento produttivo nel 2025 rispetto al 2024 mantengano tali livelli. Diversamente, gli Enti che non hanno garantito la produzione nel 2025 dovranno adottare misure per garantire un incremento del livello di produzione.

2.1.2. Sperimentazione percorso di tutela

Si prevede lo stanziamento sino a 15 milioni di euro per il rafforzamento del percorso di tutela, introducendo una nuova modalità di attivazione coordinata dal CCR.

In coerenza con il D.L. n. 73/2024, convertito in L. 107/2024, il percorso di tutela prevede che, nel caso in cui non sia possibile rispettare i tempi previsti dalle classi di priorità, le Direzioni Generali aziendali garantiscano l'erogazione delle prestazioni richieste attraverso l'utilizzo dell'attività libero professionale intramuraria.

In questa prima fase, la progettualità verrà attivata a livello regionale per la classe di priorità "B" per le seguenti prestazioni:

- Vista otorinolaringoiatrica (prima visita)
- Visita ortopedico traumatologica (prima visita)
- Visita urologica (prima visita)
- Visita cardiologica (prima visita) con incluso ECG
- Visita neurologica (prima visita)

che risultano essere attualmente quelle maggiormente critiche nel territorio.

Gli Enti erogatori dovranno garantire tale attività attraverso l'applicazione dell'art. 89, comma 1, lettera d) del CCNL 2019-2021.

Il percorso di tutela viene attivato nei casi in cui:

- Non sia disponibile alcuna sede con posti liberi nell'ambito di garanzia (ATS territorialmente competente)
- La prima disponibilità nell'ambito di garanzia risulti fuori soglia.

La progettualità prevede l'attivazione del percorso di tutela da parte del CCR presso l'azienda disponibile più vicina al domicilio del cittadino.

Tali prestazioni dovranno essere contrassegnate con il flag "B" nel campo "Recupero tempi di attesa".

Le specifiche tecniche verranno comunicate agli Enti con successivo atto.

2.1.3. Offerta di primi accessi resa disponibile alla RRP

Verrà monitorata la riduzione, al netto delle liste di presa in carico e dei percorsi interni, del rapporto tra le negoziazioni effettuate dai cittadini tramite i canali della RRP che non hanno esitato in prenotazioni per assenza di offerta prenotabile ai suddetti canali, ma che hanno trovato risposta nel canale diretto dell'Ente nei tre giorni successivi, e le prenotazioni totali effettuate tramite canale diretto.

2.1.4. Rapporto ALPI e istituzionale

Proseguirà il monitoraggio del rispetto dell'equilibrio tra i volumi di attività istituzionale e ALPI, in coerenza con le linee ministeriali. Ove si riscontreranno persistenti criticità saranno inviati con il

supporto delle ATS i controlli NAS, in coerenza con quanto previsto dal protocollo sottoscritto da Regione Lombardia con la DGR n. XII/4267/2025. Si richiamano tutti gli erogatori in ordine a quanto già ribadito con precedenti provvedimenti, in ordine all'obbligo di mantenere costantemente aperte le agende di prenotazione, senza soluzione di continuità tra un esercizio e l'altro, con conseguente divieto di blocco delle stesse, in modo da garantire la trasparenza delle liste di attesa e fornire sempre una risposta ai bisogni espressi dai pazienti.

2.1.5. Apertura agende

Si ribadisce che non è possibile per gli Enti Erogatori chiudere la disponibilità delle agende di prenotazione e che pertanto queste ultime devono essere sempre aperte. La chiusura delle agende di prenotazione è vietata dalla legge 266/2005 (finanziaria 2006, art.1 comma 282) che prevede sanzioni amministrative per i trasgressori.

2.1.6. Modulo prescrittivo regionale

In continuità con la diffusione del modulo prescrittivo regionale avviata nel 2025 con gli Enti Erogatori Pubblici, si proseguirà nel corso del 2026 con la diffusione del modulo prescrittivo presso i Medici di Assistenza Primaria e altre tipologie di prescrittori.

2.1.7. Percorsi di cura interni

Gli Enti Erogatori Pubblici e Privati Accreditati a contratto devono garantire i percorsi di cura interni, intesi come prenotazione ed erogazione di prestazioni necessarie al paziente e prescritte da uno specialista interno all'Ente o su indicazione dello stesso, a seguito dei primi accessi o delle dimissioni. Premesso quanto sopra, la prenotazione dovrà avvenire attraverso l'utilizzo di sistemi integrati regionali o convenzioni tra Enti, in raccordo con l'ATS di riferimento, che consentano la prenotazione diretta con agende dedicate a specifici percorsi. Tali convenzioni dovranno essere tempestivamente comunicate alla DG Welfare con l'indicazione della finalità, affinché ne possa tenere conto nell'attività di monitoraggio.

Nell'ambito della 28/SAN tale percorso sarà individuato contrassegnando le prestazioni erogate in regime di convenzione per conto di un altro Ente con il nuovo flag "C" nel campo "Flag recupero tempi di attesa" con la descrizione: prestazioni in ambito percorsi di cura interni ma erogate da altri Enti con cui si è stipulata una convenzione.

Tale percorso sarà monitorato da Regione Lombardia con apposito indicatore di presa in carico volto a monitorare il numero di ricette prescritte che trovano prenotazione presso l'Ente ed erogate dallo stesso in determinati percorsi di cura.

2.1.8. Sistema di accoglienza

Nel corso del 2026 saranno svolte attività di monitoraggio e verifica finalizzate ad assicurare la piena funzionalità dei sistemi "taglia-coda" e a garantire l'armonizzazione dei percorsi di accoglienza. Verrà inoltre verificato il rispetto delle tempistiche stabilite e comunicate alle ASST/IRCCS con circolare n. prot. G1.2025.0024324 del 18/06/2025.

2.1.9. Appropriatezza prescrittiva

Nell'ottica di promuovere un miglior governo della domanda sanitaria e di rafforzare l'appropriatezza prescrittiva, proseguiranno, sulla base delle dashboard messe a disposizione, le attività di monitoraggio sistematico delle prescrizioni dei MAP e della specialistica.

Le Direzioni Strategiche delle ATS, sono invitate a garantire un presidio costante dei dati tramite gli strumenti di monitoraggio di cui sopra, e, ove necessario ad attuare azioni di confronto con gli Enti Erogatori per la definizione di azioni mirate per favorire la corretta applicazione delle classi di priorità e delle pratiche prescrittive.

Analogamente, si dà mandato alle ASST di effettuare un monitoraggio costante e un confronto continuativo con i clinici e MAP, nonché di istituire tavoli tematici dedicati all'appropriatezza prescrittiva,

con particolare attenzione alle prestazioni emerse come maggiormente critiche in fase di analisi. Si invitano, inoltre, le ASST a trasmettere ai Medici di Assistenza Primaria e ai medici prescrittori report periodici relativi all'andamento del prescritto, al rispetto delle indicazioni (es. criteri RAO, linee guida) e alla coerenza tra quesito diagnostico e priorità assegnate.

2.1.10. Controlli NAS

In coerenza con la DGR n. XII/4267/2025, proseguirà la collaborazione con i NAS a supporto della DG Welfare nella verifica dell'effettiva attuazione delle direttive, alcune delle quali presentano criticità di monitoraggio a livello centrale.

Alla luce di ciò, con nota n. prot. G1.2025.0020005 del 21/05/2025 è stato richiesto alle ATS di trasmettere, con cadenza trimestrale, i verbali degli esiti degli accertamenti svolti dai NAS in occasione delle eventuali ispezioni presso gli Enti del territorio di competenza.

Qualora dai verbali emergesse che un Ente risulta più volte inadempiente senza adeguata motivazione, tale inadempienza potrà riflettersi sul punteggio dei Direttori Generali.

2.1.11. Tempistiche di pubblicazione del referto

In coerenza con la circolare Protocollo G1.2025.0027086 del 04/07/2025 sui percorsi di accoglienza che mirano a semplificare l'accesso alle cure da parte del cittadino, l'ente sanitario deve garantire al cittadino la consegna e la pubblicazione nel Fascicolo Sanitario Elettronico del referto delle prestazioni ambulatoriali nel più breve tempo possibile e non oltre 5 giorni dalla data di erogazione della prestazione fatto salvo casi specifici dove, per la natura specifica della prestazione, la refertazione richiede un numero di giorni maggiore. Il referto deve rispettare i criteri di correttezza e sicurezza previsti nella normativa FSE vigente (§5.2.10).

In relazione alle modalità di gestione del FSE, per ottemperare agli obblighi normativi connessi all'attività di oscuramento della cosiddetta "catena di documenti", dalle prescrizioni ai documenti di erogazione, fino ai referti, verrà attivato uno stretto monitoraggio in merito alla corretta valorizzazione tra i metadati di ciascun referto del numero di ricetta elettronica "NRE", al fine di garantire la qualità del dato necessaria.

2.2. Intelligenza Artificiale come supporto alla pratica clinica

2.2.1. Supporto nei processi di scelta terapeutica

Nel corso del 2026 è previsto lo sviluppo di progettualità innovative finalizzate all'introduzione e all'utilizzo di strumenti di Intelligenza Artificiale (IA), con l'obiettivo di supportare l'attività clinica, migliorare l'appropriatezza prescrittiva e promuovere la sostenibilità del sistema sanitario. L'IA sarà utilizzata come strumento di supporto e non come sostituzione del clinico.

Si prevede l'avvio di un'attività di analisi del prescritto, volta a standardizzare il quesito diagnostico tramite tecniche di IA e a verificare l'appropriatezza della prestazione prescritta rispetto allo stesso monitorando il rispetto dell'aderenza alle indicazioni della comunità scientifica - tra cui linee guida scientifiche, ai RAO e ai PDTA. Tale attività costituirà la base per l'evoluzione del modulo prescrittivo, consentendo di segnalare eventuali inappropriatezze in fase prescrittiva.

In particolare, con riferimento alle prescrizioni di TC torace senza contrasto e senza/con contrasto, è previsto l'avvio di un progetto sperimentale finalizzato a verificare la coerenza delle prescrizioni con le evidenze scientifiche e a definire, sulla base dei risultati, linee guida per identificare i percorsi più appropriati. L'obiettivo è ridurre il tasso di inappropriatezza e limitare il ricorso a esami non necessari, che da un lato determinano un allungamento dei tempi di attesa e, dall'altro, comportano maggiori emissioni ambientali, consentendo allo stesso tempo di rafforzare la tutela dei professionisti grazie alla definizione di criteri condivisi e riconosciuti. L'esito positivo della sperimentazione consentirà di estendere l'approccio ad ulteriori prestazioni.

2.3. Grandi Apparecchiature

2.3.1. Centro di riferimento per la refertazione

Nell'ambito delle politiche volte a migliorare la gestione delle grandi apparecchiature di diagnostica, si rende necessaria un'attività di coordinamento finalizzata a garantire uniformità e qualità nelle prestazioni erogate.

Definizione, in collaborazione con le società scientifiche, di protocolli standardizzati per l'esecuzione delle prestazioni di diagnostica effettuate con le grandi apparecchiature, con un focus iniziale su alcune prestazioni appositamente selezionate in base alla domanda. L'obiettivo è assicurare elevati standard di qualità, favorire la confrontabilità dei risultati e ridurre la variabilità tra i diversi centri.

Avere procedure uniformi a livello regionale, consentirà inoltre di istituire un modello organizzativo tipo Hub & Spoke per la telerefertazione e teleconsulto di esami di radiologia urgenti e in elezione. La sede centrale (Hub), in una prima fase sperimentale, sarà presso l'IRCCS Policlinico di Milano, che in qualità di Hub avrà le seguenti responsabilità organizzative e operative verso gli Enti che desiderino aderire alla rete (spoke):

- Gestione dei turni di refertazione in guardia attiva in presenza per copertura diretta presso la struttura richiedente;
- Coordinamento delle attività di telerefertazione - teleconsulto tramite piattaforme informatiche certificate e integrate nei sistemi aziendali;
- Pianificazione della turnazione del personale specialistico in funzione del volume e della tipologia di richieste (urgenza, elezione, continuità assistenziale);
- Supervisione clinica e assicurazione della qualità, in conformità con le normative regionali e nazionali.

Il fine ultimo è sopperire alla crescente difficoltà nel reperire personale medico specialista, efficientando le risorse disponibili e creando sinergie tra i diversi Enti.

2.3.2. Attività di monitoraggio per le grandi apparecchiature di diagnostica

In continuità con l'analisi avviata nello scorso biennio dalla DG Welfare, relativa al funzionamento delle grandi apparecchiature di diagnostica con particolare riferimento a TC e RM, si prevede di consolidare il percorso attraverso un monitoraggio continuativo nel corso del 2026. L'attività si baserà sugli indicatori già individuati (volumi di attività, orari di apertura, utilizzo delle risorse professionali) e consentirà di valutare periodicamente il grado di efficienza e omogeneità tra gli Enti del Sistema sociosanitario regionale.

Gli esiti del monitoraggio costituiranno strumento di indirizzo per l'adozione di eventuali misure correttive e per favorire una più equa distribuzione delle risorse, contribuendo al miglioramento complessivo della qualità delle prestazioni e alla riduzione delle liste di attesa. In prospettiva, il modello di analisi potrà essere esteso anche ad altre tipologie di apparecchiature e ambiti clinici, in raccordo con le società scientifiche e i centri di riferimento.

2.4. Ricoveri

Nel corso del 2026 sarà valutato l'effettivo utilizzo, da parte delle ATS, della piattaforma per la gestione delle liste di attesa dei ricoveri (LAR), attraverso il monitoraggio delle azioni da esse implementate, tra cui, a titolo esemplificativo, l'attivazione di convenzioni tra Enti e l'individuazione di soluzioni per l'ottimizzazione delle stesse. Gli Enti saranno tenuti a caricare sulla piattaforma i dati relativi alle liste di attesa dei ricoveri delle proprie strutture.

Inoltre, verrà monitorato l'effettivo utilizzo delle liste di presa in carico attraverso la compilazione della data di presa in carico.

2.4.1. Monitoraggio tempi di attesa

In attuazione degli obiettivi prioritari del PSSR della XII Legislatura finalizzati a garantire a tutti i cittadini piena accessibilità alle prestazioni sanitarie, si definiscono per l'anno 2026 i seguenti obiettivi di performance del rispetto dei tempi massimi di attesa per i ricoveri chirurgici programmati, fissati in modo coerente per il raggiungimento dei target a dicembre 2027:

	Baseline (da PRSS)	Target 2025	Target 2027 (da PRSS)
% di rispetto dei tempi di attesa nei ricoveri chirurgici oncologici programmati - classe di priorità A	83%	88%	90%
% di rispetto dei tempi di attesa nei ricoveri chirurgici non oncologici programmati - tutte le classi di priorità	79%	85%	90%

Il monitoraggio mensile del livello di target raggiunto da parte degli Enti erogatori, reso disponibile dalla DG Welfare con la produzione di report regionali specifici per Ente, accorpati per ATS territoriale di riferimento (Portale di Governo regionale), consentirà l'individuazione di aree critiche e la determinazione di relativi piani di miglioramento per conseguire i risultati indicati.

2.4.2. Progetto ministeriale per il governo delle liste di attesa per ricoveri chirurgici programmati

Si completerà l'evento formativo "Il percorso di cura del paziente chirurgico programmato", avviato a giugno 2025 nell'ambito della Comunità di pratica dei Direttori Sanitari degli Enti SSR, con la realizzazione di 4 giornate formative rivolte principalmente ai Chirurghi e alle Direzioni Strategiche, attraverso il supporto organizzativo di PoliS-Lombardia e la partecipazione di esperti di settore. Si richiama che l'obiettivo atteso, a conclusione del percorso, è finalizzato alla diffusione delle linee guida sul percorso del paziente chirurgico programmato e allo sviluppo di indicatori per monitorare il processo e migliorarlo, secondo gli indirizzi programmatori regionali.

Nel 2026 verrà implementato a cura del Ministero della Salute il progetto di ricerca annuale "Sperimentazione di un flusso informativo per il monitoraggio ed il governo della capacità produttiva chirurgica per interventi programmati" (cosiddetto Re-Op), che fonda i principi sui risultati del progetto "Applicazione di modelli organizzativi per il Governo delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati", realizzato nel triennio 2022-2025 e di prossima conclusione. Obiettivo della nuova sperimentazione è di conoscere e valutare in modo oggettivo, nei diversi ambiti aziendali e regionali, la capacità produttiva chirurgica di un campione rappresentativo di strutture ospedaliere del Servizio Sanitario Nazionale.

L'adesione di Regione Lombardia al progetto, che avverrà con gli Ospedali Pilota e i referenti già coinvolti nelle precedenti progettualità che hanno confermato la propria disponibilità, consentirà un'ulteriore integrazione delle azioni di programmazione sanitaria tra i diversi livelli di governo nell'ambito delle prestazioni chirurgiche programmate.

2.4.3. Governo e monitoraggio dei tempi/liste di attesa (flussi, siti web, formazione)

Proseguirà l'azione di coordinamento regionale sull'adeguamento dei siti web -sezione tempi di attesa degli Enti SSR, sia per i dati relativi al nuovo flusso ex-ante MTA della specialistica ambulatoriale (riferimento: nota G1.2025.0039478 del 09/10/2025 e ss.mm.ii.), sia per quelli ex-post sui ricoveri.

Entro il 31/12/2026, i siti web dovranno essere adeguati anche dalle strutture private accreditate a contratto.

Poiché le ATS costituiscono "ambito di garanzia territoriale", si evidenzia il loro ruolo di coordinamento, raccordo e monitoraggio della pubblicazione dei siti web da parte degli Enti erogatori insistenti nel territorio di competenza (ASST, IRCCS di Diritto pubblico e IRCCS di diritto privato).

L’aggiornamento dei siti dovrà avvenire con cadenza mensile.

Eventuali richieste di approfondimento potranno essere formulate direttamente alla U.O. Controllo e monitoraggio dati, LEA e outcome.

2.4.4. Dematerializzazione della ricetta per la prescrizione dei ricoveri

Con un successivo provvedimento verranno fornite le indicazioni necessarie per avviare il passaggio alla prescrizione dematerializzata anche per le procedure di ricovero.

2.5. Sanità Integrativa

Nel corso del I trimestre del 2026 sarà effettuata dalla DG Welfare una ricognizione in merito alle convenzioni sottoscritte dagli EEP, al fine di valutare gli esiti di quanto emanato con DGR n. XII/4986/2025. In particolare, saranno valutati:

- Il numero di convenzioni sottoscritte per l’erogazione di prestazioni diagnostiche-ambulatoriali e di ricovero, sia in forma diretta che in forma indiretta, dettagliando i soggetti contraenti;
- Il numero di professionisti aderenti per singola convenzione, suddivisi per specialità;
- La valorizzazione del campo onere prestazione “6” nel flusso 28/SAN per le prestazioni ambulatoriali erogate in regime di sanità integrativa.

3. PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRONICO

3.1. Prosieguo del progetto di presa in carico secondo le modalità già definite con la DGR n. XII/2755/2024

Così come previsto per l'anno 2024 e per l'anno 2025, anche per l'anno 2026 al MAP/PLS è garantita una quota incentivante pari a 8,00 euro (oneri inclusi) a paziente preso in carico nel caso di soddisfacimento di entrambe le seguenti condizioni:

- raggiungimento a livello di singolo MAP/PLS della presa in carico di almeno il 15% dei propri assistiti cronici totali. Per il raggiungimento dell'obiettivo verranno considerati solo i nuovi PAI pubblicati nell'anno di riferimento (sono esclusi i rinnovi);
- raggiungimento o superamento del valore soglia con riferimento a tutti gli indicatori di cui all'allegato n. 3A della DGR n. XII/2755/2024 da parte del MAP/PLS per i propri pazienti presi in carico (nuove pubblicazioni e rinnovi);

Restano in vigore anche per il 2026 gli indicatori correlati all'erogazione del saldo alle Cooperative e alle ASST per l'attività dei Centri Servizi indicati nell'allegato n. 3B della DGR n. XII/2755/2024.

Per quanto riguarda l'"Indicatore di monitoraggio delle prenotazioni" il valore soglia per l'annualità 2026 verrà definito con un successivo provvedimento a seguito del monitoraggio effettuato nell'anno 2025.

3.2. Obbligo per ASST di prendere in carico i pazienti assistiti dai MAP a loro afferenti che non partecipano al modello

Così come disposto dalla richiamata DGR n. XII/2755/24 e ribadito agli Enti con nota Protocollo G1.2024.0036023 del 24/09/2024 "le *ASST, gli IRCCS e gli Enti erogatori privati accreditati a contratto dovranno assicurare la continuità del percorso per i pazienti già presi in carico fintanto che non sarà avviata la presa in carico da parte del MMG/PLS verso il quale il paziente dovrà essere successivamente reindirizzato dall'ente, in modo da assicurare la nuova arruolabilità del cittadino da parte del proprio MMG/PLS.*", gli Enti definiti gestori dai precedenti provvedimenti regionali dovranno garantire la continuità di cura ai pazienti già presi in carico fino al subentro effettivo dei MAP/PLS nel modello.

Di conseguenza, il percorso dei pazienti già presi in carico da parte di ASST, IRCCS ed Enti erogatori privati accreditati a contratto dovrà essere assicurato con i rinnovi da parte di tali Enti dei PAI in scadenza; analogamente tali Enti dovranno accogliere eventuali nuove richieste di adesione alla PIC.

Nel corso del 2026 sarà valutata l'implementazione di un flusso informativo ad hoc uniforme per la valorizzazione.

3.3. Standardizzazione del processo di cessazione dell'attività da parte delle Cooperative iscritte all'elenco dei Gestori

Quando una Cooperativa decide di interrompere la propria attività come Gestore iscritto nell'elenco territoriale di un'ATS, deve seguire una procedura precisa per garantire la continuità assistenziale e il corretto funzionamento del sistema.

In particolare, la Cooperativa deve:

- Comunicare per tempo la cessazione
  Inviare, tramite PEC, all'ATS competente e alla DG Welfare la propria intenzione di recedere dal contratto come Gestore della presa in carico. La comunicazione deve essere effettuata con congruo

anticipo, concordando con l'Agenzia le tempistiche di cessazione, così da permettere un'adeguata informazione agli assistiti e una gestione ordinata della transizione.

- Completare gli adempimenti necessari prima della chiusura
  L'interruzione delle funzioni di accompagnamento da parte del Centro Servizi è subordinata al completamento delle seguenti attività:
  - Revoca dei contratti di avvalimento con gli erogatori di filiera, nel rispetto dei termini di preavviso previsti nei contratti. Copia della comunicazione va inviata anche ad ATS.
  - Completamento delle attività previste nel PAI fino ad individuazione di nuova modalità di presa in carico da parte del MAP/PLS.
  - Chiusura dei PAI (Piani Assistenziali Individuali) e disarruolamento degli assistiti a cura della Cooperativa: tramite il sistema gestionale di Cooperativa, utilizzando i servizi centrali di Gestione Presa in Carico, il Clinical Manager (MAP/PLS) o operatori amministrativi o di Centro Servizi devono eseguire il disarruolamento di tutti gli assistiti. I Clinical Manager devono inoltre informare gli assistiti della chiusura dei PAI e della cessazione delle attività.
  - Invio ad ATS della conferma di chiusura dei PAI, come attestazione della conclusione delle attività assistenziali.
- Gestione di eventuali criticità tecniche
  Se dovessero emergere problemi nel disarruolamento, la Cooperativa dovrebbe provvedere ad aprire una segnalazione (ticket) al canale di assistenza (SPOC) di ARIA S.p.A. e monitorare la risoluzione per completare le operazioni, eventualmente comunicando all'ATS il numero di ticket e lo stato di avanzamento. L'ATS potrà chiedere aggiornamenti tramite i propri contatti di riferimento.

Una volta completati gli adempimenti, ATS procederà: alla disabilitazione dei Clinical Manager ancora attivi, e, con un atto formale, alla cancellazione della Cooperativa dall'elenco dei Gestori autorizzati nel territorio.

Per motivi contabili legati ai pagamenti (acconti e saldi), la disabilitazione della Cooperativa nel gestionale GPC AMM avverrà solo dopo l'estrazione della remunerazione del primo semestre successivo alla data di cessazione.

Infine, gli uffici competenti dell'ATS contatteranno i Clinical Manager per:

- definire le modalità di informazione agli assistiti arruolati,
- raccogliere eventuali manifestazioni di interesse a proseguire la presa in carico, sia attraverso un'altra Cooperativa Gestore del territorio, sia tramite le funzionalità del sistema SGDT.

3.4. Finanziamento

Macroarea n. 5 delle attività della presa in carico, comprensive di una quota fino a 42 milioni di euro per il finanziamento delle attività erogate a favore di pazienti fragili per la presa in carico.

4. RICERCA

4.1. Ricerca

4.1.1. Sostegno e Indirizzo all'Attività di Ricerca Biomedica

L'attività di ricerca, promossa tramite l'indizione di bandi su proposta della DG Welfare tramite FRRB, è indirizzata dalla Regione Lombardia in coerenza con la programmazione triennale di cui alla L.R. 29/2016 e le linee guida programmatiche approvate dalla Giunta. È la DG Welfare a definire le tematiche e le priorità.

Per quanto riguarda le risorse per l'attività di FRRB nel 2026, si prevede l'utilizzo di risorse derivanti dagli accantonamenti o dai residui non ancora utilizzati di bandi precedentemente indetti e non ancora espletati/conclusi, previa valutazione da parte della DG Welfare per le tematiche oggetto dei bandi. L'erogazione di ulteriori fondi sarà subordinata al completo utilizzo delle risorse già incassate da Piani di Azione precedenti. Si evidenzia altresì che le risorse previste per le spese di funzionamento dalla DGR n. XII/3720/2024 per l'anno 2025, non essendo approvato il Piano di Azione 2025, non saranno erogate e potranno trovare capienza all'interno della disponibilità di cassa della FRRB. Analogamente, per il 2026 non si prevede da parte della Direzione Generale Welfare un contributo per le spese di funzionamento che rimarranno a carico della FRRB.

FRRB si farà carico delle attività di rendicontazione dei progetti finanziati. L'erogazione dei nuovi fondi è infatti condizionata alla trasmissione alla DG Welfare della documentazione prevista dall'Accordo, inclusi i dati sulla rendicontazione contabile e sullo stato di avanzamento scientifico dei progetti in corso e la ricognizione delle somme già erogate.

Infine, le attività di ricerca finanziate saranno sottoposte a valutazione, che avverrà anche attraverso l'analisi e il monitoraggio degli indicatori di esito (outcome) della ricerca stessa. In sintesi, FRRB opera come braccio operativo per l'emanazione dei bandi su indicazione della DG Welfare e la gestione amministrativa/rendicontale dei progetti, le cui priorità sono stabilite a livello regionale.

4.1.2. Modalità di Progettazione e Finanziamento da Parte della Regione

DG Welfare potrà attivare finanziamento della ricerca attraverso tre principali modalità operative, in coerenza con le politiche sanitarie e di innovazione:

Modalità Top-Down

DG Welfare definisce priorità strategiche e obiettivi di ricerca, pubblicando bandi mirati. I progetti dovranno quindi rispondere a tematiche predefinite

Questa modalità garantisce coerenza con il Piano Sanitario Regionale e con le linee guida nazionali.

Avviso Aperto agli Enti del Servizio Sanitario Locale (SSL)

DG Welfare pubblica un avviso pubblico per progetti di ricerca indipendente rivolto a tutti gli enti del SSL (ATS, ASST, IRCCS, ecc.), che possono proporre progetti liberamente, purché:

- Coerenti con le finalità regionali
- Sostenibili e replicabili
- Dotati di un piano di valutazione dell'impatto con concrete ricadute sull'attività clinico-assistenziale

Questa modalità favorisce la partecipazione diffusa e valorizza le competenze locali.

Assegnazione finalizzata agli IRCCS Pubblici e alle ASST su tematiche specifiche in cui la DG Welfare può assegnare direttamente fondi a IRCCS pubblici e ASST per il raggiungimento di obiettivi specifici, come:

- Studi clinici multicentrici
- Sviluppo di biobanche regionali

- Progetti di ricerca con concrete ricadute sull'attività clinico-assistenziale

Questa modalità consente di accelerare l'attuazione di progetti strategici e di valorizzare le eccellenze scientifiche regionali.

Finanziamento previsto per la ricerca clinico assistenziale sino a 20 milioni di euro.

Al fine di favorire la ricerca clinica, d'intesa con la U.O. Farmaci e Dispositivi, nel corso del 2026 sarà obiettivo regionale andare a definire procedure comuni e omogenee (dal contratto al consenso), con il supporto del coordinamento del gruppo delle 6 segreterie dei Comitati Etici Lombardia, in ottica di digitalizzazione della documentazione che è mandatorio per tutti i 6 CET.

Si richiama l'opportunità che gli ospedali Hub coinvolgano nelle sperimentazioni cliniche gli ospedali spoke della propria macroarea, al fine di favorire sia il reclutamento dei pazienti che la condivisione delle conoscenze.

4.1.3. Fibrosi cistica

Nel 2026, proseguirà la ricerca per la prevenzione e cura della fibrosi cistica, come previsto dalla L. n. 548/93, attraverso il supporto a progetti del Centro di Riferimento Regionale (IRCCS Ospedale Policlinico di Milano) e del Centro di Supporto (ASST Spedali Civili di Brescia). Verranno stanziate risorse da parte di Regione Lombardia, in attesa del conferimento dei fondi dal Ministero della Salute, e assegnate in base alle progettualità sviluppate dalle due strutture che collaboreranno.

4.1.4. Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo (SBBL)

Regione Lombardia ha istituito con L.R. n. 41 del 12 dicembre 1994 il Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo (SBBL).

La successiva L.R. del 7 marzo 2011, n. 6 ne modifica la configurazione e prevede che il Sistema accolga le adesioni anche di strutture pubbliche o private non lombarde. SBBL è un segno tangibile della proficua collaborazione che da tempo esiste tra Regione Lombardia e le Istituzioni lombarde della cultura biomedica e di come la Regione affronti a lungo termine il problema della salute. L'obiettivo di SBBL è quello di mettere a disposizione degli operatori sanitari servizi di informazione biomedica di qualità e l'esperienza acquisita nelle migliori biblioteche lombarde per favorire una rapida, mirata ed aggiornata informazione scientifica.

Nel 2026, la DG Welfare continuerà a consolidare e diffondere la conoscenza scientifica nel SSR, anche tramite il Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo (SBBL).

L'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda rimarrà il centro di riferimento regionale per la gestione di SBBL. Il finanziamento pubblico sarà composto da un contributo regionale di 2.150.000 euro e una quota a carico delle ATS, ASST, IRCCS pubblici, AREU, e ACSS di massimo 2.535.750 euro. Le quote saranno determinate in base ai servizi offerti e al numero dei dipendenti. La quota degli enti privati che parteciperanno ai contratti centralizzati sarà calcolata sulla base dei servizi resi disponibili e in relazione ai costi editoriali. Saranno inclusi anche contributi da enti non collegati alla DG Welfare.

Il finanziamento pubblico dipende da vari fattori, tra cui l'inserimento di nuovi enti, l'integrazione dei Medici di Assistenza Primaria, l'aumento dei costi editoriali, la trasformazione dei contratti editoriali, l'integrazione AI in alcuni database allo scopo di mantenere gli abbonamenti in atto e poter far fronte ad ulteriori acquisizioni.

Le strutture pubbliche aderenti a SBBL dovranno verificare la non duplicazione dei costi prima di acquisire abbonamenti a risorse clinico-scientifico e tecnico-amministrativo-giuridiche con la collaborazione del CRR che rileverà i fabbisogni documentali proponendo una razionalizzazione dei costi pubblici attraverso un censimento. Inoltre, si prevede di ampliare la rete di strutture aderenti, anche fuori dalla Lombardia, per ridurre la quota a carico delle strutture pubbliche lombarde e potenziare il patrimonio bibliografico.

4.2. Progetti internazionali

Nel 2026, la progettazione europea si concentrerà su:

- continuazione dei progetti europei e Joint Action in corso;
- avvio di nuovi progetti con la partecipazione diretta della DG Welfare, ARIA e Enti territoriali del SIREG e degli IRCCS;

La continuazione dei progetti europei e l'avvio di nuove progettualità, è supportata da parte dell'Ufficio competente della DG Welfare, attraverso la gestione amministrativa/economica dei progetti e all'affiancamento alle altre UO/Strutture della stessa Direzione. Inoltre, è garantita la promozione della formazione rivolta al personale degli Enti sanitari territoriali tramite opportunità formative esterne e tramite la rete dei referenti delle ATS, ASST e IRCCS pubblici.

Le tematiche di interesse includono: interoperabilità dei servizi di E-health, telemedicina, telemonitoraggio, modelli di medicina personalizzata per la popolazione fragile, salute globale, prevenzione delle malattie croniche e promozione della salute, con focus su demenza, salute mentale, malattie cardiovascolari e diabete, lotta contro il cancro. Particolare attenzione verrà dedicata alle tematiche di Intelligenza artificiale.

4.2.1. Progetti di cooperazione internazionale ed interventi sanitari umanitari

Per il 2026, sono stanziati fino a 1,8 milioni di euro per proseguire gli interventi sanitari umanitari a favore di cittadini extracomunitari che non possono ricevere cure adeguate nei loro Paesi di provenienza, su richiesta di Associazioni no profit (con un massimo di 8 richieste per Ente). Inoltre, i fondi saranno destinati a sostenere ulteriori iniziative individuate dalla DG Welfare, comprese azioni umanitarie legate a emergenze sanitarie o accordi con altri Paesi o Regioni.

4.3. CAR-T

Le terapie con cellule CAR-T rappresentano uno degli ambiti più avanzati della medicina personalizzata e richiedono, per loro natura, un livello estremamente elevato di specializzazione, integrazione professionale e strutturazione organizzativa. L'erogazione sicura ed efficace di tali trattamenti presuppone infatti che i centri coinvolti dispongano di specifici requisiti: una ematologia ad alta complessità, la disponibilità di posti letto in terapia intensiva, competenze consolidate nella gestione delle tossicità acute e ritardate e una logistica altamente coordinata, in grado di connettere in modo efficiente processi clinici, produttivi e amministrativi.

In questo contesto riveste un ruolo fondamentale la Rete Ematologica Lombarda (REL), già strutturata per favorire l'integrazione clinica, la standardizzazione dei percorsi e la condivisione delle competenze tra le ematologie regionali. La REL costituisce l'infrastruttura professionale naturale su cui innestare la rete CAR-T, garantendo un modello di collaborazione interaziendale già collaudato, capace di supportare le diverse fasi. L'esperienza maturata dalla REL nella gestione regionale dei PDTA ematologici, nei sistemi di governance clinica integrata e nei processi di audit e monitoraggio rappresenta inoltre un fattore abilitante per l'armonizzazione dei criteri di eleggibilità, la gestione delle complicanze e la misurazione degli esiti.

La crescente rilevanza clinica delle CAR-T e la necessità di garantire equità di accesso ai pazienti lombardi rendono indispensabile la costituzione di una rete clinico-organizzativa sovra-aziendale, pienamente coerente con gli indirizzi di Regione Lombardia in materia di reti di patologia, alta specialità e modelli organizzativi interaziendali. In questa prospettiva viene avviata una sperimentazione regionale che coinvolgerà tutti i centri autorizzati alla somministrazione di terapie CAR-T in Lombardia, integrandoli funzionalmente con le strutture e i meccanismi già operativi nella REL, con l'obiettivo di strutturare un modello collaborativo stabile, misurabile e scalabile.

L’equità di accesso sarà perseguita attraverso due leve principali:

- la definizione di bacini territoriali omogenei, assegnati ai centri CAR-T sulla base della distribuzione della popolazione e delle linee di mobilità sanitaria, così da garantire uniformità di presa in carico, appropriatezza dei percorsi e riduzione delle disomogeneità territoriali;
- la centralizzazione e integrazione delle informazioni relative ai volumi, alle disponibilità di trattamento e agli slot clinico-organizzativi, con una piattaforma condivisa che consenta una gestione dinamica della capacità dei centri, migliorando saturazione, efficienza e trasparenza. Tali strumenti saranno sviluppati in continuità con i sistemi informativi collaborativi già adottati all’interno della REL, favorendo interoperabilità e coerenza metodologica.

In coerenza con quanto previsto dalle Regole di Sistema per le Alte Specialità e con gli indirizzi del PSSR in tema di reti, governo clinico integrato e presa in carico delle patologie ad alta complessità, la Direzione Generale Welfare attiverà formalmente il percorso organizzativo a partire dal 2026. Tale percorso sarà finalizzato alla definizione di modelli operativi standardizzati, criteri di appropriatezza per l’invio, protocolli condivisi per la gestione delle complicanze e strumenti informativi interoperabili, assicurando una governance regionale unitaria e la piena valorizzazione delle competenze presenti nel sistema sanitario lombardo. La collaborazione con la Rete Ematologica Lombarda costituirà un elemento cardine per assicurare coerenza organizzativa, diffusione delle best practice e allineamento dei percorsi assistenziali su tutto il territorio regionale.

5. RETI

5.1. Reti assistenziali ed organizzative

Le reti rappresentano un modello organizzativo che consente da un lato, di garantire la continuità e l'omogeneità del trattamento sul territorio, l'appropriatezza degli interventi basati su protocolli di cura condivisi in base alle "best practice" e, dall'altro, di sviluppare la diffusione di Centri di eccellenza, di innovazione e di tecnologie ad elevato standard, nonché di Centri complementari a minore complessità organizzativa, indispensabili per l'effettiva ed efficace qualità di un sistema sanitario integrato.

In tal senso, per potenziare e ampliare la rete regionale dell'assistenza, della didattica, della formazione e della ricerca, i rapporti tra il Sistema Sanitario Regionale e Università Pubbliche e Private sono oggetto del protocollo d'intesa stipulato tra Regione e le Università Lombarde sedi di facoltà di medicina e chirurgia nel rispetto sia delle competenze e responsabilità delle Università e degli erogatori.

Nel corso del 2026, si proseguirà con il governo dei percorsi di cura per patologie specifiche attraverso la definizione dei relativi PDTA e l'individuazione dei Centri di riferimento. La corretta presa in carico del paziente e il rispetto degli indicatori di monitoraggio potrà essere legato ad eventuali incrementi di budget, così da implementare l'appropriatezza ed efficacia del percorso di presa in carico e del relativo follow up.

5.1.1. Rete Oncologica Lombarda (ROL)

Si porrà particolare attenzione al percorso eredo-familiare e ad alcune aree oncologiche di particolare rilevanza quali:

- tumore del colon-retto,
- tumore del polmone,
- tumore della prostata,
- tumore della mammella,
- neoplasie ginecologiche.

Verranno identificati i Centri Spoke che afferiscono ai Centri HUB nel percorso oncologico al fine di semplificare il processo di presa in carico del paziente. Verrà data priorità alla definizione di specifici percorsi per la presa in carico del paziente con patologie eredo-familiari.

Pancreas Unit

La DG Welfare proseguirà con il monitoraggio iniziato nel corso del secondo semestre 2025, con il quale si verificherà il rispetto dei criteri necessari per essere identificati come Centri di riferimento (Pancreas Unit). In caso di non rispetto dei requisiti sarà ridefinita la rete con le relative afferenze.

Da gennaio 2026, gli indicatori di monitoraggio e di esito delle Pancreas Unit saranno visibili tramite tableau e le specifiche tecniche aggiornate saranno approvate con successivo atto.

Tumori ginecologici

La DG Welfare, in collaborazione con la Commissione Salute Donna della Rete Ostetrico-Ginecologica e Neonatale e la ROL, proseguirà i lavori per l'efficientamento della presa in carico della donna affetta da neoplasia oncologica con l'approvazione del relativo PDTA (Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale).

Breast Unit

Sarà assicurato un monitoraggio puntuale dei volumi di attività chirurgica per tumore maligno della mammella, al fine di garantire la sicurezza, l'efficacia e l'appropriatezza delle procedure e di favorire la piena riconduzione delle Breast Unit agli standard previsti dal D.M. 70/2015.

In coerenza con quanto stabilito dalla DGR n. 2672 del 23 dicembre 2019, si richiama che gli erogatori pubblici e privati accreditati che non abbiano raggiunto il volume minimo di 150 interventi annui di chirurgia mammaria (con una tolleranza del ±10%) e non abbiano ottenuto dalla ATS competente l'approvazione di un progetto operativo di attivazione o potenziamento di una Breast Unit, anche in forma interpresidio o interaziendale, conforme alle disposizioni nazionali e regionali vigenti, non potranno erogare tali prestazioni a carico del Servizio Sanitario Nazionale pertanto nel caso in cui tali prestazioni venissero rendicontate, non saranno oggetto di remunerazione.

Le strutture dovranno inoltre assicurare che, a partire da gennaio 2026, gli interventi del Centro di Senologia siano eseguiti in modo da erogare almeno 150 interventi presso ciascun reparto e struttura con univoca disciplina di riferimento afferenti alla medesima Breast Unit, garantendo uniformità gestionale e qualità del percorso assistenziale.

Verranno avviate specifiche attività di monitoraggio sulla corretta presa in carico e sul follow-up delle pazienti afferenti ai percorsi di senologia, attraverso appositi indicatori (BU09 e BU10) le cui specifiche tecniche saranno approvate con successivo atto.

Codice	Nome indicatore	Target
BU09	Pazienti che effettuano le visite di controllo nei 5 anni successivi all'intervento presso la stessa Breast Unit del ricovero	>=90%
BU10	Pazienti che effettuano le prestazioni di diagnostica (ecografia della mammella e mammografia) nei 5 anni successivi all'intervento presso la stessa Breast Unit del ricovero	>=70%

5.1.2. Rete Ematologica Lombarda (REL)

Nel corso del 2026 proseguiranno le attività della Rete Ematologica Lombarda (REL), con particolare riferimento allo sviluppo dei percorsi di oncoematologia territoriale e alla definizione strutturata dei criteri e delle modalità per l'accesso alle terapie innovative, anche in raccordo con i modelli organizzativi sperimentati.

5.1.3. Rete Cardiovascolare

Si procederà all'identificazione secondo la DGR n. XII/3522/2020 dei Centri per lo scompenso cardiaco per livello di intensità di cura.

Proseguirà la definizione dei criteri di appropriatezza per le procedure cardiochirurgiche, con l'obiettivo di uniformare i percorsi di cura e ottimizzare l'utilizzo delle risorse negli Enti erogatori regionali, con l'approvazione dei criteri di appropriatezza per il trattamento di sostituzione o riparazione delle valvole mitrale e tricuspide.

5.1.4. Rete Epatogastroenterologica (REGAL)

A seguito della DGR n. XII/4679/2025 che ha identificato le Unità di Cura per il trattamento delle Emorragie Digestive (UCED) diversificate per livello di intensità di cura, si provvederà a definire le afferenze della Rete.

5.1.5. Rete regionale delle Malattie Rare

Nel corso del 2026 si provvederà:

- all'aggiornamento della Rete regionale delle Malattie Rare;
- ad effettuare una verifica in termini di casi inseriti nel Registro regionale delle Malattie Rare per singola patologia, utilizzando i dati più recenti disponibili. In esito a tale verifica si valuterà la permanenza o meno dei Centri di riferimento, per le singole patologie, nell'ambito della Rete regionale delle malattie rare, sulla base dei criteri indicati nell'Allegato 3) alla DGR n. XII/5056 del 29/09/2025.

I fondi destinati all'attuazione del *"Piano Nazionale Malattie Rare 2023 - 2026"* per gli anni 2023 e 2024 sono stati assegnati con i seguenti provvedimenti:

- Decreto della DG Welfare n. 7403 del 25/5/2025 “Assegnazione, qualificazione di impegno e liquidazione parziale dei fondi destinati all’attuazione del “Piano nazionale malattie rare 2023 - 2026”, per l’anno 2023, ai sensi della DGR n. XII/3729 del 30/12/2024”;
- DGR n. XII/4266 del 30/04/2025 “Determinazioni in merito alla remunerazione di alcune funzioni non coperte da tariffe predefinite svolte dalle aziende ed enti sanitari pubblici e privati accreditati per l’anno 2024” (i fondi per le malattie rare sono compresi nella funzione10).

Si provvederà a verificare l’attuazione delle attività previste dal *“Piano nazionale malattie rare 2023 - 2026”*, tenendo in considerazione le indicazioni di utilizzo dei citati fondi riportate nell’Allegato 1) alla DGR n. XII/3729 del 30/12/2024.

Nel 2026 verrà implementata la scheda emergenza per le malattie rare.

In merito alla deliberazione n. XII/5285 del 10 novembre 2025, recante “Nuove disposizioni in materia di Screening Neonatale Obbligatorio (SNO), Screening Neonatale Esteso (SNE) – Attivazione dei programmi regionali di screening neonatale per l’Immunodeficienza Combinata Grave (SCID) e per l’Adrenoleucodistrofia legata all’X (XALD)”, si dispone la rettifica, per mero errore materiale, della Tabella “Afferenze dei Punti Nascita ai CCR per SNE” di cui al relativo Sub-Allegato B, che viene sostituita come riportato nell’§Appendice 7: *Afferenze dei Punti Nascita ai CCE per SNE.*

5.1.6. Rete Endocrinologica – Rete Osteoporosi

Nel corso del 2026 si provvederà all’approvazione del PDTA per la gestione del paziente affetto da osteoporosi, fratture di fragilità e patologie osteometaboliche.

5.1.7. Rete delle Neuroscienze - Rete Demenze

Nel 2026, è prevista la prosecuzione delle attività del Fondo Demenze 2024-26, come previsto dalla DGR n. XII/4476 del 03/06/2025, in particolare si provvederà:

- alla sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di telemedicina tesi ad assicurare la continuità delle cure nei diversi setting assistenziali;
- alla definizione di attività di sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di teleriabilitazione tesi a favorirne l’implementazione nella pratica clinica corrente.

Si procederà, inoltre, alla valutazione dei più recenti sviluppi scientifici, terapeutici e tecnologici nel campo, col fine di predisporre un eventuale adeguamento del PDTA-R per i disturbi cognitivi e demenze, istituito con DGR n. XII/1553 del 18/12/2023.

5.1.8. Rete PMA - Banca dei gameti

Nel 2026, sono previste risorse fino a un massimo di 2 milioni di euro per supportare le attività della Banca regionale di crioconservazione e distribuzione dei gameti da donazione, situata presso l'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano. Il previsto ammontare è basato sulla stima dei costi necessari per tali attività, derivante dalle spese documentate nelle rendicontazioni annuali presentate dalla ASST alla DG Welfare.

5.2. Reti tempo dipendenti

5.2.1. Rete ostetrico-neonatale e ginecologia

Nell’ambito del processo di efficientamento del Sistema Sanitario e Sociosanitario Lombardo, la Rete si valorizza con le seguenti levi strategiche:

- Riorganizzazione complessiva dei Centri di riferimento e delle Afferenze dei Punti Nascita ai sensi dell’Accordo Stato Regione del 2010, dell’Accordo Stato Regione del 2018 e del DM 70/2015;
- Attivazione del *“Networking Ostetrico-Neonatale”,* con cadenza semestrale, organizzato dal Comitato Percorso Nascita regionale (CPNr) con la partecipazione dei Coordinatori del Comitato Percorso Nascita Locale (CPNl) finalizzato alla condivisione e monitoraggio delle attività della rete;

- Monitoraggio dei provvedimenti pilota DGR n. XII n.4557 del 16.06.2025 (Elisoccorso per il Servizio di Trasporto assistito materno) e DGR n. XII n.4892 del 04/08/2025 (Continuità Assistenza Ostetrica: la prima visita domiciliare alla donna dopo il parto a cura dell'ostetrica);
- Progettazione, sviluppo e implementazione della Reportistica informatizzata STAM, STEN-STEL con mappatura e implementazione dei campi di interesse per l'alimentazione del Data Warehouse (DWH). La piattaforma report nel secondo semestre 2026 è accessibile da parte degli utenti del sistema TABLEAU. L'accesso alla cartella STEN-STEL è esteso ai professionisti che compongono l'equipe di assistenza al trasporto (infermieri e altri professionisti coinvolti);
- Simulazioni in area ostetrica e simulazioni in area neonatale: a riguardo si rimanda al capitolo §9.15. Tutti gli Enti mantengono, altresì, gli interventi formativi ed educativi descritti nella DGR n. 4938/2025 pagina 20 e succ.;
- Completamento regionale dell'implementazione dell'Agenda Percorso Nascita Web, correlata alla prescrivibilità degli esami strumenti strumentali e di laboratorio individuati per la sorveglianza della donna in gravidanza e in puerperio;
- Formazione, Avvio e Monitoraggio del nuovo Flusso Cedap ai sensi del Decreto Ministero della Salute 05 Maggio 2025 Certificato di assistenza al parto, per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi di nascita, di nati-mortalità ed ai nati affetti da patologie congenite -GU n.128 del 5-6-2025-
- Promozione dell'Accordo Stato Regioni 28 novembre 2024 "Disponibilità del latte umano donato in Italia" nelle Banca del Latte Umano Donato (BLUD)
- VIGILANZA E ACCREDITAMENTO del Polo Ospedaliero. In attesa della revisione e aggiornamento degli ulteriori requisiti di autorizzazione e accreditamento, si evidenzia che il requisito riferito all'assistenza e alla presenza infermieristica sia soddisfatto dalla presenza e assistenza del personale ostetrico (APSF) nelle aree di Degenza, nelle aree a Ciclo diurno (Ambulatoriali, Mac, Day-Hospital/Day-surgery), nella Sala operatoria e nell'Area Materno-Infantile che afferiscono al Settore ostetrico-ginecologico e neonatale.
- DEPRESSIONE PERINATALE. L'attenzione allo stato di salute, sia dal punto di vista fisico che psichico, della donna costituisce un elemento fondamentale e integrante dell'assistenza perinatale per le ricadute in esiti positivi a medio e lungo termine. La depressione perinatale colpisce una donna su cinque e il suicidio è la prima causa di morte delle puerpere nei dodici mesi seguenti al parto. Oltre a questi effetti sulla donna, sono da sottolineare gli effetti a medio e lungo termine sulla salute fisica e psichica del bambino. Regione Lombardia ha promosso molte azioni di supporto alla perinatalità, una delle quali con la Deliberazione del Consiglio regionale n.395/2024; in ordine cronologico la DG Welfare con Deliberazioni XII n.1141/2023 e n.4892/2025 che hanno confermato, tra tante azioni, al Consultorio Familiare il compito di promuovere la salutogenesi, garantire lo screening in tema di depressione perinatale raccomandato da SNLG_ISS 2025 Gravidanza Fisiologia 2^ parte; https://www.epicentro.iss.it/materno/pdf/SNLG%201_2025%20Gravidanza-fisiologica%20Parte-2.pdf;
- https://www.epicentro.iss.it/materno/pdf/gravidanza-fisiologica/Corsi%20Decenti.pdf) e offrire il supporto universale nel post partum. Per questo motivo, la DG Welfare ha definito un modello organizzativo che intercetta, orienta, traccia il percorso e costituisce una linea guida dell'agire dei servizi per la perinatalità. Il percorso coinvolge, oltre ai Consultori Familiari e ai Punti Nascita, la Psicologia e la Rete dei servizi di salute mentale diretta da medici specialisti.
- A questo paradigma scientifico ed organizzativo, si accompagna uno strumento documentale conosciuto come Agenda del Percorso Nascita, oggi in versione informatizzata, che raccoglie l'esito degli screening e attiva percorsi di cura/supporto. Il modello "Pensare Positivo" è un intervento psicosociale di natura cognitiva – comportamentale promosso dall'Organizzazione

Mondiale della Sanità (OMS), basato su evidenze seguendo il modello di *stepped care* ed attuato a domicilio dall'ostetrica. L'utilizzo di questo intervento, all'interno dell'offerta dei trattamenti per la depressione perinatale, viene promosso nei quadri depressivi da lievi a moderati con il contributo della supervisione dello Psicologo ed in rete con il Medico specialista della Salute Mentale. L'applicazione di un modello *stepped care*, insieme alla diffusione dello screening offerto a tutte le donne nel periodo perinatale, permette una migliore accessibilità ed appropriatezza nel trattamento della depressione perinatale, è ben accettato dalle donne e valorizza il contributo del personale ostetrico e psicologico. A questo fine, è prevista la continuazione della formazione regionale rivolta alle ostetriche e a psicologi. Adottando le raccomandazioni SNLG/ISS 2025 e il modello di presa in carico del progetto psico-educativo dell'OMS "*Pensare Positivo"* si prevede, in sintesi, di effettuare a cura del ginecologo e /o dell'ostetrica lo screening della depressione ad ogni vista o bilancio di salute ostetrico in gravidanza e fino ad un anno dopo il parto mediante la valutazione dei fattori di rischio, le "domande di Whooley" (Figura 1) e il Generalized Anxiety Disorder GAD-2 (Figura 2);

- se la donna presenta fattori di rischio e/o ha risposto "si" ad almeno una delle domande di Whooley o punteggio ≥3 al GAD-2, adottare le raccomandazioni SNLG/ISS 2025 ed attivare l'invio allo psicologo (del Consultorio Familiare; se degente allo Psicologo ospedaliero che garantirà il collegamento con il collega del Consultorio Familiare);
- lo psicologo effettua una consultazione psicologica per ricostruire la storia della persona e dell'eventuale coppia o famiglia, valutare l'assetto psichico, emotivo e relazionale e la sintomatologia presente. Qualora il quadro emergente suggerisca l'appropriatezza dell'attivazione del "Pensare Positivo" lo psicologo del Consultorio proporrà l'attivazione all'interessata.
- Se l'interessata accoglie la proposta, l'Ostetrica procede ad attivare il percorso come previsto dal manuale di riferimento OMS (https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/DettaglioPubblicazione/servizi-e-informazioni/Cittadini/salute-e-prevenzione/pensare-positivo/pensare-positivo) e lo Psicologo mantiene il suo ruolo di supervisione;
- Lo psicologo del Consultorio all'attivazione del "Pensare Positivo" registrerà regolarmente le prestazioni di supervisione del progetto per renderne possibile la tracciabilità.

Figura 1 Domande di Whooley

Poste oralmente nell'ambito di un accertamento ostetrico; modalità di risposta sì/no):

	sì	**no**
1.Durante l'ultimo mese si è sentita spesso giù di morale, depressa o senza speranze?		
2.Durante l'ultimo mese ha provato spesso poco interesse o piacere nel fare le cose?		

Figura 2 Domande di GAD-2

Nelle ultime due settimane quanto spesso è stata infastidita:	**Mai**	**Qualche giorno**	**Più di metà dei giorni**	**Quasi tutti i giorni**
1. dal sentirsi nervosa o ansiosa?	**0**	**1**	**2**	**3**
2. dal fatto di non essere riuscita a fermare o controllare le preoccupazioni?	**0**	**1**	**2**	**3**

Si dà mandato alla DG Welfare, per il tramite del Comitato Percorso Nascita regionale (CPNr) di istituire nel corso dell'anno 2026 una commissione tecnica con lo scopo di aggiornare il Decreto DG Welfare della Regione Lombardia n.16072 del 03 luglio 2001.

5.2.2. Rete lombarda emergenza urgenza

Maxiemergenze

Nel corso del 2026 sarà implementata ulteriormente l'attività che vede una partnership tra AREU e ASST GOM Niguarda, tesa a fornire alle strutture della rete regionale emergenza urgenza uno strumento formativo/esercitativo unico e uniforme.

Il modello Medical Response to Major Incidents (MRIMI), attraverso la simulazione di scenari critici (Mass Causalty simulation – MACSIM) rappresenta lo strumento individuato nell'ambito delle attività esercitative propedeutiche alle Olimpiadi Invernali Milano-Cortina, ed è stato fin qui destinato prioritariamente alle strutture coinvolte; la legacy dell'evento olimpico consentirà tuttavia di estendere a tutte le strutture tale metodologia, e raggiungere una standardizzazione della risposta emergenziale sia intra sia extraospedaliera su tutto il territorio regionale.

In considerazione dell'importanza e strategicità di assicurare al personale del Servizio Sanitario Regionale un adeguato expertise nella gestione delle maxiemergenze, tutte le ASST/IRCCS devono favorire la partecipazione delle figure coinvolte sia nel percorso formativo sia in occasione degli eventi esercitativi.

Il coordinamento di tale attività formativa/esercitativa sarà affidato ad AREU in collaborazione con l'ASST GOM Niguarda; in considerazione dell'importanza di tale attività, AREU dovrà predisporre relazione semestrale da trasmettere alla DG Welfare, in merito allo stato di avanzamento dell'attività formativa con una valutazione delle eventuali criticità e/o proposte di miglioramento.

Monitoraggio della recettività dei pronto soccorso lombardi

Prosegue anche nel 2026 l'attività di monitoraggio sulla recettività delle strutture di Pronto Soccorso attraverso gli indicatori già implementati nel 2025:

- tempo di attesa per i pz in codice priorità 2 (arancione)
- tempo di sbarellamento
- tasso di abbandono del PS

per la raccolta dei dati di riferimento saranno applicati i criteri di selezione previsti da AGENAS. Al riguardo si ricorda che il report mensile scaricabile sul portale EUOL rappresenta uno strumento di monitoraggio e autocontrollo a disposizione delle ASST/IRCCS.

AREU con le ATS territorialmente competenti monitoreranno inoltre le difficoltà ricettive dei Pronto Soccorso che vengono segnalate dalle strutture del territorio regionale: tutte le strutture dovranno comunicare alle ATS la programmazione degli interventi e/o le criticità di media/lunga durata, cioè di durata superiore a 3gg: ATS, di concerto con AREU, potrà richiedere integrazioni e/o modifiche organizzative al fine di garantire comunque la risposta territoriale all'emergenza durante l'effettuazione degli interventi di cui sopra.

5.2.3. Rete STEMI

Per tutte le strutture coinvolte nella rete STEMI è perentoria la presenza di un percorso di fast track che bypassi il Pronto Soccorso e consenta l'accesso diretto in sala di emodinamica per i pazienti trasportati tramite 118: tale indicazione, in linea con il DM 70/2015 e la DGR n.3522/2020, risponde all'obiettivo di riduzione dei tempi di intervento nelle patologie tempo-dipendenti. Le strutture dotate di un servizio di emodinamica attivo H24 sono pertanto tenute ad attivare tale percorso, ove non ancora implementato, al riguardo si ricorda peraltro che la centralizzazione dei pazienti STEMI da parte delle Centrali 118 (SOREU) privilegia le strutture dove tali percorsi risultano attivi, garantendo così la massima tempestività di interventi.

Le ATS in collaborazione con AREU verificheranno l'effettiva presenza e fruibilità di tale percorso da parte dei mezzi di emergenza.

5.2.4. Rete ictus

Si dà mandato alla Commissione Neuroscienze di monitorare sistematicamente i dati della rete stroke e di inviare alla DG Welfare entro il 31/12/2026 una valutazione in merito eventuali modifiche dei criteri di centralizzazione qualora l'analisi degli indicatori lo rendesse opportuno, garantendo così l'evoluzione continua del modello organizzativo in funzione degli esiti clinici e dell'appropriatezza dei percorsi.

5.2.5. Rete regionale chirurgia della mano

Ad un anno dall'applicazione della DGR n. 2758/2024 "Rete Regionale Del Trauma Maggiore: Determinazioni In Merito Alla Costituzione Della Rete Regionale Della Chirurgia Della Mano" e in seguito ad un'analisi della casistica trattata dalle strutture HUB, si rende necessario individuare un ulteriore Centro Regionale di II livello presso l'ASST Civili di Brescia. Pertanto, nel primo semestre 2026 ASST Civili di Brescia, con il supporto della DG Welfare, presenterà un documento progettuale per il raggiungimento delle competenze professionali e delle modalità organizzative necessarie.

5.2.6. Rete sangue

Entro il 31/12/2026 la Struttura Regionale di Coordinamento (SRC) istituita c/o AREU, in collaborazione con la Conferenza dei DMTE e una rappresentanza delle Associazioni di Volontariato attive nel territorio regionale lombardo avvierà un percorso di revisione della rete immunotrasfusionale al fine di efficientare il percorso di donazione, di lavorazione e di distribuzione di sangue ed emocomponenti.

5.2.7. Rete terapia del dolore

Lo sviluppo della rete di terapia del dolore rappresenta un obiettivo strategico prioritario per regione Lombardia, con la finalità di completare e consolidare le reti locali in coerenza con l'accordo stato-regioni n. 119/2020/csr.

Con Decreto del Direttore Generale Welfare, è stato istituito il Coordinamento regionale della Rete di Terapia del Dolore, in conformità con la normativa di accreditamento, per favorire una gestione omogenea e integrata delle strutture e dei servizi di terapia del dolore

Obiettivo prioritario è quello di promuovere interventi mirati volti a garantire un percorso assistenziale appropriato, integrato ed equo, anche attraverso il coinvolgimento dell'Organismo Regionale di Coordinamento della Rete di Terapia del Dolore. Tra gli obiettivi dell'Organismo di Coordinamento, in una logica di efficienza e sostenibilità, strategico è quello di definire proposte tecniche che abbiano la finalità di razionalizzare la filiera assistenziale, favorendo l'integrazione delle funzioni e delle strutture, e assicurando cure accessibili, omogenee e di qualità.

La Rete di Terapia del Dolore, quale rete specialistica, opera in stretta collaborazione con la Rete di Cure Palliative, la Rete Oncologica e la Rete dell'Emergenza-Urgenza, garantendo continuità di presa in carico tra ospedale e territorio.

L'implementazione e il consolidamento delle Reti di Terapia del Dolore dovranno essere un obiettivo da perseguire con il supporto dell'Organismo di Coordinamento regionale, attraverso le seguenti azioni:

- il monitoraggio delle performance delle reti locali attraverso traccianti specifici (codice 96, codici di procedura e di prestazione) al fine di disegnare reti capaci di offrire cure anche ad alta e altissima complessità e tecnologia, superando l'attuale modello organizzativo. Le Reti Locai di TD saranno altresì impegnate nella gestione del dolore cronico e per la prevenzione e il trattamento delle dipendenze correlate all'uso di farmaci analgesici, attraverso lo sviluppo di PDTA dedicati;
- l'attivazione di programmi formativi, informativi e di sensibilizzazione volti a favorire l'accesso precoce e l'appropriatezza dei percorsi, anche in continuità e coerenza con il progetto formativo di cui alla DGR n.X/5455/2016;
- il rafforzamento dell'integrazione con le reti sopra richiamate, anche mediante l'istituzione di tavoli di lavoro intersettoriali, al fine di garantire risposte tempestive, appropriate e puntuali ai bisogni di cura dei cittadini.

5.3. Reti Polo Territoriale

5.3.1. Rete di integrazione ospedale–territorio: linee di indirizzo regionali per il posizionamento e la gestione dei cateteri venosi centrali e periferici nell'adulto

In coerenza con quanto previsto dal DM 77 del 2022 e nell'ambito dell'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6 "Salute" - si riconosce la necessità di promuovere Linee di Indirizzo regionali finalizzate alla definizione di standard organizzativi e di modelli integrati per il posizionamento e la gestione di cateteri venosi centrali e periferici nell'adulto, al fine di assicurare la continuità assistenziale tra l'ambito ospedaliero e quello territoriale.

L'accesso vascolare, ottenuto con il posizionamento ecoguidato di un catetere venoso e gestito secondo le più recenti linee guida, rappresenta un elemento chiave nei Percorsi Diagnostico-Terapeutici e Assistenziali (PDTA), garantendo la somministrazione sicura ed efficace di terapie\ infusive, nutrizionali e trasfusionali e consentendo l'esecuzione di specifiche procedure diagnostiche.

La definizione di standard organizzativi e di modelli integrati, per il posizionamento e la gestione di cateteri venosi centrali e periferici, rappresenta un presupposto essenziale per garantire la sicurezza del paziente, la qualità delle cure e l'efficienza dei processi assistenziali, in un ambito caratterizzato da un'elevata competenza professionale e complessità tecnica, clinica e gestionale.

Nell'anno 2026, l'U.O. Polo Territoriale, in collaborazione con l'U.O. Polo Ospedaliero e l'U.O. Sistemi Informativi e Sanità Digitale, istituirà un tavolo tecnico multidisciplinare regionale che coinvolgerà professionisti esperti del settore, rappresentanti di strutture sanitarie regionali pubbliche, private accreditate e delle principali associazioni professionali e le principali società scientifiche.

Il Tavolo Multidisciplinare sarà incaricato di elaborare le Linee di Indirizzo Regionali, nonché di definire gli standard organizzativi, i percorsi formativi e gli strumenti di monitoraggio relativi al posizionamento e alla gestione dei cateteri venosi centrali e periferici nell'adulto. Tali indicazioni saranno attuate in conformità alle prossime disposizioni regionali.

Al fine di acquisire un quadro approfondito sull'attuale organizzazione e funzionamento del Team Accessi Vascolari, l'U.O. Polo Territoriale prevede, in via propedeutica, di inviare una survey alle ASST/IRCCS pubblici di Regione Lombardia.

5.3.2. Rete Cure-palliative e rete di terapia del dolore e cure palliative pediatriche (TD-CPP)

Con decreto del Direttore Generale Welfare n. 10052/2025 è stato istituito l'Organismo di coordinamento della rete regionale di cure palliative e organismo di coordinamento della rete di terapia del dolore e cure palliative pediatriche con il compito di monitorare lo stato di attuazione della Rete di cure palliative e di coordinarne e promuoverne il processo di sviluppo sul territorio regionale al fine di assicurare livelli uniformi di assistenza ai cittadini. Secondo questa finalità, l'Organismo ha identificato 3 aree di approfondimento relative a Performance, Potenziamento Offerta, Formazione e AREA TD-CP Pediatriche.

L'anno 2026, infatti, dovrà essere caratterizzato da un ulteriore consolidamento della Rete Locale di Cure Palliative, attraverso un rafforzamento delle funzioni di governo clinico, organizzativo e formativo, nonché tramite l'implementazione di strumenti di monitoraggio e processi di semplificazione amministrativa. Nel corso del 2026, l'impegno di Regione sarà orientato a facilitare un contesto culturale, tecnico scientifico ed organizzativo per superare la discontinuità dei percorsi di cura dei malati che esprimono bisogni di CP o realisticamente li manifesteranno a breve, in ogni ambito di cura e/o setting.

Di seguito le azioni prioritarie.

- Portare a conclusione il processo di accreditamento delle RLCP, avviato dalla DGR n. 5918/2016 e in coerenza con l'Accordo n. 118/2020/CSR, garantendo il governo della RLCP anche ai fini del

potenziamento omogeneo dell'offerta di cura in tutti i setting, presidiando i processi di accreditamento e contrattualizzazione in coerenza con l'indicatore medio regionale.

- Semplificare le procedure di identificazione e segnalazione precoce del bisogno di cure palliative da parte dei sistemi di cura per l'acuto e delle cure primarie e sociosanitarie, attraverso l'aggiornamento dei Sub-allegati "E" e "F" di cui alla DGR n. 1046/2017, mirando a centralizzare i processi di governo, quali la lista unica di attesa e la procedura di accesso alla rete di CP basata su criteri condivisi e validi per una valutazione univoca di cure palliative dal passaggio da un operatore all'altro, al fine di efficientare il sistema e ridurre i tempi di presa in carico.
- Avviare un sistema di monitoraggio e controllo su tre livelli che preveda l'identificazione di un set di indicatori specifici, al fine di misurare:
  - la performance della rete, nell'ottica di un potenziamento dell'offerta sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo in merito all'attivazione sistematica di ambulatori intra ed extraospedalieri e alle consulenze di CP intra ed extraospedaliere in favore dei MAP, C-Dom e strutture socio-sanitarie, con particolare attenzione alle RSA
  - i singoli processi di rete per l'interfaccia Territorio ➔ Ospedale ➔ Territorio con la finalità di favorire la permeabilità dei sistemi di cura territoriali
  - i singoli percorsi, al fine di misurare e promuovere la continuità assistenziale.

Inoltre, come già previsto nella DGR 3720/2024, nell'ambito delle aree di approfondimento sopra previste, si provvederà a definire:

- i requisiti relativi all'attività consulenziale a favore delle strutture sociosanitarie (in particolare RSA/RSD). Si conferma lo stanziamento di risorse sino a euro 5 milioni di euro, aggiuntive al budget già previsto;
- i requisiti per l'Hospice pediatrico confermando lo stanziamento previsto dalla DGR 3720/2024 fino a 2 milioni di euro, e aggiornamento dei Centri di Riferimento di cui alla DGR n. VIII/11085/2010 in aderenza all'Accordo CSR n. 30/2021, tenuto conto della programmazione regionale con riguardo alla Rete Materno-infantile e alla identificazione dei Poli Materno infantili e dei Centri di eccellenza per patologie specifiche del minore identificati a livello regionale.

Tutte le azioni sopra delineate forniscono elementi conoscitivi utili al governo della rete. Favorire l'integrazione e il coordinamento dei servizi e dei professionisti (MAP/PLS, IFoC, ADI, C-Dom, COT), riduce la frammentazione e potenzia la capacità di presa in carico dei pazienti. Ciò aumenta di fatto l'offerta di cura della RLCP.

- Proseguire con la transizione digitale in maniera progressiva, mediante l'introduzione di soluzioni di telemedicina e teleconsulto, in coerenza con quanto già avviato in altri ambiti regionali;
- avviare programmi formativi in coerenza con i contenuti della DGR n. 5918/2016, fornendo competenze di tipo clinico assistenziale ma anche gestionali e organizzative, in particolare al fine di:
  - Promuovere una formazione coordinata per i diversi setting territoriali e ospedalieri, mirata a superare la disomogeneità quanti-qualitativa;
  - Rafforzare la formazione dei volontari;
  - Introdurre percorsi formativi sugli strumenti di identificazione precoce del bisogno di cure palliative.

Relativamente alla Rete di Terapia del Dolore e Cure Palliative Pediatriche (TD-CPP) si evidenzia che in coerenza con gli indirizzi nazionali e con il piano di sviluppo della Rete Regionale di Cure Palliative con riferimento all'ambito pediatrico, Regione Lombardia individua per l'anno 2026 i seguenti obiettivi strategici, finalizzati al consolidamento e all'evoluzione dell'architettura funzionale della rete TD-CPP:

- Monitoraggio dell'esistente

Attuare una ricognizione sistematica delle attività e dei servizi attualmente operativi nell'ambito della TD-CPP, al fine di valutare livelli di accessibilità, appropriatezza e integrazione con la rete dei servizi sanitari e sociosanitari regionali.

- Identificazione dei Centri di Riferimento Regionali
  Definire e formalizzare i Centri di Riferimento a livello regionale, con funzioni di coordinamento clinico-organizzativo, supporto formativo e consulenziale, nonché di raccordo con le strutture territoriali e ospedaliere.
- Definizione delle modalità di interfaccia della rete locale di cure palliative dell'adulto e delle altre reti con particolare riferimento alla rete materno infantile e la rete di terapia del dolore dell'adulto

Tali azioni si inseriscono in un percorso di rafforzamento e razionalizzazione della rete TD-CPP, volto a garantire la presa in carico globale, tempestiva e multidisciplinare del paziente pediatrico e della sua famiglia, in linea con i principi di equità, prossimità e appropriatezza dell'assistenza.

6. SISTEMI INFORMATIVI E SANITA' DIGITALE

6.1. Scenario generale e strategie evolutive dei sistemi informativi regionali

6.1.1. Obiettivi Strategici

La DG Welfare considera la trasformazione digitale una priorità assoluta per l'efficientamento dei processi sociosanitari, per favorire la collaborazione professionale, per supportare i professionisti nello svolgimento del proprio lavoro e per facilitare l'acceso ai servizi da parte dei cittadini.

Attraverso l'azione della U.O. Sistemi Informativi e Sanità Digitale e delle Strutture Sistemi Informativi degli Enti Sanitari, la DG Welfare ha avviato un percorso di rafforzamento del ruolo strategico dei sistemi informativi regionali al fine di attuare una vera e propria trasformazione digitale dei servizi sociosanitari e di fornire strumenti per l'efficace governo delle risorse umane, tecnologiche ed economiche.

La visione strategica regionale complessiva, la declinazione degli obiettivi di breve, medio e lungo termine e la pianificazione degli specifici interventi innovativi necessari per attuare concretamente la trasformazione digitale nell'ambito sociosanitario sono riportati nel Piano Strategico di Sanità Digitale 2023-2026 di Regione Lombardia predisposto e periodicamente aggiornato dalla U.O. Sistemi Informativi e Sanità Digitale con il supporto e la collaborazione degli Enti Sanitari.

Il percorso di trasformazione digitale dei sistemi sociosanitari lombardi si sta progressivamente realizzando attraverso il continuo rinnovo architetturale dei sistemi regionali con l'implementazione dei nuovi sistemi centrali integrati tra loro e con i sistemi informativi locali degli Enti Sanitari. Nel corso del 2025 sono proseguite con successo le attività di implementazione dei seguenti nuovi sistemi regionali, tutti in fase di diffusione sulla base della programmazione condivisa con gli Enti Sanitari:

- CUP Unico regionale per la gestione efficace dell'offerta ambulatoriale di tutti gli Enti Sanitari pubblici e privati e per l'accesso semplificato ai servizi da parte dei cittadini.
- Cartella Clinica Elettronica regionale per la dematerializzazione della documentazione sanitaria di ambito ospedaliero.
- Sistema regionale per la Gestione dei Servizi di Laboratorio Analisi per l'ammodernamento tecnologico e funzionale dei servizi diagnostici e per la semplificazione dell'interoperabilità a livello interaziendale.
- Sistema regionale per la Gestione dei Servizi di Anatomia Patologica con introduzione di tecnologie di Digital Pathology per tutti gli Enti Sanitari pubblici.
- Infrastruttura Regionale di Telemedicina, unica e centralizzata a livello regionale, per l'erogazione dei servizi di Televisita, Teleassistenza, Teleconsulto e Telemonitoraggio di primo e secondo livello.
- Sistema di Gestione Digitale del Territorio a supporto della gestione dei processi assistenziali territoriali e del funzionamento della rete delle Centrali Operative Territoriali per tutti gli Enti Sanitari pubblici.

Ai principali interventi di trasformazione digitale in avanzata fase di implementazione e diffusione si aggiungeranno, nel corso del 2026, altre iniziative finalizzate a perseguire l'ammodernamento tecnologico, architetturale e funzionale dei sistemi informativi regionali. Verranno, infatti, avviati i progetti per l'implementazione del nuovo Sistema regionale per la Gestione delle Risorse Umane degli Enti Sanitari, del nuovo Sistema Informativo Trasfusionale regionale e del Sistema regionale di gestione delle immagini digitali (VNA) integrato con il Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0.

Nel corso del 2026, con il supporto dei professionisti degli ambiti specifici, sarà inoltre valutata l'opportunità di implementare un nuovo sistema regionale per la Gestione Economico Contabile degli Enti Sanitari la cui complessità richiederà la partecipazione diretta e proattiva da parte di tutti gli Enti e

verrà ripresa la progettualità per l'Automazione della Logistica del Farmaco che non è stata possibile indirizzare nell'ambito delle linee di investimento PNRR.

Attraverso l'implementazione e la progressiva diffusione dei nuovi sistemi centrali si sta realizzando la nuova architettura di sistema regionale che sta contribuendo a ridurre il numero di sistemi applicativi utilizzati dagli operatori nei diversi Enti Sanitari, favorire l'attuazione di nuovi processi organizzativi sovra-aziendali, supportare la collaborazione professionale, contribuire al potenziamento del patrimonio informativo regionale e semplificare l'accesso ai servizi sociosanitari da parte dei cittadini.

Il percorso di trasformazione digitale in fase di attuazione, il progressivo rinnovo architetturale dei sistemi e l'introduzione di nuovi sistemi applicativi centralizzati a livello regionale si avvalgono delle potenzialità dell'infrastruttura tecnologica in "Cloud" che garantisce un adeguato livello di continuità operativa e la massima protezione dei dati possibile. Il forte ricorso all'infrastruttura tecnologica in "Cloud" richiede la massima attenzione all'utilizzo efficace delle risorse tecnologiche ed economiche.

La semplificazione architetturale attualmente in corso e la realizzazione dei nuovi progetti di digitalizzazione a livello locale e regionale contribuiranno significativamente al potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico e all'incremento del patrimonio informativo digitale di livello regionale e nazionale

L'affiancamento di un percorso strutturato di formazione continua sui temi di Sanità Digitale rivolto a tutti gli operatori sociosanitari pubblici e privati, la massima attenzione alle problematiche relative alla protezione dei dati, alla sicurezza informatica e alle procedure tecniche e organizzative di continuità operativa completano gli ambiti di interesse prioritario sui quali Regione Lombardia proseguirà la propria azione anche nel 2026.

6.1.2. Organizzazione dell'azione strategica

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ha fornito una innegabile spinta al processo di trasformazione digitale dei servizi sociosanitari regionali. Tutte le linee di investimento sulla digitalizzazione hanno contributo in modo significativo ad accelerare il processo di cambiamento organizzativo, di rinnovo tecnologico e architetturale e di introduzione di nuovi servizi digitali innovativi.

L'esperienza di digitalizzazione nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, nonostante le oggettive difficoltà organizzative, la complessità degli iter amministrativi e le ristrettissime tempistiche per il raggiungimento degli obiettivi, ha rappresentato per Regione Lombardia un'esperienza estremamente positiva e costruttiva che ha messo alla prova la capacità di programmazione, organizzazione e attuazione degli interventi da parte di tutti gli Enti Sanitari.

La spinta impartita dagli investimenti PNRR ha rappresentato una leva strategica per allineare tutti gli Enti Sanitari sulla possibilità e l'opportunità di partecipare attivamente al processo di trasformazione digitale, mettendo in evidenza competenze tecniche e professionali nonché realtà virtuose che hanno aiutato a guidare le iniziative proposte e a identificare ulteriori ambiti di applicazione. Inoltre, ha consentito di perfezionare il coordinamento strutturato ed efficace da parte di Regione Lombardia dei singoli interventi e delle loro relazioni nella creazione di un ecosistema digitale.

Nonostante non tutte le linee di investimento PNRR siano ancora concluse, è necessario individuare strumenti e strategie per mantenere alta l'attenzione nei confronti della digitalizzazione anche nel periodo successivo al PNRR e continuare, senza interruzione, il percorso di trasformazione digitale intrapreso da Regione Lombardia e da tutti gli Enti Sanitari.

Si configura, pertanto, la necessità di mantenere una regia regionale anche nel periodo successivo al PNRR che consenta di valorizzare ed incentivare le competenze acquisite e i processi organizzativi consolidati, assicurare gli impatti e la scalabilità dei risultati, favorire la collaborazione con le aziende e la valorizzazione e condivisione delle esperienze concrete sviluppate sul campo.

Nel corso del 2026 verranno, pertanto, riproposti e rinforzati gli strumenti organizzativi già ricompresi nelle Linee di Indirizzo del 2025 e introdotti nuovi strumenti organizzativi per il consolidamento delle progettualità maturate nel periodo PNRR e per l'avvio della fase progettuale successiva al PNRR al fine di sostenere, rinforzare e monitorare nel tempo le azioni di trasformazione digitale già avviate e quelle di futura attivazione.

In particolare, si ritiene indispensabile intensificare la collaborazione di tutte le ASST, gli IRCCS, le ATS, Areu, ACSS e gli Enti Sanitari privati accreditati per condividere le diverse progettualità e individuare nuove modalità di collaborazione professionale che, nel rispetto dei diversi ruoli e responsabilità, consentano di razionalizzare le risorse e condividere le competenze ed esperienze.

Considerata la complessità del processo di trasformazione digitale dei servizi sociosanitari e in particolare dei servizi territoriali, si conferma la necessità di prevedere momenti di confronto trasversale e multiprofessionale con la partecipazione diretta di alcuni Medici di Assistenza Primaria e Pediatri di Libera Scelta, Medici specialisti ospedalieri, Infermieri ospedalieri, Infermieri di Famiglia, operatori delle diverse professioni sanitarie, farmacisti ospedalieri e territoriali e altre figure professionali che partecipano al processo socioassistenziale.

Si ritiene, infine, necessario istituire il Centro di Competenza Regionale di Sanità Digitale per sostenere le progettualità in corso e promuovere nuove iniziative di trasformazione digitale cogliendo le opportunità di avvalersi di competenze specialistiche e tecnologie innovative.

Gli strumenti organizzativi che saranno attivati o rinforzati nel corso del 2026 per supportare l'azione strategica della digitalizzazione sono, pertanto, i seguenti.

6.1.3. Centro di Competenza regionale di Sanità Digitale

Regione Lombardia intende istituire un Centro di Competenza regionale di Sanità Digitale per dare continuità strutturale alla trasformazione digitale avviata con il PNRR e alle innovazioni già implementate negli Enti Sanitari. Il Centro rappresenta lo strumento organizzativo che permetterà di mantenere una regia regionale stabile sulla digitalizzazione anche dopo la conclusione del PNRR, valorizzando le competenze sviluppate, le esperienze consolidate e i modelli organizzativi già sperimentati sul campo.

L'obiettivo è sostenere in modo duraturo la capacità del sistema sanitario di adottare e integrare tecnologie innovative, promuovere la collaborazione tra professionisti e strutture, e garantire che le soluzioni digitali più efficaci possano essere scalate e condivise a livello regionale. In questo modo il Centro contribuirà a mantenere alta l'attenzione verso l'innovazione, a facilitare il miglioramento continuo dei servizi e a consolidare un ecosistema pubblico-privato capace di sostenere le future evoluzioni tecnologiche.

Il Centro di Competenza regionale di Sanità Digitale nasce, pertanto, per svolgere le seguenti funzioni:

- Coordinamento di reti di innovazione ed Individuazione delle migliori esperienze regionali secondo i criteri di efficacia, sostenibilità e scalabilità favorendo la collaborazione tra aziende sanitarie del Sistema Sanitario Regionale
- Monitoraggio sistematico delle tecnologie digitali disponibili a livello globale e locale per il settore sanitario e sociosanitario;
- Repository delle innovazioni e delle competenze digitali disponibili nel sistema lombardo e coordinamento dei gruppi di lavoro interdisciplinari per la digitalizzazione. Il *Gruppo multiprofessionale per la digitalizzazione dei servizi sociosanitari*, così come descritto nelle linee di indirizzo del 2025, contribuirà alla rete di competenze gestita dal Centro di Competenza regionale per la Sanità Digitale;
- Formalizzazione tecnica e organizzativa di soluzioni specifiche al fine di modellizzare le esperienze e promuoverne la scalabilità e replicabilità.

- Valutazione e miglioramento continuo delle attività nelle aziende sanitarie con monitoraggio di KPI condivisi, raccolta feedback, aggiornamento degli strumenti.

Gestione del Centro di Competenza regionale di Sanità Digitale:

- U.O. Sistemi Informativi e Sanità Digitale della DG Welfare.
  Funzioni: Direzione operativa e Coordinamento tecnico del Centro di Competenza; Gestione dei tavoli e supervisione dei gruppi interdisciplinari; Raccordo con i progetti PNRR; Monitoraggio dei KPI; Definizione di standard e modelli organizzativi e tecnologici; Monitoraggio sistematico delle tecnologie digitali; Raccordo continuativo con gli stakeholder istituzionali e di sistema.
- U.O. della DG Welfare coinvolte come supporto strutturale:
  - U.O. Organizzazione offerta, progetti trasversali e ricerca
    Funzioni: Tradurre le innovazioni digitali in modelli organizzativi (ospedale–territorio, cronicità, PDTA, ecc.); Inquadrare le "aziende competenti" e i "nodi di rete" all'interno delle reti clinico-assistenziali e dei progetti trasversali; Collegare le iniziative del Centro di Competenza con i progetti di ricerca organizzativa connessi alle nuove tecnologie.
  - U.O. Polo Territoriale e U.O. Polo Ospedaliero
    Funzioni: Identificazione e accompagnamento delle buone pratiche digitali nei setting territoriali e ospedalieri; Collegamento operativo con ATS/ASST nelle fasi di sperimentazione, scaling up e valutazione; Supporto alle attività di scambi incrociati, visite on-site, consulenze sovra-aziendali
  - U.O. Prevenzione
    Funzioni: Supporto per progetti di sanità digitale relativi a screening, vaccinazioni, prevenzione primaria e secondaria

  Le restanti U.O. della DG Welfare avranno un ruolo abilitante nei vari progetti, a seconda della specifica competenza.
- Enti Sanitari (ASST, ATS, AREU, IRCCS, privati accreditati) e relativi ruoli:
  - Centri di riferimento: gli enti che hanno già implementato soluzioni digitali di valore diventano punti di affiancamento per gli altri (telemedicina, FSE, applicativi territoriali, logistica digitale, CCE).
  - Condivisione di esperienze e competenze: raccolta e messa a disposizione di best practice; partecipazione alla repository regionale.
  - Partecipazione ai gruppi interdisciplinari: contributo operativo e tecnico, analisi dei fabbisogni, testing delle funzionalità.
  - Hosting di scambi e visite on-site: ospitalità per giornate di *learning-by-doing*, scambi incrociati, internship e consulenze reciproche.
  - Contributo alla formazione: attività formative, mentoring, docenze e testimonianze.
  - Raccolta KPI e feedback: monitoraggio continuo, partecipazione ai sistemi di valutazione e miglioramento continuo delle soluzioni adottate.

I singoli progetti/iniziative potranno avere la necessità di attivare interlocuzioni con Stakeholder esterni alla DG Welfare come, ad esempio, le università, l'Industria e i fornitori tecnologici, le Associazioni professionali e società scientifiche nonché il terzo settore e le associazioni di pazienti.

Struttura organizzativa del Centro di Competenza

- *Comitato direttivo:* organo di indirizzo strategico. Composizione: Direttore Generale Welfare; Direttori delle U.O. coinvolte; Due rappresentanti delle ATS; Due rappresentanti delle ASST; Un rappresentante degli IRCCS; Un rappresentante delle Università; Un rappresentante del Comitato Scientifico.

- *Comitato Scientifico*: organo di supporto metodologico e scientifico. Composizione: Rappresentanti di Università; Rappresentanti di IRCCS e di ASST; Rappresentanti di società scientifiche e di associazioni professionali.

Cronoprogramma delle attività

Nel corso del 2026, gli Enti Sanitari saranno chiamati a contribuire in modo costruttivo e partecipativo, sin dalle prime fasi di costituzione e avvio del Centro di Competenza regionale, con il coinvolgimento di professionisti, la condivisione di best practice e contributi tecnici e organizzativi, sulla base della seguente programmazione:

- Marzo 2026:
  - Formalizzazione della missione strategica del Centro di Competenza
  - Mappatura degli stakeholder
  - Benchmark e casi di studio internazionali
  - Progettazione governance e regolamento di funzionamento
  - Definizione dei criteri dei nodi
  - Nomina Comitato Direttivo e Comitato Scientifico
  - Raccolta manifestazione di interesse
- Giugno 2026
  - Analisi delle buone pratiche
  - Costruzione di piattaforme di collaborazione e condivisione professionale
  - Individuazione di tendenze, tecnologie e opportunità emergenti con valutazione del potenziale impatto sulla salute, sull'organizzazione sociosanitaria e sulle risorse (Horizon Scanning)
- Settembre 2026
  - Avvio attività di scambi incrociati, visite on-site, borse di studio, consulenze sovra aziendali
  - Avvio attività di formazione e disseminazione da parte dei centri qualificati
  - Avvio processi di bench-learning sulle innovazioni più impattanti per i servizi e per i professionisti
- Dicembre 2026
  - Eventi di condivisione delle prime evidenze di adozione di innovazione digitale
  - Programmazione e condivisione delle attività
  - Eventi di interscambio delle conoscenze tra Enti Sanitari, industria, ricerca

6.1.4. Network dei Responsabili dei Sistemi Informativi di Regione Lombardia

I Responsabili dei Sistemi Informativi e il loro staff tecnico rappresentano il punto di riferimento nella promozione della trasformazione digitale a livello regionale e locale. La complessità degli investimenti e interventi di Sanità Digitale e la loro sostenibilità nel tempo non può prescindere da un ruolo attivo e propositivo di tutti i Responsabili dei Sistemi Informativi.

Tuttavia, nel corso del 2025, le attenzioni si sono concentrate prioritariamente sull'attuazione degli interventi PNRR e la relativa attestazione di raggiungimento delle Milestone e non è, pertanto, stato possibile attuare il confronto sulle strategie di sviluppo dei sistemi informativi regionali.

Gli incontri del Network dei Responsabili dei Sistemi Informativi nel 2025 si sono svolti prioritariamente per verificare l'avanzamento delle diverse attività tecniche e amministrative finalizzate al raggiungimento delle specifiche Milestone e per condividere la pianificazione della attività di rendicontazione senza poter dedicare particolare attenzione alle nuove progettualità e alle strategie evolutive.

Nel corso del 2026 verrà riproposta e rinforzata l'attenzione del Network dei Responsabili dei Sistemi Informativi al fine di perseguire i seguenti obiettivi:

- Confronto collaborativo sulle strategie di sviluppo dei servizi digitali e l'introduzione di tecnologie innovative
- Condivisione di esperienze di digitalizzazione e competenze professionali
- Attuazione di nuovi modelli organizzativi interaziendali per la gestione di progetti complessi che richiedono competenze specifiche
- Coordinamento trasversale sulle diverse iniziative eventualmente condotte da gruppi specialistici su temi specifici

Saranno programmati almeno 4 incontri istituzionali nel corso del 2026, oltre a eventuali incontri di approfondimento tematico in caso di specifiche necessità.

6.1.5. Gruppo di confronto Regione Lombardia e privato accreditato

Nel 2025 il gruppo di confronto Regione Lombardia e privato accreditato si è incontrato secondo la pianificazione definita a livello regionale e condivisa.

Sono stati trattati temi relativi alle problematiche di sicurezza informatica, all'impostazione e preparazione del CUP Regionale, all'introduzione dei servizi trasversali di Telemedicina, all'evoluzione dei processi di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, all'introduzione del nuovo sistema regionale di gestione delle immagini diagnostiche (VNA) e alle problematiche relative al sistema regionale SISS e alla sua evoluzione.

Sulla base dell'esperienza maturata nel 2025 e dell'interesse dimostrato da tutti i partecipanti, si ritiene di confermare anche per l'anno 2026 la necessità di riunire periodicamente il Gruppo di confronto Regione Lombardia – Enti Erogatori Privati Accreditati per garantire la massima condivisione delle progettualità, delle problematiche e delle best practice e per programmare approfondimenti su temi di particolare interesse comune.

I temi prioritari che saranno proposti nel corso del 2026 sono i seguenti:

- CUP Regionale: condivisione e attuazione della programmazione della diffusione a tutti gli Enti Sanitari Privati Accreditati
- Fascicolo Sanitario Elettronico: alimentazione del FSE nelle modalità e tempistiche definite a livello nazionale e regionale
- Telemedicina: linee di indirizzo per la diffusa omogenea dei servizi di telemedicina, in particolare del teleconsulto multispecialistico, e modalità di rendicontazione delle prestazioni di telemedicina al fine del raggiungimento dell'obiettivo PNRR di giugno 2026 che prevede la presa in carico in telemedicina di 200.000 assistiti
- Sistema per la Gestione Digitale del Territorio: modalità di gestione della offerta di servizi territoriali e domiciliari a favore dell'operatività della rete delle Centrali Operative Territoriali
- Sicurezza Informatica: partecipazione attiva e collaborativa alle iniziative regionali per il progressivo miglioramento del livello di sicurezza informatica del sistema sociosanitario e di protezione dei dati dei cittadini.

6.2. Programmazione degli interventi di Sanità Digitale

Tutti gli Enti Sanitari saranno coinvolti nell'attuazione dei nuovi interventi programmati per il 2026, nel perfezionamento e consolidamento di quelli già avviati nel biennio 2024-2025 e nella partecipazione attiva alle seguenti azioni organizzative necessarie a sostenere il processo di trasformazione digitale in corso.

In particolare, è richiesta la partecipazione alle seguenti azioni organizzative.

6.2.1. Valutazione degli impatti delle iniziative di Sanità Digitale

Al fine di verificare in modo oggettivo e strutturato l'impatto che le iniziative di sanità digitale stanno avendo sui professionisti sociosanitari e sui cittadini e per individuare eventuali azioni correttive e di miglioramento, nel corso del 2026 verrà avviata una attività di misurazione del grado di consapevolezza e soddisfazione da parte dei professionisti sociosanitari coinvolti in alcune iniziative di digitalizzazione. In particolare, l'attività di valutazione degli impatti sarà avviata in via sperimentale sulle progettualità di implementazione della Cartella Clinica Elettronica ospedaliera, di introduzione dell'infrastruttura Regionale di Telemedicina per la diffusione dei servizi di Televisita, Teleassistenza, Teleconsulto e Telemonitoraggio e sull'evoluzione del Fascicolo Sanitario Elettronico. Sulla base delle evidenze che emergeranno dalla prima applicazione di misurazione degli impatti, sarà possibile programmare l'analisi anche su altre iniziative di digitalizzazione di interesse regionale.

Tutti gli Enti Sanitari saranno, pertanto, invitati a partecipare attivamente alle specifiche "Survey" previste dal progetto regionale "Misurazione degli Impatti degli Interventi di Sanità Digitale", basato su un modello metodologico scientifico finalizzato a individuare opportunità di miglioramento nelle diverse dimensioni analizzate e a rafforzare la rilevanza dell'iniziativa presso i diversi stakeholder regionali.

Tutti gli Enti Sanitari dovranno promuovere al proprio interno la partecipazione alle diverse "Survey" da parte di almeno il 50% del personale anche utilizza i diversi sistemi e servizi digitali oggetto di valutazione di impatto, garantendo un campione equamente rappresentativo delle diverse figure professionali coinvolte.

Analogamente, nel corso del 2026, saranno proposte "Survey" e iniziative per valutare le ricadute delle iniziative di digitalizzazione sui cittadini per le quali sarà chiesta la partecipazione attiva di tutti gli Enti Sanitari.

6.2.2. Comitati Aziendali per l'Innovazione Digitale

Per rinforzare l'azione di consolidamento, perfezionamento ed evoluzione delle iniziative di digitalizzazione di livello regionale e locale, tutti gli Enti Sanitari nel 2026 costituiscono formalmente il Comitato Aziendale per l'Innovazione Digitale finalizzato a consolidare e sostenere le progettualità di digitalizzazione nello specifico contesto aziendale.

Il Comitato Aziendale è composto da figure professionali aziendali, con competenza specialistica multiprofessionale, che promuovono la trasformazione digitale in ambito aziendale e regionale, partecipano attivamente alle progettualità di digitalizzazione a livello trasversale, sostengono l'innovazione digitale per il miglioramento dell'azione professionale e organizzativa del proprio Ente Sanitario e dell'intero Sistema Sociosanitario Regionale.

Il Comitato Aziendale per l'Innovazione Digitale ha il ruolo di guidare, coordinare e monitorare le iniziative di innovazione tecnologica all'interno dell'Ente Sanitario, assicurando che l'adozione di nuove tecnologie e sistemi digitali avvenga in modo strategico, responsabile e allineato alle esigenze professionali e organizzative dell'Ente. In particolare, il Comitato svolge le seguenti attività:

- Definisce una strategia digitale unitaria per l'intero Ente Sanitario.
- Garantisce l'integrazione tra innovazione, governance, gestione dei rischi e compliance.
- Coordina i referenti di diversi dipartimenti di ambito sanitario, amministrativo e tecnologico per facilitare l'attuazione delle iniziative digitali.
- Definisce regole di adozione delle tecnologie innovative nel rispetto delle normative nazionali ed europee e promuovendo un approccio responsabile e sostenibile all'innovazione tecnologica.
- Garantisce il coordinamento tra i diversi progetti digitali e la Direzione Strategica e assicura che l'innovazione sia adottata in modo coerente con la strategia aziendale.
- Si riunisce periodicamente per approvare progetti e soluzioni tecnologiche, specialmente quelli ad alto impatto o rischio.
- Supervisiona la formazione e la diffusione della cultura digitale all'interno dell'organizzazione.

- Fornisce report periodici sullo stato dei progetti e sugli aspetti di miglioramento.

I professionisti che compongono il Comitato aziendale interagiranno con i Gruppi regionali per la definizione e realizzazione delle progettualità di digitalizzazione e saranno coinvolti in qualità di "*key users"* per la trasformazione digitale di ambito ospedaliero e territoriale.

Di seguito vengono descritti gli interventi che vedranno maggiormente impegnati gli Enti Sociosanitari nel corso della gestione 2026.

6.2.3. CUP Unico Regionale

Nell'anno 2025 è stato positivamente avviato il CUP Regionale presso l'ASST Franciacorta, la Fondazione Poliambulanza, l'ASST del Garda, l'ASST Spedali Civili di Brescia, l'ASST della Brianza, l'IRCCS Policlinico di Milano, l'ASST Fatebenefratelli, l'ASST di Lecco, l'ASST di Lodi, l'ASST di Bergamo Est e sono in avanzata fase di attivazione l'ASST di Crema, l'ASST Valle Olona e l'IRCSS San Matteo di Pavia.

Grazie all'attuazione presso i primi Enti Sanitari è stato possibile perfezionare le funzionalità del nuovo sistema CUP Regionale e definire nel dettaglio la procedura organizzativa da attuare per l'avvio del sistema presso tutti gli altri Enti Sanitari pubblici e privati nel più breve tempo possibile e, comunque, entro la fine del 2026.

Tutti gli Enti Sanitari pubblici che non hanno ancora attivato il nuovo CUP Regionale nel corso del 2025 hanno svolto le attività tecniche e organizzative che consentiranno di programmare il loro coinvolgimento nel 2026 sulla base della programmazione definita a livello regionale e condivisa con gli Enti.

Tutti Enti Sanitari privati accreditati sono stati coinvolti e attivati per programmare le attività tecniche e organizzative necessarie e propedeutiche all'avvio del CUP Regionale nel più breve tempo possibile e, comunque, entro l'anno 2026 sulla base della programmazione definita a livello regionale.

Nel corso del 2026, al fine di completare la diffusione a tutti gli Enti Sanitari pubblici e privati accreditati, verrà attuato un piano di diffusione che prevede l'avvio del CUP Regionale presso almeno due Enti Sanitari al mese sulla base della programmazione definita a livello regionale e condivisa con tutti gli Enti Sanitari pubblici e privati.

Oltre all'attuazione del piano di diffusione a tutti gli Enti Sanitari pubblici e privati accreditati, nel corso del 2026, verranno introdotte, condivise e formalizzate nuove modalità di gestione dell'offerta ambulatoriale sulla base delle evidenze già emerse dall'applicazione del CUP regionale presso i primi Enti Sanitari. In particolare, saranno date indicazioni a tutti gli Enti relativamente ai seguenti aspetti:

- Gestione dei calendari con particolare riferimento alle regole di apertura garantita delle disponibilità
- Aggiornamento e applicazione del tempario per l'erogazione delle prestazioni sanitarie
- Rimodulazione dell'offerta delle diverse tipologie di prestazioni di specialistica ambulatoriale

Tutti gli Enti Sanitari che hanno già avviato il CUP Regionale e gli Enti che lo avvieranno progressivamente avranno a disposizione le "Dashboard" regionali di monitoraggio dell'offerta in tempo reale al fine di governare ed efficientare l'offerta ambulatoriale a livello locale, territoriale e regionale.

Le ATS parteciperanno direttamente al regolare svolgimento del piano di diffusione del CUP regionale supportando, in particolare, il coinvolgimento degli Enti Sanitari privati accreditati e attivando il sistematico monitoraggio dell'offerta di servizi di specialistica ambulatoriale nei rispettivi territori di competenza.

6.2.4. Telemedicina – diffusione dei servizi

Nel corso del 2026 proseguirà la diffusione dei servizi dell'Infrastruttura Regionale di Telemedicina (IRT) su tutto il territorio regionale, già iniziata nel secondo semestre del 2025.

Tutte le attività previste in materia di Telemedicina dovranno essere realizzate in stretto raccordo con il Gruppo regionale dei Referenti aziendali di Telemedicina, coordinato dal Referente di progetto regionale, con il supporto del RTI aggiudicataria della procedura di affidamento dell'Infrastruttura Regionale di Telemedicina, al fine di garantire un approccio unitario, coerente con la strategia regionale e all'interno di un percorso condiviso, rispettando le linee guida, gli standard organizzativi e gli strumenti messi a disposizione, evitando soluzioni locali disallineate.

L'obiettivo è assicurare una governance uniforme, la piena interoperabilità dei sistemi e la sostenibilità degli interventi oltre l'orizzonte del PNRR, in un quadro di collaborazione tra Regione, Enti Sanitari e fornitori.

La U.O. Sistemi Informativi e Sanità Digitale, con la collaborazione delle altre UU.OO della DG Welfare, della rete dei Referenti di Telemedicina degli Enti Sanitari pubblici e con il coinvolgimento degli Enti Sanitari privati accreditati, programmerà le attività di diffusione sulla base delle priorità e strategie regionali.

Le finalità e gli obiettivi operativi per garantire il pieno raggiungimento dei target PNRR M6C1–1.2.3, in particolare la presa in carico di almeno 200.000 pazienti con servizi di telemedicina entro giugno 2026, assicurando al contempo la sostenibilità del progetto nel lungo periodo, sono:

- Consolidamento e utilizzo diffuso dell'Infrastruttura Regionale di Telemedicina (IRT) come piattaforma unica per televisita, teleconsulto, teleassistenza e telemonitoraggio, connessa ai sistemi regionali (CUP, SGDT, CCE, FSE).
- Diffusione uniforme dei servizi minimi di telemedicina su tutto il territorio, con modelli organizzativi omogenei e il rafforzamento delle Centrali Operative Territoriali (COT).
- Incremento progressivo dei volumi di prestazioni, tramite l'attivazione di percorsi integrati ospedale-territorio e l'estensione ai medici specialisti di enti privati accreditati.
- Distribuzione dei dispositivi medici e delle Postazioni di Lavoro (PdL) fornite tramite le procedure di affidamento svolte rispettivamente da ARIA S.p.A. e dalla Regione Puglia.
- Piena interoperabilità tra l'Infrastruttura Regionale di Telemedicina e le altre piattaforme regionali, inclusa l'integrazione con sistemi di telemonitoraggio avanzato.
- Formazione per tutti i professionisti entro il primo trimestre 2026, a supporto dell'adozione consapevole della piattaforma.
- Monitoraggio e rendicontazione strutturata delle prestazioni erogate, in coerenza con il nomenclatore regionale e le linee guida AGENAS, per la validazione dei risultati e la rendicontazione dei target PNRR.

<u>Attività a carico di ASST/IRCCS per la diffusione dei servizi di Telemedicina</u>

Tutti gli Enti Sanitari saranno impegnati nell'attuazione del proprio piano di attivazione dei servizi di Telemedicina previlegiando gli scenari considerati prioritari a livello regionale e dovranno programmare l'utilizzo efficace dei Dispositivi di Monitoraggio e delle Postazioni di Telemedicina messe a disposizione nell'ambito delle progettualità regionali e nazionali. I principali obiettivi strategici da perseguire sono:

- Arruolamento e presa in carico di pazienti cronici mediante i servizi di Telemedicina:
  Attivare percorsi strutturati di arruolamento ai servizi di telemedicina per raggiungere entro il 30/06/2026 almeno 200.000 assistiti in Telemedicina, nelle cinque aree cliniche prioritarie (cardiologia, pneumologia, diabetologia, oncologia, neurologia), e in ulteriori categorie di pazienti e branche specialistiche (es. reumatologia, salute mentale, ostetricia-ginecologia…) e setting assistenziali.
- Erogazione servizi di Telemedicina
  - Erogare i servizi di Televisita, Teleconsulto, Teleassistenza e Telemonitoraggio di tipo 1 attraverso l'utilizzo esclusivo della Infrastruttura Regionale di Telemedicina (IRT);

- Assicurare la registrazione di tutte le attività di telemonitoraggio di tipo 2 o di percorsi di telemedicina non gestiti dalla IRT, come la teleriabilitazione, in sistemi informativi o piattaforme dedicate, censiti e monitorati a livello aziendale, al fine di agevolarne la trasmissione alla Infrastruttura Nazionale di Telemedicina (IRT) attraverso le funzionalità messe a disposizione dalla IRT;
- Pubblicare in FSE 2.0 tutti i referti delle prestazioni erogate in modalità Televisita.

• Organizzazione interna
  - Delineare il processo aziendale di logistica dei device medici per il telemonitoraggio di livello 1 coinvolgendo i servizi aziendali preposti al fine di assicurarne la corretta gestione, nelle more di indicazioni di carattere regionale o nazionale;
  - Declinare il processo di comunicazione tra i centri di attivazione ed erogazione aziendali dei servizi di telemedicina con le Centrali Operative Territoriali per il supporto della presa in carico dei pazienti.
  - In linea con la diffusione del CUP unico regionale negli Enti Sanitari, garantire l'integrazione con l'IRT per la gestione delle agende di Televisita; nelle more dell'avvio dell'applicativo regionale, agevolare le integrazioni con i sistemi di prenotazione aziendale.
• Formazione e competenze
  - Incentivare il completamento, secondo i tempi dettati dal cronoprogramma di diffusione della Infrastruttura Regionale di Telemedicina (IRT), della formazione obbligatoria di tutti i professionisti coinvolti;
  - Assicurare percorsi di aggiornamento continuo sul corretto utilizzo dell'IRT e dei dispositivi medici integrati con la stessa.
• Monitoraggio e indicatori
  - Trasmettere i flussi aziendali inerenti alla erogazione delle prestazioni di telemedicina per la rendicontazione degli obiettivi PNRR (sec. Indicazioni Agenas) secondo le modalità concordate.
  - Monitorare almeno i seguenti indicatori:
    - numero assistiti nei diversi servizi di telemedicina (televista, teleconsulto, teleassistenza, telemonitoraggio tipo 1, telemonitoraggio di tipo 2);
    - numero prestazioni di telemedicina erogate;
    - % referti delle Televisite pubblicate sul FSE;
  - Target PNRR: per garantire il raggiungimento dell'obiettivo PNRR 2026 (200.000 pazienti seguiti con almeno un servizio di telemedicina) si introdurranno delle fasce di dimensionamento sulla base del numero totale dei pazienti presi in carico da ciascun Ente e si assegnano delle soglie target di pazienti da gestire con almeno un servizio di telemedicina.

<u>Attività a carico delle Agenzia di Tutela della Salute (ATS) per la diffusione dei servizi di Telemedicina</u>

• Coordinamento territoriale
  - Assicurare coerenza e omogeneità nell'attuazione dei servizi di Telemedicina tra gli Enti del territorio di competenza.
  - Promuovere il raccordo operativo tra ASST/IRCCS, MAP/PLS e strutture private accreditate per favorire l'integrazione ospedale-territorio.
• Monitoraggio

  Verificare il raggiungimento degli obiettivi quantitativi e qualitativi (volumi di pazienti arruolati, prestazioni erogate, referti pubblicati in FSE).
• Controllo di appropriatezza e qualità
  - Monitorare la corretta erogazione delle prestazioni di Telemedicina, con particolare attenzione all'appropriatezza clinica, al rispetto dei nomenclatori e delle regole di rendicontazione.

- Segnalare eventuali criticità organizzative, tecnologiche o di equità di accesso.

- Facilitazione logistica
  - Supportare ASST/IRCCS nell'organizzazione dei processi di distribuzione e recupero dei dispositivi medici di telemonitoraggio e delle postazioni di lavoro.
  - Promuovere la collaborazione con farmacie territoriali e altri presidi di comunità per garantire una gestione capillare della logistica.
- Sviluppo delle reti e dei percorsi integrati
  - Sostenere la costituzione di gruppi di lavoro interaziendali su specifici ambiti applicativi (es. ostetricia, riabilitazione, salute mentale) in coerenza con le linee strategiche regionali e in stretta collaborazione con i referenti regionali.
  - Agevolare la partecipazione dei privati accreditati ai teleconsulti multidisciplinari, compatibilmente con le regole di finanziamento e le soluzioni tecnologiche previste.
  - Al fine di partecipare attivamente alla strategia regionale di telemedicina, ogni ATS è chiamata ad individuare un referente di telemedicina che parteciperà al Gruppo Regionale dei Referenti di Telemedicina.

6.2.5. Digitalizzazione delle strutture ospedaliere sede di DEA – consolidamento del modello di maturità EMRAM

Nel 2025 è proseguita l'attuazione di oltre 600 interventi di contesto regionale e locale per il potenziamento del livello di digitalizzazione delle 40 strutture ospedaliere lombarde sedi di DEA di livello I e II, nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Le attività progettuali svolte dagli Enti Sanitari pubblici hanno consentito di attestare il raggiungimento complessivo del Target della Missione 6, Componente 2, Investimento 1.1 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza nel rispetto delle tempistiche e modalità operative definite a livello nazionale ed europeo. In particolare, il raggiungimento dell'obiettivo di miglioramento del livello di digitalizzazione delle strutture sanitarie sedi di DEA di I e II livello è stato attestato attraverso l'applicazione del modello di maturità internazionale "EMRAM" di "HIMSS".

Regione Lombardia ha adottato, sin dalle prime fasi del PNRR, il modello internazionale EMRAM (Electronic Medical Record Adoption Model) di HIMSS (Healthcare Information and Management Systems Society) per verificare il livello di digitalizzazione delle strutture ospedaliere e programmare le azioni di miglioramento continuo. Tale modello è stato utilmente applicato da tutti gli Enti Sanitari regionali, prima e dopo l'attuazione degli interventi PNRR, per documentare in modo oggettivo e condiviso il miglioramento del livello di digitalizzazione conseguito dagli Enti Sanitari a seguito degli oltre 600 interventi effettuati con le risorse messe a disposizione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Considerata la positiva esperienza maturata nel periodo PNRR e acquisita l'esperienza da parte di tutte le organizzazioni sanitarie pubbliche nella comprensione e applicazione del modello di maturità EMRAM, Regione Lombardia intende confermare l'adozione della stessa metodologia anche per i prossimi anni e verificare, in tal modo, l'effetto delle prossime progettualità di digitalizzazione sull'organizzazione delle strutture sanitarie regionali. In particolare, l'adozione del modello EMRAM consentirà di:

- verificare oggettivamente il livello di digitalizzazione delle strutture ospedaliere e individuare i punti di miglioramento;
- programmare e attuare le azioni di continuo miglioramento per migliorare progressivamente il livello di digitalizzazione di ciascuna struttura;
- disporre di uno strumento oggettivo e riconosciuto a livello internazionale di confronto con le strutture ospedaliere europee;

- avviare un percorso di valutazione del livello di digitalizzazione complessivo regionale di ambito ospedaliero.

Per dare seguito alla spinta di digitalizzazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, nel corso del 2026, proseguiranno le attività di consolidamento e perfezionamento dei sistemi implementati e di diffusione a tutti gli ambiti progettuali previsti.

In particolare, nel corso del 2026, verrà posta l'attenzione sui seguenti interventi prioritari:

- Evoluzione delle funzionalità applicative della Cartella Clinica Elettronica Regionale
- Prosecuzione della diffusione del sistema centralizzato di Laboratorio Analisi
- Prosecuzione della diffusione del sistema centralizzato di Digital Pathology con particolare attenzione ai processi sottesi relativi ai trapianti d'organo.

6.2.6. Cartella Clinica Elettronica

Con la costante collaborazione della rete di professionisti che hanno contributo alla realizzazione della Cartella Clinica Elettronica regionale, nel corso del 2026 saranno individuati gli ambiti evolutivi che possono contribuire a migliorare l'esperienza d'uso per i professionisti, rendendo più efficiente e intuitivo l'interazione con il sistema, incrementare il livello di sicurezza dei processi clinici e potenziare e valorizzare strumenti di Supporto Clinico Decisionale anche arricchiti con servizi di Intelligenza Artificiale.

Nel corso del 2026 saranno istituiti i seguenti gruppi di lavoro regionali con la partecipazione diretta e attiva da parte dei professionisti degli Enti Sanitari al fine di consolidare, sostenere e promuovere le iniziative di sanità digitale:

- *Gruppo Tecnico Regionale*, composto da professionisti esperti e formalmente riconosciuti, dedicato all'approfondimento dei fabbisogni clinico assistenziali e organizzativi e all'analisi dei dati dati (es. misurazione degli *outcomes* infermieristici)
- *Gruppo di approfondimento tecnico-giuridico* finalizzato a definire le corrette modalità di accesso alle Cartelle Cliniche Elettroniche in ottica interaziendale, nel rispetto dei principi di sicurezza, accountability e tutela del dato sanitario.

Nel corso del 2026, in particolare, si individuano i seguenti temi che costituiscono gli obiettivi di miglioramento nell'ambito dell'adozione della Cartella Clinica Elettronica ospedaliera.

Enti Sanitari che hanno adottato la CCE regionale:

- Completamento della diffusione e consolidamento della Cartella Clinica Elettronica ai setting Day Hospital ambulatoriale, MAC e BIC;
- Completamento della diffusione e consolidamento della Cartella Clinica Elettronica al setting pre-ricovero;
- Chiusura, firma e archiviazione delle CCE di ricovero attraverso le funzionalità messe a disposizione dall'applicativo regionale entro il 31/12/2026:
  - Tutte le cartelle anni 2023 – 2024;
  - Il 90% delle cartelle del primo e secondo quadrimestre 2026;
- Riduzione del numero di CCE di ricovero con errore alla dimissione (messaggi incongruenti o mancanti tra ADT e CCE su giorno e ora di dimissione);
- Avvio dell'indagine strutturata per rilevare l'esperienza e la soddisfazione dei cittadini ricoverati (PREMs) attraverso l'utilizzo degli strumenti messi a disposizione dal progetto di digitalizzazione della Cartella Clinica Elettronica regionale;
- Attivazione e messa a regime dell'integrazione della CCE di ricovero con la "*Suite* Emonet" per la gestione e tracciabilità dell'intero processo trasfusionale;
- Produzione e pubblicazione su FSE del documento di dimissione infermieristica.

Enti Sanitari che non hanno adottato la CCE Regionale:

Gli 11 Enti Sanitari che attualmente adottano una propria soluzione di Cartella Clinica Elettronica aziendale saranno progressivamente accompagnati in un percorso di convergenza verso una piattaforma condivisa, coerente con gli standard tecnologici, funzionali e di sicurezza previsti dalla CCE regionale.

Le attività di analisi attualmente in corso, avviate su impulso degli stessi Enti Sanitari e finalizzata a rilevare esigenze, priorità evolutive e livelli di maturità delle soluzioni oggi in uso, costituirà la base informativa per la definizione delle linee di convergenza e delle scelte architetturali future.

Nel 2026 sarà, pertanto, avviata una progettualità condivisa, coordinata a livello regionale, che coinvolgerà gli Enti Sanitari che non hanno aderito alla CCE regionale per contribuire attivamente alla co-progettazione di una nuova soluzione applicativa comune, in un'ottica di armonizzazione dei sistemi, omogeneizzazione dei processi clinico-assistenziali, gestione del controllo degli accessi (autenticazione MFA con firma remota e gestione dell'immodificabilità dei dati nel database ovvero l'evidenza dell'avvenuta modifica illegittima) e piena interoperabilità all'interno dell'ecosistema della sanità digitale regionale.

Tutti gli Enti Sanitari:

- Attuazione delle indicazioni regionali in ordine alla conservazione della "Cartella Clinica Ibrida";
- Messa a regime delle integrazioni tra la CCE e i sistemi di gestione del servizio di Laboratorio Analisi (LIS) e del servizio di Radiologia (RIS) per gli Enti che non l'hanno ancora attivata;
- Implementazione e messa a disposizione di un sistema di reportistica per il monitoraggio dei dati di utilizzo della Cartella Clinica Elettronica. In particolare, si individua l'ambito della prescrizione di farmaci come prioritario e comune al fine di monitorare almeno i seguenti aspetti:
  - interazioni tra farmaci;
  - classificazione degli antibiotici prescritti secondo la classificazione AWaRe (*documento OMS*).

Per ciascuno dei temi è richiesta la riduzione percentuale di uso combinato a dose fissa di antibiotici contenenti due o più agenti in unica formulazione (Manuale antibiotici AWaRe - Ridurre l'uso degli antibiotici "Non raccomandati").

6.2.7. Sistema regionale di Gestione del Servizio di Laboratorio Analisi

La diffusione, già iniziata nel 2025, del nuovo servizio regionale per la Gestione dei Servizi di Laboratorio Analisi sarà completata nel 2026 per tutti gli Enti Sanitari coinvolti sulla base della pianificazione definita a livello regionale e condivisa con tutti gli Enti fino a completamento del progetto.

Sia gli Enti Sanitari che hanno già avviato il nuovo sistema regionale sia quelli in corso di avviamento saranno chiamati, con il supporto del Centro di Coordinamento regionale della Medicina di Laboratorio, a rendere operative le codifiche degli esami stabilite a livello regionale, superando le specificità locali a favore della uniformità dei dati a livello sovra aziendale. Considerata la complessità tecnica e organizzativa dell'intervento e la necessità di coordinare l'impatto sul sistema di Laboratorio, l'attività andrà svolta in modalità graduale sulle apparecchiature analitiche e sui sistemi informativi integrati con il LIS.

Gli Enti Sanitari che non sono stati coinvolti nella progettualità regionale di adozione del nuovo sistema LIS regionale dovranno attivare nel 2026, sulla base della programmazione definita e condivisa a livello regionale, il nuovo servizio di "Order Manager" regionale al fine di garantire la movimentazione semi-automatica dei campioni ematici a livello sovra aziendale.

6.2.8. Sistema regionale di Gestione del Servizio di Anatomia Patologica con introduzione di servizi di Digital Pathology

La diffusione del nuovo servizio regionale sarà attuata per tutti gli Enti Sanitari sulla base della pianificazione definita e condivisa a livello regionale che prevede il completamento del progetto entro la fine del 2026.

La diffusione del nuovo sistema regionale, avviata nell'ultimo trimestre del 2025, proseguirà pertanto per tutto il 2026 con in contributo attivo di tutti gli Enti Sanitari. In analogia a quanto previsto nel caso del Sistema regionale di Gestione dei Laboratori Analisi, anche nel caso del Sistema regionale di Gestione dei Servizi di Anatomia Patologica gli Enti Sanitari saranno chiamati, con il supporto del Centro di Coordinamento regionale della Medicina di Laboratorio, a rendere operative le codifiche degli esami stabilite a livello regionale superando le specificità locali a favore della uniformità dei dati a livello sovra aziendale.

Anche nel caso del nuovo sistema regionale di Anatomia Patologica è prevista l'integrazione con apparecchiature di diversa tipologia per garantire la tracciabilità dell'intero processo di lavorazione. Particolarmente impegnativo sarà il passaggio alla dematerializzazione dei vetrini e alla refertazione digitale per il quale, oltre a disporre dei dispositivi di scannerizzazione necessari, è necessario intraprendere una riorganizzazione complessiva del servizio.

6.2.9. Digitalizzazione dei servizi sociosanitari territoriali

Nel quadro degli indirizzi di programmazione regionale per l'anno 2025 (DGR N. XII/3720 del 30/12/2024), e a valle dell'adozione della DGR n. XII/4560 del 16/06/2025 recante *"Determinazioni in ordine all'adozione di un modello organizzativo di interconnessione delle Centrali Operative Territoriali (COT) nell'ambito del sistema sanitario regionale"*, la DG Welfare ha avviato le azioni necessarie all'implementazione del nuovo modello organizzativo, supportato dallo sviluppo delle funzionalità applicative del Sistema di Gestione Digitale del Territorio (SGDT 2.0).

Nel corso del 2026 saranno diffuse le nuove funzionalità del Sistema di Gestione Digitale del Territorio (SGDT 2.0), implementate e collaudate nel corso del 2025, per supportare il funzionamento della rete regionale delle Centrali Operative Territoriali e per l'attuazione delle nuove funzionalità per la gestione dei percorsi di cura territoriali e domiciliari.

La diffusione delle nuove funzionalità coinvolgerà tutti gli Enti Sanitari, comprese le Agenzie per la Tutela della Salute, sulla base della programmazione definita e condivisa a livello regionale.

Sulla base della applicazione delle prime funzionalità a supporto delle Centrali Operative Territoriali, con la costante partecipazione della rete di collaborazione professionale offerta da tutti gli Enti Sanitari, saranno individuate le evoluzioni funzionali ritenute necessarie e i servizi di integrazione con altri applicativi regionali (Infrastruttura Regionale di Telemedicina, Cartella Clinica Elettronica).

In attuazione di quanto previsto dalla DGR N. XII/4560 e al fine di consolidare la rete regionale delle COT quale infrastruttura organizzativa stabile per la gestione integrata delle transizioni assistenziali ed assicurare la piena operatività delle funzionalità SGDT 2.0 in tutti i contesti ospedalieri e territoriali, la U.O. Sistemi Informativi e Sanità Digitale avvierà le seguenti azioni:

- costituzione di un gruppo di coordinamento regionale con l'obiettivo di garantire l'uniforme diffusione del nuovo modello organizzativo, monitorarne l'implementazione, valutarne l'efficacia mediante indicatori oggettivi e definire eventuali azioni correttive e migliorative;
- convocazione di gruppi di lavoro specifici per definire le modalità più appropriate e sostenibili volte ad assicurare che il modello organizzativo regionale possa garantire l'interconnessione delle COT con le strutture ricettive territoriali e con tutti i soggetti coinvolti nelle transizioni di setting assistenziale, in particolare gli IRCCS, gli Enti Erogatori Privati Accreditati, AREU, Strutture Riabilitative e RSA;
- analisi degli assetti organizzativi degli IRCCS pubblici, al fine di abilitare l'inserimento delle richieste di transizione di setting (es. dimissioni protette) in SGDT e garantirne la corretta trasmissione verso le COT trasversali di riferimento;

- completamento della configurazione SGDT, in modo da assicurare la completa configurazione di strutture, unità operative e professionisti in SGDT, validando periodicamente la coerenza dei dati organizzativi e aggiornarli in caso di variazioni;
- consolidamento della interconnessione operativa tra le COT di tutte le ASST ed implementazione progressiva dell'interconnessione della rete COT regionale con altre strutture sanitarie (IRCCS pubblici; AREU; EEPA);
- programmazione di momenti di affiancamento e tutoraggio per le figure professionali coinvolte nelle transizioni di setting e nella gestione dei servizi territoriali e domiciliari;
- collaborazione con i gruppi di lavoro regionali per l'analisi dei dati e la definizione di azioni correttive o migliorative, nonché lo sviluppo di nuove funzionalità applicative in SGDT (es. dimissioni protette, funzionalità aggiuntive per Medici di Assistenza Primaria e Pediatri di Libera Scelta).

6.2.10. Fascicolo Sanitario Elettronico

Durante l'anno 2026 proseguiranno le attività di diffusione dei servizi di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico con dati strutturati fino a completamento di tutti gli Enti Sanitari pubblici e Privati.

In previsione della imminente attivazione del Gateway nazionale per la alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 e dell'Ecosistema dei Dati Sanitari, nel 2026 saranno intensificate le attività di verifica della qualità dei dati strutturati prodotti dagli Enti Sanitari pubblici e privati.

Tutti gli Enti Sanitari saranno chiamati, pertanto, a partecipare attivamente alle attività di verifica della qualità dei dati prodotti e alla definizione dei criteri e indicatori condivisi per il monitoraggio in tempo reale e per il continuo miglioramento del livello qualitativo dei dati prodotti.

Partecipazione attiva degli Enti Sanitari Privati

Tutti gli Enti Sanitari privati accreditati si sono attivati nel corso del 2025 per adeguare i propri sistemi applicativi all'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 nelle modalità tecniche definite e a livello nazionale. Tuttavia, la diffusione non ha ancora raggiunto la totalità degli Enti e la totalità delle tipologie di documenti ed è, pertanto, necessario che entro il primo bimestre del 2026 venga completata la diffusione dei nuovi servizi di pubblicazione di tutti i documenti strutturati CDA2 per tutte le tipologie da parte di tutti gli Enti Sanitari privati.

Gli Enti Sanitari privati saranno, inoltre, chiamati a partecipare attivamente al progetto di alimentazione del nuovo "Archivio regionale delle immagini digitali", denominato VNA "Vendor Neutral Archive", che sarà integrato al Fascicolo Sanitario Elettronico dal quale sarà possibile accedere, oltre cha ai referti delle prestazioni specialistiche, anche alle immagini diagnostiche associate.

Gli Enti Sanitari privati saranno coinvolti nel progetto sin dalle prime fase attuative per assicurare la massima diffusione del nuovo servizio su tutto il territorio regionale.

Nel corso del 2026, inoltre, gli Enti Sanitari privati saranno chiamati alla pubblicazione anche dei documenti sanitari prodotti in regime di ricovero ospedaliero.

Rendicontazione PNRR per gli Enti Sanitari pubblici

Gli Enti Sanitari pubblici dovranno presentare tutta la documentazione amministrativa e contabile entro il 30/04/2026 per tutte le attività relative all'adeguamento degli applicativi refertanti sul Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), finanziate mediante risorse PNRR. Tale adempimento è finalizzato alla rendicontazione finanziaria e alla corretta convalida dei finanziamenti assegnati e rappresenta un passaggio obbligatorio ai fini del raggiungimento degli obiettivi di progetto.

AVIS

Al fine di migliorare ulteriormente la disponibilità di dati pubblicati sul Fascicolo Sanitario Elettronico e garantire la omogeneità di alimentazione su tutto il territorio, nel 2026 tutti gli Enti Sanitari dovranno pubblicare all'interno dei Fascicoli Sanitari Elettronici dei cittadini tutti i documenti strutturati generati nell'ambito delle prestazioni di laboratorio eseguite durante il processo di donazione del sangue. Tutti

gli Enti Sanitari coinvolti nei processi di donazione saranno, pertanto, tenuti a provvedere alla configurazione degli applicativi in uso, al fine di garantire la corretta pubblicazione dei suddetti documenti.

Archivio regionale delle immagini digitali (Vendor Neutral Archive)

Di particolare interesse regionale è la pubblicazione sul Fascicolo Sanitario Elettronico delle immagini diagnostiche da parte di tuttu gli Enti Sanitari Pubblici e Privati secondo la pianificazione che sarà definita a livello regionale e condivisa con tutti gli Enti Sanitari.

La realizzazione di un sistema regionale di archiviazione centralizzata delle immagini diagnostiche VNA (*Vendor Neutral Archive*), integrato con il Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0, coinvolgerà tutti gli Enti Sanitari di Regione Lombardia, pubblici e privati, che contribuiscono all'alimentazione del fascicolo; la documentazione iconografica verrà resa disponibile ai cittadini e ai professionisti sanitari all'interno del Fascicolo insieme ai referti, in un'ottica di semplificazione dell'accesso ai servizi sociosanitari e miglioramento dei percorsi di cura e continuità assistenziale.

Il percorso di attivazione del nuovo servizio prevede una prima fase sperimentale nel primo semestre del 2026 con un gruppo di Enti Sanitari "pilota", pubblici e privati, seguita da una diffusione graduale fino alla completa copertura territoriale. Il nuovo servizio VNA regionale garantirà interoperabilità, sicurezza dei dati e omogeneità dei processi di archiviazione e consultazione.

Il progetto è stato sviluppato in coerenza con le linee guida nazionali di attuazione del FSE 2.0. con un approccio che tenga conto degli scenari d'interoperabilità ad oggi definiti a livello nazionale.

Un aspetto chiave sarà l'integrazione progressiva su Fascicolo Sanitario Elettronico anche della documentazione sanitaria relativa agli episodi di Ricovero e Pronto Soccorso che permetterà di pubblicare la totalità delle immagini diagnostiche nel fascicolo sanitario dei cittadini.

Il progetto prevede anche la realizzazione di una soluzione regionale di interoperabilità per la cooperazione tra Enti Sanitari, attraverso servizi di telegestione, teleconsulto e telediagnosi conformi ad accordi interaziendali e a supporto delle reti di patologia tempo-dipendenti.

In continuità con esperienze progettuali in fase più avanzata, sarà istituita una rete di confronto e collaborazione tra professionisti coinvolti nella gestione dei sistemi di imaging diagnostico. Il network multidisciplinare, composto da professionisti con competenze specifiche – in particolare Tecnici Sanitari di Radiologia Medica che svolgono attività di amministratori di sistema RIS-PACS – è finalizzato a favorire l'adozione di best practice gestionali e promuovere l'innovazione tecnologica dei servizi offerti.

Ecosistema dei Dati Sanitari

Nell'ambito del progetto nazionale di evoluzione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) è prevista l'implementazione dell'Ecosistema dei Dati Sanitari (EDS) che è la componente architetturale e tecnologica dedicata alla gestione sicura e protetta dei dati strutturati che vengono prodotti dagli Enti Sanitari.

Il Decreto 31 dicembre 2024 ha istituito l'EDS e ha definito le modalità tecniche e giuridiche per la gestione dei dati nelle diverse forme di protezione e per le diverse finalità previste.

La componente EDS, istituita con Decreto 31 dicembre 2024, prevede una Unità di Archiviazione Regionale destinata a persistere i dati in chiaro necessari per le finalità di cura di ciascuna Regione, oltre ad una Unità per i "Naviganti", una Unità per i dati pseudoanonimi (finalità di ricerca) e una per i dati anonimi (finalità di governo) condivise da tutte le Regioni.

Il progetto richiede il supporto attivo di tutti gli Enti Sanitari pubblici e privati che dovranno garantire il massimo livello qualitativo dei dati pubblicati in formato strutturato all'interno del Fascicolo Sanitario Elettronico, comprendendo, tra l'altro, il controllo dei metadati di tutti i referti pubblicati che devono contenere il Numero della Ricetta Elettronica (NRE) e il regime di erogazione.

In particolare, si ribadisce che l'adozione della codifica LOINC nei referti di Medicina di Laboratorio in formato CDA2 è un requisito tecnico obbligatorio, previsto dal Decreto del Ministero della Salute del 7 settembre 2023 e dalla DGR n. XII/2227/2024. Pertanto, gli Enti produttori dei referti di Medicina di Laboratorio devono garantire che tutti i referti di Medicina di Laboratorio in CDA2 siano codificati in LOINC come da Specifiche implementative del CDA2 dei referti di Medicina di Laboratorio Regionali pubblicate sul SISS DC-CDA2-LIS#03.

Nel corso dell'anno 2026, inoltre, avrà inizio la pubblicazione dei referti prodotti per pazienti in regime di ricovero ospedaliero sul Fascicolo Sanitario Elettronico da parte degli Enti Sanitari pubblici e privati. A tal fine saranno rese disponibili le linee guida per la corretta compilazione dei metadati relativi ai referti interni, al fine di consentirne il collegamento, in fase di consultazione, alla Cartella Clinica Elettronica (CCE) e alla Lettera di Dimissione o al Verbale di Pronto Soccorso.

Formazione

La proposta formativa "Digital Upskilling" sviluppata nell'ambito dell'evoluzione del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 e finalizzata all'incremento delle competenze digitali degli operatori sanitari proseguirà almeno per tutto il primo trimestre dell'anno 2026. Gli eventi formativi saranno rivolti nella modalità Formazione a Distanza (FAD) per gli operatori sanitari neoassunti e con il percorso di formazione manageriale rivolto ai Leader del SSR, dedicato ai temi della digitalizzazione e della riprogettazione dei servizi in ospedale e sul territorio.

Medici di Assistenza Primaria e Pediatri di Libera Scelta

Regione Lombardia ha adottato il provvedimento DGR n. XII/4274/2025 con il quale sono stati definiti i requisiti necessari per la realizzazione degli interventi di formazione operativa rivolti ai Medici di Assistenza Primaria (MAP) e ai Pediatri di Libera Scelta (PLS), finalizzati alla produzione dei Profili Sanitari Sintetici (PSS) da pubblicare sul Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) degli assistiti.

Gli Enti Sanitari sono, pertanto, tenuti a impegnarsi concretamente al fine di garantire che i Medici di Assistenza Primaria e Pediatri di Libera Scelta si attivino tempestivamente per adeguare le proprie Schede Sanitarie Informatiche (SSI) e procedano con la formazione per la pubblicazione dei Profili Sanitari Sintetici all'interno dei Fascicoli Sanitari Elettronici dei cittadini.

In particolare, dovrà essere garantito da tutti gli Enti Sanitari l'attivazione del servizio di pubblicazione del Profilo Sanitario Sintetico da parte di almeno il 90% dei Medici di Assistenza Primaria e Pediatri di Libera Scelta entro il primo trimestre 2026.

Nel contesto del progetto di aggiornamento tecnologico dell'infrastruttura SISS3, finalizzato a evolvere il sistema informativo sanitario regionale verso tecnologie più moderne e adeguate, l'anno 2026 sarà dedicato al completamento delle attività relative alla dismissione dell'attuale infrastruttura di comunicazione "Extranet". In particolare, si prevede il completamento della diffusione della "firma digitale remota", che diventerà il sistema esclusivo per l'autenticazione dei medici di assistenza primaria (MAP) e dei pediatri di libera scelta (PLS). A seguito di tale transizione, verranno disinstallate le Postazioni di Lavoro (PdL) sui sistemi di MAP/PLS.

Anagrafe Nazionale degli Assistiti

Nel mese di ottobre 2025, Regione Lombardia, con il supporto di Aria S.p.A., ha avviato le attività di popolamento della base dati centrale dell'Anagrafe Nazionale degli Assistiti (ANA). A seguito del popolamento da parte di tutte le Regioni è possibile che nella base dati nazionale possano emergere posizioni duplicate relative agli assistiti presenti in più Regioni. Nel corso del primo trimestre del 2026, gli Enti Sanitari procederanno alla gestione delle posizioni di assistenza segnalate come duplicate, favorendo lo scambio di informazioni utili con le altre regioni interessate, al fine di definire la chiusura della posizione assistenziale in una delle due regioni, secondo le modalità che saranno stabilite dal Coordinamento Nazionale ANA.

6.2.11. Sicurezza informatica

Nel 2026 gli Enti Sanitari saranno chiamati a proseguire il programma di interventi e azioni, avviate nel 2023 e potenziate nel 2024 e 2025, finalizzate al miglioramento del livello di sicurezza informatica dell'infrastruttura tecnologica aziendale e di protezione dei dati degli Enti Sanitari pubblici. In particolare, dovranno essere completati e consolidati i seguenti interventi da parte di tutti gli Enti Sanitari pubblici:

- programmazione ed attuazione degli interventi di miglioramento proposti durante l'assessment di sicurezza condotto durante il 2025 sulla base del "Framework" regionale sviluppato in accordo a quanto dettato dalla Direttiva NIS2, tra cui la definizione di politiche e procedure di sicurezza informatica;
- indirizzamento delle azioni richieste dall'Agenzia Nazionale per la Cybersicurezza (ACN) e degli interventi previsti nell'ambito della direttiva NIS2;
- avviare progetti atti a garantire la segmentazione della rete informatica aziendale secondo le pratiche di sicurezza consigliate;
- ampliamento del perimetro di visibilità del servizio CSOC (Cyber Security Operation Center) per il monitoraggio e la gestione delle minacce digitali attraverso il continuo aggiornamento delle fonti di raccolta dei log;
- favorire e abilitare l'estensione del perimetro di monitoraggio del CSOC ai dispositivi elettromedicali;
- perfezionamento e diffusione completa del sistema PAM (Privileged Access Management) per la gestione sicura delle credenziali e degli accessi privilegiati;
- consolidamento dei sistemi "Golden Copy" per proteggere il patrimonio informativo aziendale;
- miglioramento continuo del servizio di Cyber Threat Intelligence con evidenza delle azioni correttive sulla base delle segnalazioni pervenute;
- aggiornamento e ulteriore diffusione dei servizi di protezione con EDR (Endpoint Detection and Response) secondo le indicazioni che verranno fornite a livello centrale;
- continuazione del programma di migrazione al Cloud e del piano di formazione per il personale tecnico e sociosanitario;
- programmazione di attività di Vulnerability Assessment & Penetration Test e partecipazione a simulazioni di attacchi controllati.

Pertanto, tutte le Agenzie, le ASST e IRCCS, con il coordinamento di Aria Spa, saranno chiamate a predisporre l'aggiornamento del piano di miglioramento del livello di sicurezza informatica entro il primo trimestre del 2026.

Il piano di miglioramento del livello di sicurezza informatica dovrà contenere lo stato dell'arte sulla attivazione e diffusione dei servizi di protezione, la quantificazione dei costi per gli interventi tecnici e organizzativi locali, nonché le modalità di copertura economica delle attività, oltre alla programmazione degli interventi tecnici e organizzativi che si ritiene di svolgere nel corso del 2026 per garantire il miglioramento continuo del livello di sicurezza e protezione dei dati con l'obiettivo di rispondere a quanto richiesto dalla Normativa vigente (es. Direttiva NIS2).

6.3. Nuove iniziative regionali

Di seguito vengono descritte le principali nuove iniziative sulle quali tutti gli Enti Sanitari saranno impegnati nel corso del 2026.

6.3.1. Nuovo Sistema Informativo Trasfusionale

Il nuovo Sistema Informativo Trasfusionale unico regionale consentirà di ottimizzare i processi trasfusionali in uso presso i servizi di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale degli Enti Sanitari e di digitalizzare i processi non attualmente informatizzati.

L'intervento è finalizzato a superare i limiti tecnologici e architetturali dell'attuale sistema in uso a livello regionale "Emonet". Il sistema "Emonet", infatti, pur essendo stato correttamente e continuamente mantenuto ed evoluto funzionalmente dal produttore, è arrivato oramai al suo limite di sviluppo ed anche il produttore ne ha dichiarato la prossima dismissione.

Il nuovo sistema informativo trasfusionale regionale intende, pertanto, superare la attuale divisione, quasi invalicabile, tra le 8 aree omogenee di gestione dei sistemi trasfusionali attraverso l'implementazione di un sistema unico e centralizzato a livello regionale dotato di nuove funzionalità e caratteristiche tecnologiche più adeguate.

Nel corso del 2025, in collaborazione con i referenti regionali per la gestione dei servizi di ematologia, sono state definite le caratteristiche tecniche, architetturali e funzionali del nuovo sistema regionale ed è stata predisposta la documentazione tecnica per lo svolgimento della procedura di affidamento del nuovo servizio.

Tutti gli Enti saranno chiamati a partecipare alle attività di preparazione del nuovo sistema regionale e a condividere il piano di diffusione sulla base delle tempistiche necessarie per lo svolgimento delle procedure amministrative di affidamento.

6.3.2. Nuovo Sistema regionale per la gestione delle Risorse Umane

Nel 2025 sono state definite le caratteristiche tecniche, architetturali e funzionali del nuovo sistema regionale per la gestione delle risorse umane in collaborazione con la U.O. Risorse Umane del SSR.

È stata predisposta la documentazione tecnica necessaria all'avvio della procedura di affidamento del nuovo servizio regionale.

Nel corso del 2026 gli Enti Sanitari, con il coordinamento della U.O. Risorse Umane del SSR, saranno coinvolti in specifici gruppi di lavoro per lo svolgimento delle attività di condivisione e preparazione del nuovo servizio. L'attuazione concreta di tale servizio avverrà secondo le tempistiche e le modalità che saranno definite in stretta collaborazione con gli Enti Sanitari, garantendo un processo condiviso e trasparente.

L'obiettivo prioritario è la omogeneizzazione dei modelli di gestione delle risorse umane degli Enti Sanitari e, nel rispetto delle specificità definite nell'ambito dei contratti integrativi aziendali, adottare un'unica soluzione centralizzata e condivisa, omogenea sia per tipo di software che per configurazione per la gestione delle risorse umane di tutti gli Enti Sanitari pubblici e che, in aggiunta, permetta ai competenti uffici di Regione Lombardia un monitoraggio in tempo reale della gestione del personale.

Si tratta, pertanto, di un progetto di trasformazione digitale nell'ambito della gestione delle risorse umane degli Enti Sanitari con omogeneizzazione del trattamento giuridico ed economico del personale e semplificazione della gestione del debito informativo nei confronti di Regione Lombardia e dei Ministeri competenti. Il progetto verrà condotto con il coordinamento della DG Welfare e coinvolgerà tutte le strutture amministrative degli Enti Sanitari.

6.3.3. Iniziative per l'introduzione di sistemi di supporto clinico decisionale anche potenziate da servizi di Intelligenza Artificiale

Regione Lombardia, nel corso del 2024, ha condotto una indagine preliminare di mercato per verificare la disponibilità di soluzioni tecnologiche e servizi digitali di supporto clinico decisionale pronti da poter essere applicati a diversi contesti organizzativi di ambito sociosanitario. L'esito della consultazione di mercato ha fornito una fotografia realistica delle tecnologie disponibili e delle potenzialità che la loro applicazione governata e controllata può avere sul sistema sociosanitario.

Dall'indagine di mercato sono emersi stimoli e riflessioni sugli ambiti clinico-assistenziali che possono essere più avvantaggiati dall'avvio di una prima applicazione osservazionale e misurare l'impatto concreto dei CDSS nel contesto sociosanitario lombardo. Per questo motivo è stato applicato un modello ispirato ai principi dell'Health Technology Assessment (HTA), adattato alla specificità del progetto, che ha permesso di analizzare i diversi ambiti, non solo dal punto di vista della loro rilevanza clinica, ma anche in termini di ricadute organizzative, sostenibilità economica e potenziale accettazione da parte dei professionisti.

Gli ambiti clinico-assistenziali prioritari sui quali saranno indirizzate le prime iniziative regionali sono i seguenti:

- appropriatezza prescrittiva in ambito ospedaliero;
- supporto integrato alle cure territoriali e domiciliari;
- supporto ai processi di triage;
- supporto alla refertazione e predisposizione dei documenti sanitari;
- prevenzione delle infezioni nosocomiali e della sepsi;
- supporto alla diagnostica per immagini.

I Sistemi di Supporto Clinico Decisionale (CDSS), anche potenziati da servizi e tecnologie di Intelligenza Artificiale, saranno applicati nel corso del 2026 su questi primi ambiti sociosanitari secondo un percorso che prevederà una prima fase di preparazione tecnico-organizzativa finalizzata ad adeguare infrastrutture, sistemi informativi e percorsi formativi ed una seconda fase operativa di applicazione controllata dei CDSS negli ambiti sociosanitari individuati. Per ciascuno degli ambiti individuati verrà dimensionato il volume di professionisti, il numero di Enti Sanitari e di strutture territoriali da coinvolgere nell'applicazione dei CDSS al fine di valutarne l'impatto sui percorsi assistenziali, diagnostici, terapeutici e di prevenzione che sono prefissati in modo trasversale alle diverse professionalità e quanto più rappresentativo della realtà sanitaria regionale.

L'applicazione dei CDSS verrà stabilita preventivamente in termini quantitativi al fine di poter avviare le procedure amministrative pubbliche per l'individuazione delle soluzioni e tecnologie più idonee per ciascun ambito sociosanitario individuato.

Il processo di individuazione degli Enti Sanitari che parteciperanno alla prima applicazione dei CDSS sarà possibile solo dopo aver completata la selezione delle soluzioni oggetto di selezione e aver valutato il potenziale impatto di sistemi proposti sui contesti sanitari di riferimento e della disponibilità e interesse dei professionisti sociosanitari coinvolti nei diversi ambiti di applicazione.

L'intero processo di preparazione e applicazione "osservazionale" dei CDSS sarà accompagnato da un servizio di monitoraggio continuo. della loro applicazione, con definizione ed elaborazione di indicatori trasversali (es. adozione, usabilità, qualità del dato) e verticali per ciascun ambito al fine di valutare la successiva estensione e scalabilità delle soluzioni proposte.

Le attività saranno condotte dagli Enti Sanitari coinvolti secondo modalità e tempistiche condivise a livello regionale. Nel corso della sperimentazione, saranno attivati gruppi di lavoro multidisciplinari che garantiranno indirizzo, affiancamento e coordinamento ai professionisti sanitari che saranno coinvolti direttamente nell'utilizzo di servizi e tecnologie di Supporto Clinico Sanitario, anche potenziate da Intelligenza Artificiale.

6.3.4. Automazione della Logistica del Farmaco di ambito ospedaliero

Il servizio per l'Automazione della Logistica del Farmaco è stato inserito da molti Enti Sanitari tra le progettualità da attuare nell'ambito della Missione 6, Componente 2 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza alla linea di investimento per il potenziamento del livello di digitalizzazione delle strutture sanitarie sedi di DEA di I e II livello.

L'iniziativa è stata successivamente riprogrammata a causa della impossibilità, verificata con la Unità di Missione PNRR del Ministero della Salute, di poter rendicontare i costi nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Nel corso del 2026, terminata la complessa fase di attestazione degli obiettivi e rendicontazione delle progettualità PNRR, si intende riprogrammare la progettualità di automazione della logistica del farmaco di ambito ospedaliero per tutti gli Enti Sanitari pubblici.

Il progetto ha l'obiettivo di efficientare la gestione della distribuzione dei farmaci a livello ospedaliero al fine di abilitare la messa in comunicazione delle farmacie tra le diverse strutture ospedaliere e una migliore definizione del fabbisogno farmacologico in fase di definizione della domanda e successive fasi di acquisizione di nuovi lotti di farmaci.

L'introduzione di sistemi di automazione della logistica del farmaco in ambito ospedaliero rappresenta una importante opportunità per supportare il processo di prescrizione e somministrazione gestito nell'ambito della Cartella Clinica Elettronica, ridurre ulteriormente il rischio per i pazienti ricoverati ed efficientare il processo di gestione dei magazzini farmaceutici.

Il progetto prevede la fornitura dei seguenti elementi principali:

- Nuovo sistema unico regionale per la gestione informatizzata e centralizzata della logistica dei beni (farmaci e dispositivi) in ambito ospedaliero
- armadi robotizzati da collocare presso i servizi di Farmacia Ospedaliera degli Enti Sanitari (Macrologistica) per la gestione completamente automatizzata dei prodotti farmacologici e dei dispositivi medici e per la loro movimentazione in entrata e in uscita verso i reparti di ricovero e i servizi ambulatoriali specialistici
- armadi e carrelli robotizzati per i reparti di degenza di alcune strutture ospedaliere a supporto della gestione sicura del processo di somministrazione di farmaci

La gestione della distribuzione dei farmaci all'interno delle reti ospedaliere rappresenta un fattore cruciale per l'efficientamento e la sostenibilità economica dei percorsi di cura. L'introduzione di una piattaforma digitale che gestisca l'intera filiera della logistica del farmaco permette di sfruttare opportunità di sinergia nella rete e di ottimizzare la programmazione di futuri approvvigionamenti.

6.3.5. Sistema regionale per la Gestione Economico Finanziaria degli Enti Sanitari

Il Piano Strategico di Sanità Digitale prevede la progettazione e implementazione di un nuovo sistema amministrativo contabile regionale per gli Enti Sanitari pubblici.

L'iniziativa, condotta con la collaborazione della U.O. Programmazione e Controllo delle Risorse SSR, va nella direzione del progressivo rinnovo dell'architettura dei sistemi informativi regionali con introduzione di nuove soluzioni applicative, uniche e centralizzate a livello regionale, con riduzione del frazionamento dei sistemi in uso presso gli Enti Sanitari. La visione regionale è quella di convergere verso un'unica soluzione di ERP regionale centralizzata al fine di efficientare i costi di realizzazione e garantire l'omogeneità e interoperabilità nativa dei dati contabili.

La progettazione di un sistema amministrativo contabile regionale da rendere disponibile a tutti gli Enti Sanitari ha come principale finalità quella di dotare gli Enti di una soluzione innovativa, integrata e pienamente interoperabile con il patrimonio informativo del contesto aziendale/regionale per il monitoraggio e la rendicontazione dei fattori produttivi. Il consolidamento dei flussi contabili permetterà di migliorare la qualità con cui tali dati vengono raccolti e la capacità di utilizzare quest'ultimi per eseguire analisi di confronto dei costi.

Nel corso del 2026, con il supporto della U.O. Programmazione e Controllo delle Risorse SSR, gli Enti Sanitari saranno chiamati a collaborare attivamente alla definizione dei requisiti tecnologici e funzionali per l'implementazione del nuovo sistema regionale e a definire la modalità di diffusione del sistema in modo progressivo e sicuro a tutti gli Enti Sanitari.

7. INVESTIMENTI

7.1. PNRR e DL 34/2020

Le Aziende e le Fondazioni IRCCS impegnate nella realizzazione, quali soggetti attuatori delegati, degli interventi inclusi nel Piano Operativo Regionale e finanziati in tutto o in parte con i fondi del PNRR, dovranno attivare ogni misura utile al fine del raggiungimento del target stabilito dal POR e declinato nelle rimodulazioni sopravvenute.

I soggetti attuatori delegati avranno cura di implementare, inoltre, le attività di rendicontazione degli interventi in corso attraverso una più tempestiva alimentazione della piattaforma Attuazione degli investimenti finanziati con i fondi del PNRR – PNC e POR, compresi gli interventi inclusi nel Piano di Riordino della rete ospedaliera, di cui al D.L. n. 34/2020.

Ogni soggetto attuatore delegato dovrà, in particolare, entro il 31 gennaio 2026 raggiungere, salvo comprovati impedimenti non dipendenti dalla volontà del soggetto attuatore, una percentuale di rendicontazione non inferiore, quale media tra le diverse linee di finanziamento, al 15% dell'importo complessivo degli interventi di sua competenza (al 31 gennaio 2026 dovranno essere integralmente rendicontati gli investimenti effettuati sulle linee di investimento "grandi apparecchiature" e "centrali operative territoriali). La suddetta percentuale media dovrà progressivamente crescere fino a raggiungere il 50% entro il 30 giugno 2026, il 75% entro il 30 settembre 2026 e il 100% entro il 31 dicembre 2026.

7.2. Ambiti programmatori prioritari per investimenti con fondi regionali in conto capitale

Nell'ambito della programmazione strategica regionale degli investimenti sanitari sono individuate le priorità relative all'utilizzo della quota in conto capitale delle risorse destinabili al finanziamento del Sistema Socio-Sanitario Regionale per l'esercizio 2026.

Al fine di rendere uniforme la programmazione degli investimenti per il perseguimento degli obiettivi prioritari, in coerenza con il Programma Regionale di Sviluppo Sostenibile della XII Legislatura di cui alla DCR n. XII/42 del 20 giugno 2023, con il Piano sociosanitario integrato lombardo 2024 - 2028 di cui alla DCR n. XII/395 del 25 giugno 2024, e con gli indirizzi definiti con DGR n. XII/4939/2025, vengono precisati i seguenti ambiti programmatori prioritari con riserva, in ogni caso, di operare le più opportune variazioni, anche in corso di esercizio, in ragione di eventuali, sopraggiunte esigenze:

- Interventi finalizzati al mantenimento in esercizio di strutture, impianti e apparecchiature.
- Integrazione e completamento di opere previste nella programmazione strategica regionale oggetto di Accordi di Programma, Accordi di Programma Quadro e specifici programmi di investimento.
- Incremento dei livelli di sicurezza antincendio e sicurezza sismica (zone a media e alta sismicità) dei presidi di riferimento delle ASST e IRCCS di diritto pubblico, anche con riferimento alle rilevazioni ministeriali.
- Cofinanziamento regionale necessario per il programma di investimenti a valere sui fondi ex art. 20 legge 67/88 relativo al ii stralcio, di cui alle DGR n. XII/2478 del 3 giugno 2024 e n. XII/4063 del 17 marzo 2025.
- Cofinanziamento regionale degli interventi previsti dal PNRR/PNC, POR e da specifici programmi regionali per il finanziamento regionale delle strutture territoriali (CdC/OdC/COT) ulteriori a quelle previste nel POR.
- Integrazione interventi del piano di riordino della rete ospedaliera ex art. 2 decreto-legge n. 34/2020 approvato con DGR n. 3264 del 16 giugno 2020.

- Interventi strategici afferenti all'area salute mentale, NPIA, disabilità e dipendenze nell'ambito del potenziamento e della riorganizzazione della rete territoriale dei servizi sanitari.
- Interventi urgenti di natura straordinaria ed eventuali urgenze impreviste in corso d'esercizio.
- Potenziamento tecnologico perseguito attraverso la sostituzione o l'integrazione apparecchiature diagnostiche, elettromedicali e biomediche a bassa e media tecnologia.
- Potenziamento tecnologico perseguito attraverso la sostituzione e l'implementazione di apparecchiature diagnostiche e di cura ad alta tecnologia.
- Efficientamento energetico delle strutture sanitarie e sociosanitarie.

Eventuali istanze di rimodulazione dei finanziamenti destinati dalla Giunta, anche a valere sui fondi imputati ai bilanci degli esercizi pregressi, agli Enti del SSR sono assentite con decreto del Direttore Generale Welfare qualora i fondi residui da rimodulare siano destinati ad interventi ricadenti nel medesimo ambito prioritario cui afferisce l'intervento originariamente finanziato.

7.3. Monitoraggio e attuazione degli investimenti stanziati con fondi del bilancio regionale

Per una efficace programmazione delle risorse e una concreta attuazione degli interventi programmati nei piani di investimento deliberati dalla Giunta regionale, nel ricordare alle Aziende Sanitarie il rispetto degli indirizzi contenuti nei provvedimenti assunti dalla Giunta stessa, si richiamano gli Enti beneficiari delle somme stanziate per investimenti in conto capitale finalizzati ad interventi di edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico, al pieno, efficiente e tempestivo utilizzo delle risorse messe a disposizione nelle diverse annualità.

In particolare, al fine di ridurre la quota di impegni di spesa inutilizzati, le future assegnazioni delle risorse in conto capitale finalizzate a specifici progetti e per investimenti indistinti, prevederanno specifiche modalità premiali per gli Enti del SSR che avranno dimostrato elevata ed efficiente capacità di spesa. Per contro, lo stanziamento di ulteriori finanziamenti eventualmente oggetto di istanza da parte di Enti verso i quali sussistano pendenti rilevanti somme per investimenti non utilizzate, o utilizzate solo in parte, potrà essere procrastinato, fatte salve le necessità afferenti ad interventi indifferibili e urgenti.

Al fine di conferire efficacia e tempestività all'attuazione dei programmi di investimento deliberati dalla Giunta a valere sui fondi regionali:

- i termini di attuazione degli interventi, stabiliti con i provvedimenti di stanziamento delle risorse, possono essere prorogati con decreto del Direttore Generale Welfare solo in presenza di comprovate motivazioni riconducibili a circostanze imprevedibili e non dipendenti dalla volontà o da fatto omissivo dell'Ente beneficiario;
- con decreto del Direttore Generale Welfare può essere autorizzato l'utilizzo di fondi residui, regolarmente accertati con l'approvazione da parte dell'Ente beneficiario del quadro economico finale, per finalità comunque coerenti con l'ambito prioritario cui afferisce l'intervento in origine finanziato e realizzato.

7.4. Modalità di attuazione del programma degli investimenti – Il contributo di ARIA S.p.A.

Si richiamano le indicazioni e le linee di indirizzo contenute nell'allegato A, paragrafo 13.3.3, alla DGR XII/3720 del 30 dicembre 2024, per quanto sin qui non attuato.

Al fine di consentire un efficace controllo dei processi di realizzazione degli investimenti assegnati dagli Enti del SSR ad ARIA S.p.A. quale soggetto attuatore, stazione appaltante, soggetto concedente, o in

altra forma comunque contemplata dal vigente ordinamento, dovrà dalla Società stessa essere prodotta alla DG Welfare:

- una relazione mensile di monitoraggio degli investimenti e delle procedure tecnico-amministrative in corso, contenente, per ciascun intervento, ogni elemento utile al fine di una valutazione circa lo stato di avanzamento dell'investimento in rapporto al cronoprogramma condiviso, nonché le ragioni di eventuali scostamenti e le misure poste in essere al fine di scongiurare ulteriori ritardi nell'esecuzione dell'opera;
- una pronta e documentata comunicazione qualora intervengano, nel corso di realizzazione degli interventi, fatti o circostanze potenzialmente in grado di alterare l'assetto del quadro economico dell'opera e di ingenerare la necessità di reperimento di dotazioni finanziarie integrative;
- una previa, circostanziata e motivata istanza di autorizzazione al conferimento al Collegio Consultivo Tecnico, nei casi previsti dall'ordinamento, del potere di esprimersi sulle domande ad esso inoltrate con determinazioni aventi efficacia di lodo contrattuale e, dunque, con effetto vincolante per le parti contraenti.

Gli Enti del Servizio sanitario regionale beneficiari degli interventi assegnati, nella fase di esecuzione degli investimenti programmati, ad ARIA S.p.A. in qualità di soggetto attuatore, stazione appaltante o soggetto concedente, devono porre in essere ogni attività di monitoraggio e controllo circa il rispetto, da parte della Società, del cronoprogramma e, in genere, delle modalità di realizzazione degli interventi programmati.

In assenza di una comprovata attività di monitoraggio e di controllo, gli Enti beneficiari saranno considerati corresponsabili dell'eventuale mancato raggiungimento, da parte della Società da essi incaricata di dar corso all'esecuzione delle procedure di realizzazione degli investimenti, del mancato rispetto del cronoprogramma.

7.5. Ricognizione sulle prestazioni energetiche degli edifici strumentali

Al fine di effettuare una puntuale ricognizione in ordine alle prestazioni energetiche degli edifici costituenti il patrimonio immobiliare strumentale in dotazione agli Enti del Servizio Sanitario Regionale, ciascuna Azienda, Agenzia o Fondazione IRCCS dovrà inviare alla DG Welfare, entro e non oltre il 30 giugno 2026, una dichiarazione a firma del Direttore Generale, del Direttore Amministrativo e del Responsabile dell'Unità Operativa Tecnico Patrimoniale (o di equipollente struttura dell'Ente) riportante l'elenco degli edifici strumentali di proprietà o comunque in uso precisando, per ognuno di essi, i dati catastali aggiornati e se sia stato acquisito l'attestato di prestazione energetica (APE) ovvero la diagnosi energetica, allegandone, in caso affermativo, copia.

8. POLO TERRITORIALE

8.1. Interventi di sviluppo Polo Territoriale

8.1.1. Sviluppo funzionalità, modelli organizzativi e di servizio, i mix di professionalità nell'ambito delle Case di Comunità (CdC)

In attuazione del DM 77/2022 e della Missione 6 del PNRR, durante il 2025 è proseguito il processo di implementazione e di sviluppo del Polo Territoriale delle ASST, finalizzato a costruire un sistema caratterizzato da prossimità, risposte integrate, personalizzate e continuità della cura.

Si è infatti registrato un deciso avanzamento del modello territoriale: dall'implementazione della rete delle Case di Comunità, divenute il *paradigma* di un servizio sociosanitario orientato a intercettare e rispondere ai bisogni di salute del cittadino nel contesto in cui emergono, all'avvio delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), configurate come modello organizzativo dei MAP volto a garantire equità di accesso, capillarità dei servizi, integrazione multidisciplinare e un raccordo operativo stretto con le stesse Case di Comunità. Parallelamente, si è assistito a un rafforzamento dell'integrazione programmatoria, grazie alla definizione dei PPT in forte coordinamento con la programmazione sociale territoriale, e alla sperimentazione di percorsi domiciliari maggiormente aderenti ai bisogni delle persone, quali l'ampliamento dei servizi di specialistica e diagnostica domiciliare, l'avvio del Team di Risposta Rapida Domiciliare (TRRD) e una più intensa integrazione con i MAP al domicilio anche tramite strumenti di telemonitoraggio e teleassistenza.

Regione Lombardia ha dato avvio al processo di evoluzione del territorio con le DDGR n. XI/6760/2022[1], XI/7592/2022[2], XII/2588/2024[3], XII/1435/2023[4], XII/4558/2025[5] e XII/4560/2025[6] che hanno delineato le funzionalità, i modelli organizzativi e di servizio, i mix di professionalità necessari per lo sviluppo di Case di Comunità (CdC), Ospedali di Comunità (OdC), Centrali Operative Territoriali (COT), attuando gli indirizzi nazionali in applicazione del PNRR così come previsti dal DM 77/2022. Tali atti, infatti, considerati in modo integrato con gli sviluppi dell'ecosistema digitale regionale e il ridisegno del modello di gestione dei pazienti affetti da patologie croniche (DGR XII/2755/2024), compongono un quadro organico di evoluzione del Sistema Sociosanitario Lombardo. In coerenza con quanto previsto dalle DGR citate, nel corso degli ultimi tre anni progressivamente sono state attivate 147 Case di Comunità Hub in Regione Lombardia (di cui 140 POR e 7 extra POR).

Dei 62 OdC previsti ne risultano attivi 24 che costituiscono il 41,9% del Target. Mentre l'obiettivo delle COT si considera raggiunto in quanto sono attive 101 COT come previsto dal PNRR sulle quali la Direzione Welfare sta definendo, in collaborazione con tutte le ASST, il modello organizzativo supportato anche dallo sviluppo di SGDT.

Per quanto nelle CdC attive oggi siano erogati buona parte dei servizi previsti dagli standard del DM 77, emerge una difficoltà generalizzata da parte delle ASST a garantire alcuni requisiti quali ad esempio quelli relativi alla presenza medica ed infermieristica.

In questo contesto, il 20 marzo 2025 è stata approvata e diffusa a tutte le Regioni la prima versione delle Linee guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6 C1-3 "Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche", che prevedono la verifica dell'effettiva

[1] DGR XI/6760 del 25 luglio 2022 recante "Approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l'applicazione del decreto 23 maggio 2022, n. 77 "regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale"
[2] DGR XI/7592 del 15/12/2022 recante "Attuazione del DM 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale" - documento regionale di programmazione dell'assistenza territoriale (primo provvedimento)"
3 DGR XII/2588 del 21/06/2024 recante "Determinazioni in ordine al modello di funzionamento delle Centrali Operative Territoriali (COT)"
4 DGR XII/1435 del 27/11/2023 recante "Ulteriori determinazioni in ordine all'attività dell'ospedale di comunità"
5 DGR XII/4558 del 16/06/2025 recante "Attuazione della DGR n. XII/ 3782 del 20/01/2025 "Ulteriori determinazioni in merito alla programmazione delle attività della rete territoriale": primo provvedimento"
6 DGR XII/4560 del 16/06/2025 recante "Determinazioni in ordine all'adozione di un modello organizzativo di interconnessione delle centrali operative territoriali (COT) nell'ambito del sistema sanitario regionale"

messa in opera e funzionamento delle Case di Comunità definendo una interpretazione sempre più stringente del dettato del DM 77.

Regione Lombardia, con DGR n. 4938/2025 ha previsto l'attivazione di ambulatori diurni presso le Case di Comunità, utilizzando il modello organizzativo della continuità assistenziale. Questa soluzione risponde all'esigenza di garantire la presenza medica programmata nelle fasce orarie diurne, contribuendo in tal modo al rispetto dei requisiti previsti per le Case della Comunità come da DM 77/2022. Gli ambulatori diurni nelle Case di Comunità possono assolvere anche alle funzioni degli Ambulatori Medici Temporanei (AMT), al fine di garantire l'assistenza sanitaria primaria agli assistiti che non trovano temporaneamente capienza nelle liste dei Medici di Assistenza Primaria a ciclo di scelta.

In tale logica, anche in considerazione di una proposta interpretativa definita a livello nazionale, si evidenzia la necessità di delineare una modalità organizzativa che consideri:

- Il tema del collegamento funzionale che supera il concetto secondo cui tutti i servizi della CdC devono risiedere nello stesso civico e definisce la possibilità operativa di garantire prossimità, integrazione e continuità operativa tra le diverse unità organizzative/erogative della stessa ASST;
- Il tema della presenza medica h24 7 giorni su 7 che potrà essere raggiunta anche considerando i servizi di continuità assistenziale e attraverso una specifica articolazione della presenza medica che terrà conto delle specificità del bacino di riferimento;
- Il tema della presenza infermieristica h 12 7 giorni su 7 da articolarsi con attività in sede ad accesso diretto e/o su prenotazione e attraverso la Centrale Unica/Numero Unico.

Relativamente agli altri requisiti, seppur si rilevi una buona percentuale di raggiungimento, si evidenzia una difficoltà nella realizzazione dell'integrazione sia tra i servizi erogati all'interno della CdC e quelli presenti sul territorio. In particolare, anche alla luce delle evoluzioni normative determinate dal D.Lgs. 62/2024 e D.Lgs. 29/2024 in tema di progetto di vita delle persone con disabilità e assistenza agli anziani e dei finanziamenti definiti dall'articolo 1, comma 163, della legge 31 dicembre 2021, n.234, si dà mandato alle Direzioni Sociosanitarie delle ASST con i direttori dei distretti di individuare, qualora non già definite, specifiche modalità attuative e organizzative relative alla valutazione multidimensionale, alle modalità di funzionamento dei PUA, di raccordo con gli ambiti territoriale e alle modalità di collaborazione con soggetti dei terzo settore (utilizzando anche gli strumenti normativi previsti dal D.Lgs. n. 117/2017) e le associazioni di volontariato tenuto conto anche delle indicazioni, elaborate da Agenas, relative all'erogazione congiunta dell'assistenza sociosanitaria integrata domiciliare (ASSID - Assistenza Socio-Sanitaria Integrata Domiciliare). Pertanto, entro il 31/01/2026 le Direzione Sociosanitarie dovranno inviare alla U.O. Polo Territoriale le modalità attuative di cui sopra. Al fine di favorire lo sviluppo della Casa di Comunità quale luogo di prossimità e dove viene garantita una risposta coordinata ai bisogni delle persone, le ASST potranno definire un sistema di raccordo anche attraverso protocolli di intesa con soggetti che sul proprio territorio svolgono interventi di accompagnamento spirituale e/o verso servizi alla persona che non trovano una configurazione nell'ordinario sistema di offerta ma che favoriscono la promozione sociale con particolare attenzione alle persone vulnerabili.

Nel 2026, secondo la logica sopra evidenziata, anche in coerenza con la normativa nazionale richiamata, con l'attuazione dei PPT, con le *Linee di indirizzo per l'attività oraria da rendere da parte dei medici del ruolo unico di assistenza primaria nelle Case della Comunità approvate dalla Conferenza stato regioni a luglio del 2025,* con la DGR n. 4817/2025 e con gli interventi previsto dall'AIR 2025, verrà definito un modello organizzativo unitario evolutivo rispetto al disposto della DGR 6760/2023 che terrà conto delle macroaree funzionali delle Case di Comunità già identificate dalla DGR n. 6760/2022.

Al fine di supportare le ASST nell'attivazione del modello individuato verrà prevista una formazione tecnica e *benchlearning multilivello* che dovrà coinvolgere tutti gli attori presenti sul territorio finalizzati

alla crescita delle consapevolezze e allo sviluppo di nuove competenze di service redesign, di stakeholder management e di *change management*.

Si evidenzia che, al fine di aderire al dettato al DM 77/2022, gli Ospedali di Comunità dovranno garantire anche la funzione riabilitativa.

8.1.2. Sviluppo di interventi di comunità

Nell'ottica di implementare il ruolo della CdC quale promotore di un modello di intervento e di gestione multidisciplinare caratterizzato da progettazione integrata e coordinamento dei diversi servizi offerti sul territorio, si prevede l'attivazione di una serie di interventi a favore della comunità.

- Con particolare riferimento alle persone con disabilità ospiti di CSE e Comunità Alloggio Disabili con bisogni sanitari non prevalenti, si dà mandato alle ATS di raccogliere informazioni di natura clinica e organizzativa attraverso un modello di survey sviluppato dalla UO Polo Territoriale. Tale modello è finalizzato ad acquisire un quadro complessivo della dimensione quali-quantitativa in merito ad eventuali bisogni sanitari delle persone inserite nelle suddette unità di offerta.
  In tale contesto, le ATS svolgono un ruolo di coordinamento e raccordo con la U.O. Polo Territoriale, fornendo alle ASST l'esito della survey unitamente all'elenco aggiornato delle CSE e delle Comunità Alloggio Disabili presenti nel territorio di riferimento. Le ASST individueranno specifiche soluzioni organizzative flessibili a regia Distrettuale e delle Case della Comunità prevedendo la valorizzazione delle risorse del territorio e dei servizi già attivi nelle Case della Comunità (es. ambulatorio infermieristico).
  Si conferma la necessità di coinvolgere il medico di assistenza primaria (MAP) che, in qualità di clinical manager, resta responsabile degli aspetti sanitari e della loro attivazione e potrà coinvolgere il proprio personale di studio.
  Entro il 30 aprile 2026, i Direttori sociosanitari delle ASST dovranno trasmettere alle ATS l'articolazione e l'organizzazione delle modalità organizzative individuate. ATS provvederà a trasmettere tale documentazione alla U.O. Polo Territoriale.
- Nel contesto lombardo, caratterizzato da aree urbane e periurbane ad alta densità e dalla presenza di IRCCS a forte vocazione specialistica ma privi di territorio di riferimento, la prossimità non coincide necessariamente con la vicinanza alla struttura che eroga le cure oncologiche. Per i pazienti in sorveglianza attiva o nelle fasi di completamento dei trattamenti, la possibilità di essere seguiti presso la Casa della Comunità (CdC) più prossima al proprio domicilio può rappresentare un elemento di equità, accessibilità e sostenibilità, in linea con gli indirizzi del PSSR 2024–2028 e delle Regole di Sistema 2025 riguardanti la promozione della medicina di prossimità, la presa in carico della cronicità e i modelli di integrazione territorio-ospedale.
  In tale contesto, si conferma come già previsto dalla DGR n. 3720/2025 e tenuto conto anche delle indicazioni *Linee di indirizzo sull'integrazione ospedale-territorio in oncologia* di Agenas***,*** la possibilità per le ASST di attivare "percorsi – pilota" tra ospedale e territorio, con particolare riguardo all'ambito oncologico, con l'obiettivo di integrare i percorsi terapeutico-assistenziali del setting ospedaliero con quelli del setting territoriale, nelle case di comunità, più prossime al cittadino anche con la collaborazione del terzo settore. In tale logica si conferma l'assegnazione di euro 100.000,00, già prevista dalla DGR n. 7758 del 28.12.2022, per la ASST Sette Laghi per la realizzazione, in collaborazione con i soggetti del terzo settore, del progetto Homcology.
  In particolare, la sperimentazione avviata nel 2025 tra ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, ASST Nord Milano e Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori ha posto le basi per la definizione di un modello organizzativo, dimostrando la fattibilità di una presa in carico oncologica territoriale integrata e condivisa. Nel corso del 2026 il modello verrà ulteriormente ampliato e testato presso ASST Nord Milano e ASST Lodi, con l'obiettivo di validarne l'applicabilità, misurarne gli impatti in termini di prossimità, accesso, equità e soddisfazione degli utenti, e predisporre le condizioni per una progressiva estensione a livello regionale, coerentemente con gli

indirizzi in tema di reti clinico-assistenziali, medicina di prossimità e presa in carico dei pazienti cronici e fragili.

- Al fine di ridurre gli accessi in Pronto Soccorso da parte dei pazienti più fragili ospiti di RSA, le ASST, in collaborazione con l'ATS di riferimento, potranno attivare protocolli di presa in carico congiunta da parte dei Dipartimenti di Medicina in collaborazione con le RSA presenti sul proprio territorio, garantendo una assistenza tempestiva e mirata.

  Nell'ottica di garantire un percorso di assistenza post-dimissione per i pazienti cronici, complessi e fragili e con prognosi stimata a 3 anni si dà mandato alla ATS di Milano di definire sul territorio del Municipio 3 uno studio di fattibilità e una ipotesi di realizzazione di un modello di presa in carico, realizzando una reale integrazione tra ospedale e territorio che coinvolga IRCCS di diritto pubblico e privato, ASST Fatebenefratelli Sacco, Enti erogatori di Cure Palliative e Case di Comunità. A seguito della definizione del modello, DG Welfare ne valuterà l'applicabilità.
- In collaborazione con la U.O. Prevenzione, nel 2026, saranno attivate iniziative di promozione degli screening oncologici (mammella, colon-retto e cervice uterina), rivolte in particolare ai gruppi di popolazione eleggibili e/o ai loro caregiver, presso le Case di Comunità, a cura degli Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC) e del personale dei Centri Screening delle ATS.

  Nel quadro delle azioni volte alla riduzione delle disuguaglianze di salute, come previsto dal Piano Nazionale della Prevenzione 2020–2025 e dal Piano Regionale della Prevenzione 2021–2025, si intendono perseguire i seguenti obiettivi:
  - favorire l'integrazione tra le attività dei Centri Screening delle ATS e la rete territoriale delle Case di Comunità;
  - coinvolgere attivamente gli IFeC nonché i MAP anche con il coinvolgimento del proprio personale di studio e il personale dei Centri Screening delle ATS nelle attività di sensibilizzazione e informazione sulla partecipazione agli screening oncologici, attraverso iniziative organizzate presso le Case di Comunità, rivolte in particolare alle persone eleggibili e ai loro caregiver nel territorio di competenza,
  - rafforzare i percorsi informativi e di accompagnamento per le persone in condizione di fragilità, contribuendo così a ridurre le disuguaglianze di accesso ai servizi di prevenzione.

  Al fine di sviluppare queste azioni, le ATS, in collaborazione con le ASST del territorio di competenza, individuano gli ambiti distrettuali e le Case di Comunità in cui attivare il progetto, definendo le successive fasi di implementazione e diffusione sul territorio e i livelli di coordinamento che dovranno coinvolgere le Direzioni Sanitarie e Sociosanitarie, Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria e Centri Screening di ATS, Dipartimento Funzionale di Prevenzione, Distretti e Case di Comunità delle ASST.

  Gli Infermieri di Famiglia e di Comunità (IFeC) rivestono un ruolo strategico nel promuovere la partecipazione ai programmi di screening oncologico, reclutando attivamente le persone già informate delle ATS ma che non hanno ancora partecipato allo screening. A supporto di questa attività, i Centri Screening delle ATS trasmettono agli IFeC gli elenchi e i contatti degli assistiti che non hanno aderito all'iniziativa, permettendo ulteriori azioni di sensibilizzazione e accompagnamento rivolte alle persone e ai loro caregiver, e rafforzando così la partecipazione ai programmi.

  Le attività di contatto, informazione e chiamata attiva saranno svolte nell'ambito delle funzioni di prevenzione e promozione della salute delle Case di Comunità, in coerenza con quanto previsto dal DM 77/2022 e dalla L.R. 22/2021.

  Secondo le indicazioni ricevute dall'IFeC, il personale amministrativo c/o i PUA sarà autorizzato ad accedere all'applicativo gestionale di screening, al fine di:
  - fissare o modificare gli appuntamenti per gli screening mammografico e cervicale;

- consegnare le lettere di invito per lo screening del colon-retto, necessarie per il ritiro del kit per la ricerca del sangue occulto fecale;
- ristampare lettere e promemoria di appuntamento.

Sarà cura delle ATS fornire alle ASST i nominativi e i contatti delle persone che non hanno aderito agli screening, mentre sarà compito delle ASST esporre all'interno delle Case di Comunità le informative sul trattamento dei dati personali, fornite da ATS, in conformità con la normativa GDPR.
L'integrazione tra le diverse figure professionali e l'utilizzo coordinato dell'applicativo gestionale garantisce un'azione efficace e omogenea su tutto il territorio, favorendo una maggiore partecipazione della popolazione ai programmi di prevenzione oncologica.
Le ATS, attraverso i Centri Screening, assicurano la formazione del personale delle Case di Comunità coinvolto. La formazione può prevedere moduli teorici sui principi degli screening oncologici, sessioni pratiche sull'uso del software gestionale, aggiornamenti normativi ed elementi di comunicazione efficace per l'ingaggio e l'empowerment della popolazione esitante.
La progettualità prevede che le Case di Comunità, in collaborazione con le altre articolazioni aziendali dell'ASST e con l'ATS, si dotino di materiali informativi multilingue e di supporti visivi coerenti e condivisi, al fine di garantire una diffusione chiara e uniforme delle informazioni alla popolazione.
Le attività previste si collocano nell'ambito dell'ordinaria operatività dei Centri Screening e del Polo Territoriale di ASST e non comportano costi aggiuntivi per risorse umane o strutturali. Gli adeguamenti software necessari per la profilazione utenti e la stampa delle lettere di invito saranno a carico di ATS ovvero ricompresi nello sviluppo del software unico regionale.
Entro tre mesi dall'approvazione del presente provvedimento dovrà essere costituito il coordinamento tra ATS e ASST e dovranno essere individuate le Case di Comunità da avviare sperimentalmente, con la relativa calendarizzazione prevista.
Entro sei mesi dall'approvazione del presente provvedimento, compatibilmente con la disponibilità dell'applicativo nel territorio di competenza, dovrà essere avviata la formazione sul campo degli operatori. L'operatività della fase sperimentale del progetto dovrà essere attivata entro e non oltre la migrazione del gestionale della singola ATS al software unico regionale.
Il monitoraggio delle attività sarà garantito dai Centri Screening delle ATS tramite gli strumenti informatici in uso, con particolare attenzione al:

- numero di lettere ristampate o create presso le Case di Comunità,
- numero di cittadini contattati,
- numero di iniziative di promozione degli screening oncologici,
- eventuali variazioni dei tassi di adesione agli screening nei territori coinvolti.

Le ATS trasmetteranno alla U.O. Prevenzione e alla U.O. Polo Territoriale un rapporto semestrale di sintesi sull'avanzamento del progetto.

8.1.3. Promozione della cittadinanza attiva e sostegno alle attività del terzo settore

La cittadinanza attiva, nell'ottica di offrire alla cittadinanza servizi maggiormente qualificati, assume un ruolo sempre più importante soprattutto nel coinvolgimento delle giovani generazioni e della popolazione over 65 anni che rappresentano le due colonne portanti del volontariato lombardo.

In quest'ottica le ATS hanno assunto un'esperienza crescente nel ruolo di enti gestori degli avvisi di Leva civica lombarda volontaria ai sensi della L.R. n. 16/2019 finanziati da Regione offrendo quel valore aggiunto derivante dalla vicinanza al territorio e dalla conoscenza dei servizi offerti.

La Leva civica rappresenta anche una risorsa per le giovani generazioni, di età compresa fra i 18 ed i 28 anni compiuti, in quanto comprende anche azioni formative che in molti casi portano alla certificazione delle competenze acquisite durante i percorsi: tale certificazione per i giovani assume un valore importante in quanto potrà essere utilizzata per il futuro collocamento nel mondo del lavoro.

Il ruolo svolto dalle ATS si è dimostrato importante dato che la Leva civica è ampiamente utilizzata nel settore sociosanitario dove i giovani svolgono il ruolo di affiancamento degli operatori professionisti rendendo i servizi maggiormente qualificati in risposta alle esigenze della popolazione fragile residente in Lombardia (in modo particolare anziani, disabili e minori). Le ATS sono impegnate sul territorio anche nell'attività di vigilanza che si concretizza nella verifica che le attività svolte dai volontari siano quelle descritte nei progetti ed in linea con le attività previste dalla normativa vigente.

Nel corso dell'ultimo triennio, inoltre, si è rafforzato e consolidato il ruolo chiave degli enti del Terzo settore nel far fronte ai bisogni del territorio di natura sociale, sociosanitaria ed economica, in particolare quali promotori di innovazione sociale, innescando nel territorio soluzioni in grado di soddisfare i bisogni sociali in modo efficace, nonché di creare nuove relazioni e nuove collaborazioni che accrescono le possibilità di azione per le persone e per le comunità.

In tale contesto, l'"Avviso per la realizzazione di progetti per lo svolgimento di attività di interesse generale da parte di organizzazioni di volontariato, associazioni di promozione sociale e fondazioni del terzo settore ai sensi degli artt. 72 e 73 del D. Lgs. n. 117/2017 di cui alla DGR n. 23 del 23/03/2023 – Triennio 2023-2025", a valere sul Fondo per il finanziamento di attività di interesse generale e sulle altre risorse finanziarie specificamente destinate al sostegno degli enti del Terzo settore, presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, ha inteso intervenire a sostegno di progetti collaborativi territoriali con un forte approccio di prossimità, che, favorendo il protagonismo e l'iniziativa del territorio e dei cittadini nella definizione e attuazione delle risposte ai bisogni, contribuiscano allo sviluppo sociale ed economico delle comunità locali.

Attraverso l'Avviso si è inteso inoltre rafforzare la convergenza delle attività di interesse generale delle organizzazioni di volontariato, delle associazioni di promozione sociale e delle fondazioni del terzo settore verso gli obiettivi della programmazione regionale in ambito sociale, anche nel più ampio quadro della strategia regionale di sviluppo sostenibile (Agenda 2030).

Le iniziative progettuali, in fase di completamento entro il 31/12/2025, hanno primariamente accresciuto la funzione degli enti del Terzo settore quali mediatori dei bisogni locali rispetto al sistema dei servizi territoriali.

In particolare, diversi progetti hanno migliorato la capacità di presidiare il territorio e di operare come punti di ascolto e aiuto, non solo grazie all'intervento di operatori specializzati, ma anche attraverso il volontariato. Molte iniziative sono state, inoltre, dirette ad anticipare e individuare situazioni di fragilità e di bisogno, potenziando e attivando le risorse della comunità.

Con riferimento ai destinatari, assai rilevante è stato l'investimento sociale rivolto in favore dei minori, sia attraverso interventi espressamente rivolti a tale target, in particolare i minori a rischio di povertà, sia con il coinvolgimento e la partecipazione dei nuclei familiari.

In modo trasversale alle aree di intervento, grazie alle progettualità realizzate, si sono inoltre formate e sviluppate nuove reti e partenariati, attraverso cui gli enti del Terzo settore hanno migliorato la propria capacità di intervento, ampliato gli orizzonti operativi, avuto accesso e condiviso risorse e strumenti in grado di rafforzare l'impatto degli interventi realizzati.

Eventuali soggetti pubblici e/o privati (profit e non profit), diversi dalle tipologie di enti beneficiari, operanti nel contesto territoriale di riferimento, possono infatti supportare il partenariato, per rafforzare l'efficacia e la sostenibilità degli interventi, costituendo una vera e propria rete di sostegno del progetto. Inoltre, tali enti, in quanto non beneficiari di risorse, possono aderire a più progetti.

La rete di sostegno è quindi composta da soggetti che, presa visione del progetto e condividendone gli obiettivi, manifestano la volontà di supportare la realizzazione degli obiettivi di progetto per il conseguimento dei connessi risultati. l'integrazione del partenariato attraverso il coinvolgimento di questi soggetti consente di valorizzare un approccio di rete multi-stakeholder.

Nell'ambito dell'Avviso, numerosi sono stati i progetti che hanno potuto avvalersi del supporto di Enti del sistema regionale (ATS, Aziende sociosanitarie e sociali, comunità sociali, IRCCS pubblici, aziende speciali) quali aderenti alla rete di sostegno, i quali hanno talvolta assicurato anche risorse finanziarie a titolo di cofinanziamento, e in ogni caso hanno puntualmente fornito un contributo significativo e peculiare alla capacità dei progetti di innescare cambiamenti positivi e duraturi nei destinatari, negli enti, negli stakeholders diretti e sul territorio di pertinenza.

8.1.4. Obiettivi di integrazione sociosanitaria in attuazione delle Linee di indirizzo per la programmazione sociale territoriale 2025-2027

Le Linee di indirizzo regionali individuano i seguenti LEPS considerati prioritari rispetto ai quali gli Ambiti territoriali sono chiamati a realizzare gli interventi in collaborazione con i servizi dell'area sociosanitaria:

- Valutazione multidimensionale e progetto personalizzato
- Prevenzione dell'allontanamento familiare dei minori
- Servizi sociali per le dimissioni protette
- Punti Unici di Accesso (PUA) integrati e UVM: incremento operatori sociali
- Incremento del servizio di assistenza domiciliare (SAD)

Per i LEPS di integrazione sociosanitaria il livello ottimale di programmazione è individuato nel Distretto, richiedendo quindi una stretta sinergia programmatoria con le ASST di riferimento. Questo significa che le fasi di programmazione, realizzazione, monitoraggio e valutazione sono tutti passaggi da realizzare in modo congiunto tra Ambiti e ASST con il coordinamento delle ATS. La Cabina di Regia integrata di ASST è il luogo in cui costruire in modo congiunto questa parte della programmazione. Tale scelta permette di garantire l'effettivo raccordo di parte della programmazione sociale definita attraverso i Piani di Zona con la programmazione dei Piani di sviluppo dei poli territoriali (PPT) delle ASST.

Il raggiungimento di questi obiettivi – anche alla luce dell'implementazione dei PUA come punti di accesso alla rete dei servizi sociali (D.Lgs. 62/2024, D.Lgs. 29/2024 e PNNA 2025-2027, attualmente in fase di approvazione) - sarà favorito anche attraverso la promozione o la partecipazione da parte della DG Famiglia a tavoli di lavoro regionali.

La risposta deve essere quindi progettata in una modalità che garantisca una reale integrazione con gli interventi a carattere sociosanitario, permettendo che la programmazione e realizzazione dei LEPS di ambito sociale possano integrarsi con la risposta alla domanda di salute del Distretto così come prevista dai LEA. Tutto ciò trova un riferimento nello stesso piano sociosanitario integrato lombardo 2023-2027 approvato con DGR n. 1518/2023 che richiama esplicitamente all'impegno a *"(…) armonizzare la programmazione dei Piani di Zona (PDZ) con i nuovi Piani di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT) anche attraverso la co-programmazione e co-progettazione col terzo settore. Questo è indispensabile per assicurare una regia che dia reale efficacia ai progetti individuali definiti dalle equipe di valutazione insieme agli enti gestori scelti dalla persona e dalla famiglia. Le ASST e le ATS devono attivarsi affinché nei Distretti si sviluppi la capacità sia di individuare e valorizzare le risorse formali, informali e del Terzo Settore, sia di co-progettare con esse un welfare di prossimità. Con la condivisione di tutte le informazioni aumenterà il valore preventivo ed inclusivo del progetto individuale che le Equipe di Valutazione Multidimensionale (EVM) definiscono con la persona e la sua famiglia*".

Nel corso del triennio 2025-2027 la DG Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari Opportunità prevede l'attivazione di modalità di verifica degli interventi di realizzazione dei LEPS e delle eventuali criticità.

8.1.5. Prospettive per le cure domiciliari

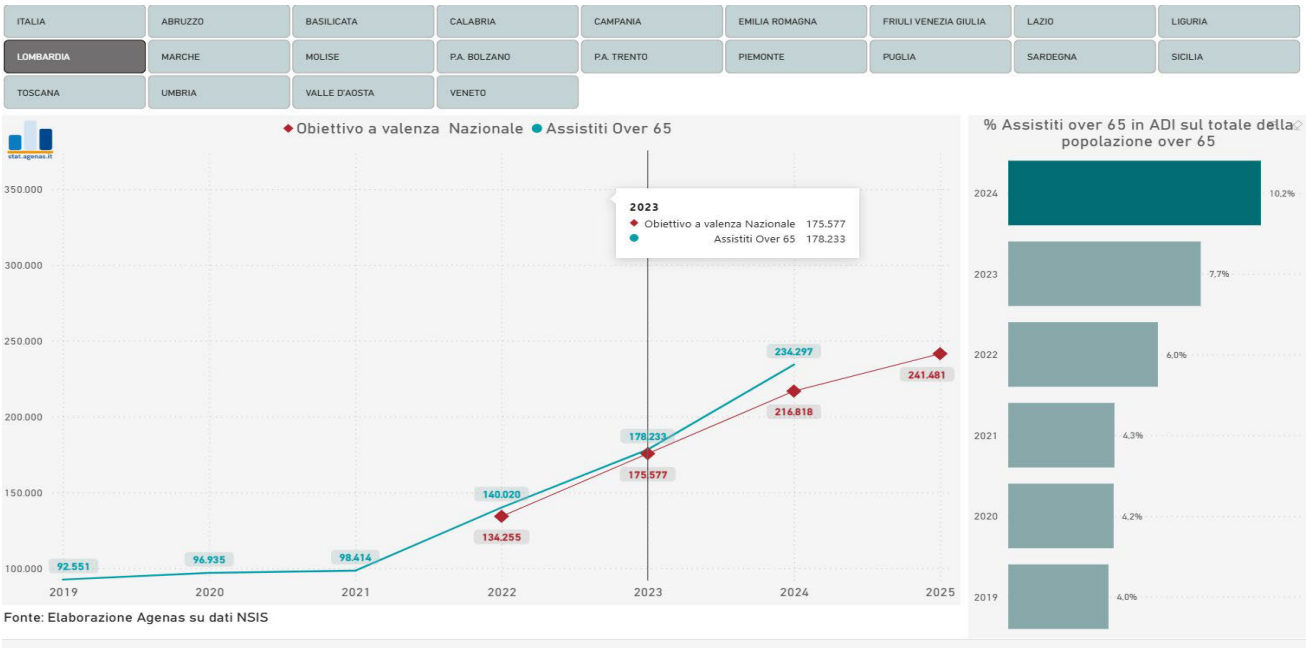
A partire dal 2022 il sistema regionale delle cure domiciliari è stato coinvolto nel processo di potenziamento individuato dal Recovery Plan nell'ambito dell'Investimento della Missione 6 "Casa come primo luogo di Cura".

Ai sensi del più recente aggiornamento del PNRR (Decisione del Consiglio dell'unione Europea del 17 giugno 2025, che modifica la decisione di esecuzione del 13 luglio 2021, relativa all'approvazione della valutazione del piano per la ripresa e la resilienza dell'Italia) il conseguimento dell'obiettivo finale dell'investimento 1.2 - Casa come primo luogo di Cura dovrà avvenire entro il quarto trimestre 2025.

Il piano di riparto alle regioni delle risorse PNRR (DM 08/04/2025) prevede quale ultima tranche di finanziamento quella per l'anno 2025. Il diritto al finanziamento integrale della quota 2025 sarà maturato una volta formalizzati i livelli di raggiungimento del target finale 2025 assegnato a Regione Lombardia.

Dal monitoraggio 2024 (rilevato a marzo 2025) a livello nazionale (Fonte Agenas), emerge che il numero di assistiti over 65 ha superato il target previsto, con una percentuale di raggiungimento pari al 119,2% rispetto al valore atteso. Infatti, sono stati presi in carico 1.546.443 assistiti over 65, a fronte di un obiettivo di 1.401.144. Già nel 2024, quindi, la percentuale di popolazione over 65 presa in carico con una o più prestazioni erogate nell'anno di riferimento risulta pari al 10,9%. Nel 2025 si prevede quindi di poter confermare o migliorare il risultato 2024, che di fatto evidenzia il raggiungimento anticipato dell'obiettivo minimo previsto dal PNRR (Target M6C1-6).

Di seguito il posizionamento di Regione Lombardia e i risultati raggiunti fino al 2024:



Lo sviluppo delle cure domiciliari in Regione Lombardia ha visto la costruzione di un sistema allargato a cui concorrono i poli territoriali di ASST, gli enti gestori accreditati e a contratto per le cure domiciliari e per le cure palliative nell'ambito delle previsioni di cui alla DGR n. XI/6867/2022 nonché le prestazioni erogate nell'ambito della Misura RSA Aperta e quelle dei medici di assistenza primaria (compresi gli interventi erogati nell'ambito del PSD e ADP) a domicilio, anche attraverso i relativi infermieri. Al fine di garantire una presa in carico multiprofessionale e sempre più flessibile e coerente con la situazione clinica delle persone, nel 2025 è stata introdotta, sia per le ASST che per gli erogatori privati accreditati per i diversi setting, a livello sperimentale la possibilità di attivare visite specialistiche per le persone che, per motivi di salute, sono impossibilitate a raggiungere gli ambulatori. Per le ASST in particolare è prevista anche l'attivazione di specifiche progettualità sperimentali atte ad implementare la presa in

carico multiprofessionale al domicilio. È stato inoltre rinnovato il coinvolgimento dei MAP introducendo servizi minimi di telemedicina (telemonitoraggio/teleassistenza scenario 1) e il Team di Risposta Rapida Domiciliare quale funzione UCA.

Il 2026 sarà pertanto l'anno in cui sarà necessario consolidare i risultati di questa esperienza valorizzando le opportunità per il SSR dello sviluppo delle cure domiciliari. Secondo quanto previsto dal POR (DGR n. 430/2023) nel 2026 si procederà al:

- monitoraggio condiviso con ATS/ASST/MAP dei dati della Dashboard, anche al fine dell'individuazione di eventuali azioni correttive;
- coinvolgimento delle ATS/ASST nel processo di completamento del passaggio della gestione delle cure domiciliari, comprese quelle erogate dal MAP, su SGDT (Sistema Digitale di Gestione del Territorio) costituente la piattaforma generale per la gestione delle attività territoriali nelle case di Comunità, nel quadro degli indirizzi del DM 77/2022 sulla nuova sanità territoriale.

L'obiettivo del Recovery Plan di assistere con le cure domiciliari il 10% degli anziani, in quanto parte del DM 77, dovrà essere mantenuto.

Non appena saranno definite le indicazioni nazionali relative al monitoraggio dei risultati per le prossime annualità si procederà alla definizione delle regole regionali per assicurare la prosecuzione delle attività, mettere a sistema i risultati del processo innovativo, promuovere le buone pratiche sviluppate e proseguire il miglioramento delle risposte territoriali.

Tenuto conto delle risorse a disposizione del sistema regionale finalizzate alle cure domiciliari, per il 2026, si darà continuità al livello dei servizi effettivamente erogati nel 2025 attraverso i contratti di scopo, le attività dei MAP (AdP e PSD) e alle progettualità attivate dalle ASST.

Seguiranno indicazioni operative per garantire la continuità dei servizi avviati da parte della UO Polo territoriale.

Si prevede per il prossimo triennio un percorso di graduale passaggio dal finanziamento con risorse PNRR nelle disponibilità del sistema a risorse di FSR.

Si conferma anche per il 2026 la possibilità di attivazione diretta dell'Ente Gestore, prevista dalla DGR 3720/2024, al fine di rendere più tempestiva la presa in carico domiciliare all'atto della dimissione ospedaliera ed evitare lunghi tempi di valutazione da parte delle EVM della ASST, soprattutto nel caso di pazienti in dimissione protetta residenti in Comuni afferenti ad altre ASST.

Inoltre, per il 2026 proseguiranno i lavori avviati nel 2025 per la definizione di una procedura condivisa a livello regionale di dimissioni protette coerente con l'evoluzione della COT.

8.1.6. Semplificazione in tema di richiesta e fornitura di presidi e ausili per la cura domiciliare

In un'ottica di miglioramento dei servizi di cure domiciliari e di semplificazione delle procedure, con particolare riferimento al supporto che si può offrire ai Medici di Assistenza Primaria (MAP), si ritiene necessario adottare una modalità di richiesta e fornitura semplificata per i presidi e ausili necessari alla cura domiciliare.

Gli infermieri e i fisioterapisti delle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST) che si recano presso il domicilio degli assistiti al fine di effettuare la valutazione multidimensionale e che riscontrano specifici bisogni legati alla fornitura di ausili e presidi, possono presentare la richiesta direttamente agli uffici di Assistenza Protesica ed Integrativa della propria ASST, nell'ambito di un percorso aziendale sperimentale che tenga conto delle seguenti fasi di strutturazione:

Attivazione della procedura sperimentale

Le ASST che intendono attivare tale percorso di collaborazione dovranno formalizzare e definire, in via sperimentale, la procedura per la richiesta dei presidi da parte degli infermieri e fisioterapisti di ASST. Tale procedura dovrà essere operativa nell'ambito delle rispettive ASST nella sede degli uffici

competenti in materia di Assistenza Protesica ed Integrativa, con il coinvolgimento dei MAP per gli aspetti di informazione e monitoraggio delle ricadute operative della procedura.

Categorie di presidi e ausili richiesti

Gli infermieri e fisioterapisti delle ASST, nell'ambito delle loro funzioni, potranno richiedere i seguenti ausili e presidi, di seguito indicati, per la gestione delle necessità degli assistiti:

- Presidi per la gestione dell'incontinenza:
  - A raccolta (cateteri, sacche da letto e da gamba), erogati tramite farmacie aperte al pubblico, previa registrazione nell'apposito sistema Webcare da parte degli Uffici di Assistenza Integrativa.
  - Ad assorbenza (pannoloni e traverse di varie tipologie), forniti direttamente al domicilio dell'assistito da ditte aggiudicatarie, previa registrazione nei portali delle ditte stesse da parte degli Uffici di Assistenza Integrativa.
- Ausili di serie ad uso domiciliare con fornitura da magazzino:
  - Letto ortopedico a regolazione manuale o elettrica con sponde.
  - Materasso antidecubito (sia in espanso composito che ad aria).
  - Sedia doccia-wc o altri ausili analoghi per l'igiene personale.
  - Carrozzine da transito (ad autospinta o a spinta), con cuscino antidecubito, se necessario.
  - Sollevatori mobili con imbragatura.
  - Deambulatori ad uso interno.
  - Carrozzina basculante, secondo le condizioni previste dalla gara regionale.

Riferimenti normativi e modalità operative

Le modalità operative per l'attivazione di tale procedura, nonché la definizione di eventuali ulteriori categorie di ausili o presidi da fornire, saranno aggiornate periodicamente e in base alle necessità espresse dalle ASST, nel rispetto della normativa vigente in materia di assistenza integrativa e protesica.

Valutazione e monitoraggio

La sperimentazione della presente procedura dovrà essere oggetto di monitoraggio, al fine di verificare l'efficacia del processo e la qualità del servizio offerto, con particolare attenzione agli aspetti di semplificazione per gli operatori sanitari e di tempestività nelle forniture per gli assistiti.

8.2. Interventi Area Cure Primarie

8.2.1. Armonizzazione delle Cure Primarie su tutto il Territorio regionale

L'importante riforma della Sanità territoriale, in atto sia a livello nazionale che a livello regionale, richiede lavoro e impegno rinnovati in capo alle ATS e alle ASST. La recente costituzione dei Dipartimenti di Cure Primarie nelle ASST lombarde (esclusa ASST Gaetano Pini CTO) sta producendo l'effetto atteso di una maggiore integrazione e conoscenza vicendevole tra i Medici di Assistenza Primaria (MAP)/Pediatri di Libera Scelta (PLS) e i Professionisti, nonché i Servizi, afferenti al Polo Ospedaliero e al Polo Territoriale delle ASST.

L'impulso a sviluppare progettualità e relazioni deve trovare nelle ASST una competenza applicativa e nelle ATS il necessario supporto per una facilitazione dei processi a garanzia della *equità di accesso alla salute* sul territorio di competenza, al fine di assicurare a tutti gli assistiti le stesse opportunità di salute.

Dagli Accordi Integrativi Regionali del 2024 si è intrapresa una strada di indirizzo forte e unitario su tutto il territorio regionale in tema sia di Governo Clinico che di Continuità Assistenziale.

Si ritiene che compito prioritario per il 2026 sia quello di accompagnare ulteriormente gli interventi in ambito di Cure Primarie allo scopo di consolidare il percorso avviato con gli Accordi Integrativi Regionali

del 2024 e di rafforzare la sinergia ATS/ASST per una armonizzazione delle Cure Primarie su tutto il territorio regionale.

Al fine di assolvere a suddetto *compito* la DG Welfare darà avvio nel 2026 alla costituzione di Gruppi di Lavoro Tecnici (GdLT) o Gruppo di Formazione (GdF) sulle seguenti Aree di interesse strategico:

- Gestione amministrativa delle Convenzioni
- Prevenzione e Scheda Medico
- Casa come primo luogo di cura e Telemedicina
- Presenza Medica nelle Case di Comunità e negli Ospedali di Comunità e modello regionale della Continuità Assistenziale

Gestione amministrativa delle Convenzioni

La necessità di costituire un GdF sull'Area della *Gestione amministrativa delle Convenzioni* deriva dalla necessità di affiancare i Dipartimenti di Cure Primarie nelle procedure di pubblicazione degli ambiti carenti (stanti le novità introdotte dagli Accordi Collettivi Nazionali del 2024) e nelle procedure di elaborazione dei cedolini stipendiali stante la maggiore complessità delle attività introdotte con gli Accordi Integrativi Regionali dal 2024 (a titolo di esempio e senza carattere di esaustività: nascita degli HotSpot infettivologici, ingresso di MAP e PLS nelle linee vaccinali di ASST con riconoscimento economico su base oraria, avvio della Continuità Assistenziale Pediatrica).

Prevenzione e Scheda Medico

L'Area della *Prevenzione* (primaria, secondaria e terziaria) è di rilievo nei contenuti delle attività di Governo Clinico di MAP e PLS, nella accezione più ampia del suo significato, ed in particolare si vuole concentrare l'attenzione sulla Prevenzione delle Malattie infettive nell'età adulta e nell'età evolutiva, delle principali Malattie cronico-degenerative e delle neoplasie nell'età adulta, dei principali Disturbi della sfera cognitiva e/o emotiva nell'età evolutiva e adulta.

Con riferimento ai disturbi della sfera cognitiva e/o emotiva bisogna favorire l'avvicinamento strutturato di MAP e PLS ai Servizi di Psicologia delle Cure Primarie, in attuazione della Legge Regionale 1/2024.

Molti degli indicatori *core* del sistema di valutazione delle Performance afferiscono, in ambito di Cure Primarie, alla Prevenzione. In particolare: campagne vaccinali e di immunizzazione; adesione agli screening per la prevenzione dei tumori di mammella, cervice uterina, colon retto, prostata, polmone; attivazione interventi di counseling (nutrizionale, attività fisica, dismissione di fumo da sigaretta); partecipazione a progettualità per implementare l'attività di prevenzione e promozione della salute.

La scheda Medico, formalizzata con DGR n. XII/5099 del 06/10/2025, include il set minimo di indicatori funzionali al monitoraggio delle attività dei Medici di Assistenza Primaria in Regione Lombardia, nonché dei loro profili assistenziali e prescrittivi, e ne definisce le specifiche tecniche, le modalità e la frequenza di calcolo. A livello locale le singole ATS possono definire, anche in raccordo con le ASST del territorio di riferimento, in autonomia ulteriori indicatori che ritengono utili al monitoraggio, al supporto e allo sviluppo delle attività della Medicina Generale.

Il calcolo standardizzato su tutto il territorio degli indicatori utilizzati per il governo clinico e per il monitoraggio dei consumi della specialistica ambulatoriale, della farmaceutica e dell'appropriatezza della presa in carico delle principali patologie croniche costituisce una modalità efficace di monitoraggio e di supporto delle attività della Medicina Generale.

Stante che i Servizi di Epidemiologia delle ATS – in collaborazione con i Servizi Farmaceutici delle ATS e coordinati rispettivamente per competenza dalla U.O. Controllo e monitoraggio dati, LEA e outcome e dalla U.O. Farmaceutica e Dispositivi Medici – nel corso del I semestre 2025 hanno proposto nuovi indicatori e revisionato indicatori già in uso, anche in risposta all'esigenza di monitorare l'appropriatezza dei percorsi assistenziali e gli esiti di salute ottenuti, con particolare riferimento allo sviluppo dei nuovi modelli organizzativi dell'assistenza sanitaria territoriale previsti dal DM 77/2022, si

ritiene che la Scheda Medico costituisca, per le ASST, uno strumento essenziale per il monitoraggio degli obiettivi strategici di competenza e delle attività di governo clinico delle Cure Primarie. Il Gruppo di Lavoro Tecnico individuerà le modalità applicative della Scheda Medico per finalità di governo clinico (percorsi condivisi, ruoli, responsabilità), sia per i Medici di Assistenza Primaria (Scheda Medico già formalizzata), sia per i Pediatri di Libera Scelta (da formalizzare nel 2026). Verranno individuate anche le modalità di accesso dei dati di attività dei prescrittori da parte delle ASST.

Casa come primo luogo di cura e Telemedicina

L'esperienza di presa in carico al domicilio delle persone con caratteristiche di cronicità e/o fragilità, che si è sviluppata in questi anni grazie al PNRR, deve trovare solidità. In particolare, si evidenziano l'intervento diretto del MAP/PLS, con impiego anche del proprio personale di studio, secondo gli indirizzi nazionali e regionali (AA.II. RR) e l'intervento indiretto che passa dall'attivazione dei Servizi disponibili sul territorio (a titolo di esempio e senza carattere di esaustività C-DOM, CP-DOM, IFeC). Inoltre, si pone l'attenzione alle prime esperienze di Unità di Continuità Assistenziale (UCA) gemmate sul territorio anche in attuazione della DGR n. 4891/2025 - Allegato B – meritevoli di analisi approfondite per uno sviluppo organico con l'assetto complessivo della Medicina Generale e dell'Assistenza al Domicilio. Si ribadisce che l'attivazione delle C-DOM avviene da parte del MAP o PLS esclusivamente tramite SGDT senza ricetta. Si conferma in ogni caso l'utilizzo della ricetta per la prescrizione farmacologica e per la richiesta di esami di laboratorio e strumentali.

La sfida di costruire una sanità sempre più vicina alle persone passa oggi, in modo imprescindibile, attraverso l'innovazione digitale. In linea con le strategie nazionali e internazionali, il sistema sanitario regionale è chiamato a evolvere, puntando su soluzioni che garantiscano continuità di cura e maggiore accessibilità alle prestazioni, anche al di fuori delle strutture ospedaliere. In particolare, nella gestione dei pazienti affetti da patologie croniche – come diabete, BPCO, scompenso cardiaco – la telemedicina offre strumenti per migliorare l'aderenza alle terapie, prevenire le complicanze e favorire l'autonomia/empowerment del paziente, rafforzando al contempo il legame con i professionisti sanitari di riferimento.

Si afferma così un modello sanitario più vicino al cittadino, flessibile e sostenibile, in cui tecnologia e ospedale-territorio collaborano per garantire una presa in carico completa e personalizzata.

Durante il 2024 ha avuto inizio la fase attuativa del piano strategico di Regione Lombardia volto alla realizzazione e implementazione presso gli Enti Sanitari dell'Infrastruttura Regionale di Telemedicina (IRT) unica, centralizzata e integrata con i principali sistemi informativi locali (es. CUP, SGDT) e nazionali (es. PNT, FSE). Per garantire una diffusione uniforme dei servizi di Telemedicina – tra cui Televisita, Teleconsulto, Teleassistenza e Telemonitoraggio di livello 1 – sono state definite, all'interno di documenti operativi (DGR 3671/2024), modalità standard di erogazione nei diversi contesti sociosanitari e setting di cura. In parallelo, la DGR 3630/2024 ha introdotto le prime codifiche e tariffe per le prestazioni erogabili in Telemedicina, sia in ambito ospedaliero che territoriale. Gli Enti Sanitari sono stati coinvolti attivamente nel processo, anche attraverso la nomina di un Referente aziendale per la Telemedicina (DGR n. 3720/2024), figura chiave per il coordinamento locale.

Dal punto di vista operativo, l'avvio dell'IRT prevederà la profilazione progressiva degli operatori e l'attivazione di un percorso formativo dedicato, erogato in modalità FAD sincrona e asincrona, per garantire competenze omogenee e piena operatività del sistema.

I Servizi minimi di telemedicina che saranno erogabili tramite l'Infrastruttura comprendono:

Servizio	Definizione	Scenari di Applicazione
Televisita	Interazione in tempo reale tra medico e paziente	Follow-up MAP/PLS, visite specialistiche successive alla diagnosi, prescrizione piani terapeutici
Teleconsulto	Consulto clinico tra medici a distanza (sincrono o asincrono)	MAP/PLS ↔ Specialisti, consulti multidisciplinari

Telemonitoraggio di tipo 1	Rilevazione remota di parametri clinici	Gestione ospedaliera, territoriale, integrata tramite dispositivi forniti al paziente
Teleassistenza	Supporto remoto al paziente da parte di un professionista	Contesto domiciliare o post-dimissione ospedaliera

Presenza Medica nelle Case di Comunità e negli Ospedali di Comunità e modello regionale della Continuità Assistenziale

Tale Area di lavoro si raccorda strettamente con quanto indicato in *INTERVENTI DI SVILUPPO POLO TERRITORIALE - Sviluppo funzionalità, modelli organizzativi e di servizio, i mix di professionalità nell'ambito delle Case di Comunità (CdC)* - e rappresenta un punto di lavoro coordinato con AREU per la prosecuzione delle attività di consolidamento dell'assetto organizzativo della Continuità Assistenziale di cui si è dotata Regione Lombardia con DGR 2588/2024. Nel corso del 2026 dovranno essere messe a sistema ed eventualmente valorizzate le Buone Pratiche della Medicina Generale e della Pediatria di Famiglia.

8.3. Interventi Sociosanitari

8.3.1. Percorso di riordino/potenziamento UdO

In riferimento all'area della residenzialità per persone con disabilità con particolare attenzione alle CSS, come previsto dalla DGR n. 3720/2024, è stato istituito un gruppo di lavoro tecnico ristretto all'interno del Tavolo Interdirezionale disabilità che ha analizzato le caratteristiche dei servizi esistenti e condiviso alcune ipotesi che prevedono una organizzazione in filiera e per livelli di intensità che superi la distinzione tra UdO sociali e sociosanitarie al fine di rispondere ai bisogni delle persone in modo appropriato e coerente con quanto disposto dai LEA. Si prevede, infatti, una definizione stabile di filiere di intervento che attraverso accordi formalizzati con altre UdO sociosanitarie, permetta una organizzazione modulare secondo cui la persona possa rimanere più tempo possibile nel luogo di vita scelto.

Come già indicato nelle regole per l'anno 2025, nell'ottica di una crescente modularità dell'offerta si proseguirà l'approfondimento della collocazione del SRM (ai sensi della DGR n. 7768/2018) all'interno della rete d'offerta rivolta ai minori che necessitano di percorsi intensivi.

Relativamente al riordino dell'UdO Cure intermedie, si conferma quanto previsto nelle DGR di approvazione degli Indirizzi di Programmazione degli anni precedenti e ribadito nella DGR n. 4928/2025. A seguito dell'approvazione del riordino le ATS saranno impegnate a supportare e accompagnare i gestori nel processo di riordino che dovrà concludersi entro la fine del 2026.

Anche per i percorsi dedicati ai minori si provvederà alla rimodulazione, al fine di consolidare elementi di flessibilità già introdotti, anche in allineamento a quanto previsto dall'art. 25 del DPCM 25 gennaio 2017.

Si prosegue l'attività di potenziamento degli interventi ambulatoriali dell'età evolutiva assumendo quale riferimento, nell'ottica di prossimità, l'ambito distrettuale considerando anche la popolazione target e l'offerta già contratto. Si conferma il livello di risorse dedicate definito con DGR n. 4938/2025.

8.3.2. Misure di supporto alle attività delle UdO

Considerata la carenza di alcune figure professionali, in analogia a quanto già definito per il periodo emergenziale, si ritiene di disporre alcune deroghe temporanee per consentire lo svolgimento delle attività necessarie a garanzia della qualità dei servizi.

Tali deroghe possono essere utilizzate, da tutte le UdO sociosanitarie, solo in caso di impossibilità a reperire personale in possesso del titolo professionale previsto dalle specifiche DGR, da dimostrarsi con idonea documentazione.

- Attualmente, molte *attività indirette,* a titolo esemplificativo e non esaustivo la sanificazione di ausili e delle camere da letto (escludendo gli spazi comuni), il rifacimento del letto, la sistemazione della biancheria, l'apparecchiamento, sono svolte da ASA e OSS. Queste mansioni, seppur importanti per garantire un ambiente pulito e confortevole, richiedono un impegno significativo di tempo che potrebbe essere meglio impiegato nell'assistenza diretta alla persona, nonché a supporto di altre figure professionali quali ad es. educatore/animatore.
  Si dispone pertanto che è possibile affidare tali attività a personale addetto ai servizi generali, al fine di liberare il tempo degli ASA/OSS, permettendo loro di concentrarsi maggiormente sulle attività di assistenza diretta, migliorando così la qualità del servizio offerto agli utenti.
  Si dispone la possibilità che, per tutte le UdO sociosanitarie, fino al massimo del 5% del minutaggio settimanale/utente richiesto, possa essere rendicontato il personale addetto ai servizi generali per lo svolgimento delle mansioni sopra riportate. È necessario dare evidenza nei piani di lavoro specifici (personale addetto ai servizi generali e ASA/OSS).
- Possibilità di rendicontare, per un periodo massimo di un anno ad operatore, nel rispetto della normativa vigente in materia di lavoro, ai fini dello standard, personale ASA/OSS in formazione che abbia svolto almeno il primo tirocinio. Non è possibile rendicontare a standard l'eventuale periodo di tirocinio.
  Tale personale deve essere sempre affiancato nello svolgimento delle attività da personale qualificato. Non è possibile che tale personale svolga attività diretta con gli ospiti senza un supporto/presenza di un operatore qualificato. Inoltre, non è possibile per il personale in formazione redigere PAI.
  Tale affiancamento deve essere evidente sia nei piani di lavoro del personale qualificato sia nelle presenze nei differenti turni e nuclei.
- Possibilità di rendicontare, nel rispetto della normativa vigente in materia di lavoro, ai fini dello standard per un periodo massimo di un anno ad operatore, l'educatore professionale socio-pedagogico in formazione e iscritto al terzo anno. Non è possibile rendicontare a standard l'eventuale periodo di tirocinio.
  Tale personale deve essere sempre affiancato nello svolgimento delle attività da personale qualificato che svolge nella UdO le funzioni animative/educative.
  Non è possibile che tale personale svolga attività diretta con gli ospiti senza la presenza di un operatore qualificato con funzioni animative/educative, secondo le specifiche DGR.
  Tale affiancamento deve essere documentato attraverso idoneo strumento di rilevazione della presenza del personale adottato dalla UdO.
  Inoltre, non è possibile per il personale in formazione redigere PAI/PEI e condurre valutazioni ICF.

In generale il totale delle ore del personale in formazione (ASA/OSS/educatore) non può superare il 15% del minutaggio settimanale a ospite.

Si procederà nel corso del 2026 a valutare la possibilità di riconoscere l'utilizzo di nuove tecnologie per la sorveglianza degli ospiti, definendone le caratteristiche e l'utilizzo del sistema "*deblistering*".

È estendibile a tutte le UdO sociosanitarie la possibilità di rendicontare nello standard settimanale, richiesto dalle specifiche DGR, anche le prestazioni effettuate da diplomati ISEF o laureati in scienze delle attività motorie e sportive (Cl L-22) per le sole attività motorie di gruppo. Tali figure possono essere conteggiate nella voce "altri operatori impiegati ai fini del raggiungimento degli obiettivi dei PAI".

8.3.3. Ulteriori determinazioni per il finanziamento delle UdO sociosanitarie

Ai fini di proseguire il processo avviato con le delibere degli ultimi anni (DGR n. 1513/2023, DGR n. 3562/2024, DGR n. 3730/2024 e DGR n. 4680/2025) di progressivo aggiornamento del concorso del FSR alla copertura dei costi assistenziali delle UDO sociosanitarie, si procederà alla definizione di uno specifico stanziamento per la definizione dei costi standard e la conseguente regolazione delle quote

di riparto degli oneri in applicazione del DCPM 12/01/2017 favorendo inoltre il contenimento delle compartecipazioni da parte delle famiglie e dei Comuni al fine di garantire il principio di equità di accesso alle cure. Le ulteriori determinazioni di cui sopra saranno oggetto di uno specifico provvedimento.

8.3.4. Misure a favore della popolazione fragile

RSA Aperta

In continuità con il processo di ricomposizione degli interventi domiciliari, avviato con le DDGR n. 4473/2021 e n. 6387/2021, che ha stabilito la compatibilità tra la misura RSA Aperta e l'Assistenza Domiciliare Integrata (C-Dom), considerata altresì l'evoluzione dell'assistenza territoriale sviluppatasi successivamente in allineamento al DM 77/2022, si rileva la compatibilità' dell'attività dell'IFeC con la misura RSA Aperta, nelle situazioni in cui non si configura una sovrapposizione di contenuti assistenziali o finalità di intervento.

In considerazione degli interventi previsti dalla Misura, tale compatibilità risulta garantita da un coordinamento tra MAP, IFeC e RSA nel definire i PAI e dallo svolgimento da parte dell'IFeC di funzioni di raccordo, monitoraggio clinico, educazione sanitaria o telemonitoraggio, complementari rispetto alle prestazioni sociosanitarie erogate dalla RSA.

Seguiranno indicazioni relative alla rendicontazione delle attività infermieristiche integrate.

Si conferma anche per l'anno 2026 la misura RSA Aperta. A tal fine si conferma anche per il 2026 un totale sino a 38 milioni di euro.

Villaggio Alzheimer

Nel corso del 2025 è proseguito il confronto con i gestori che hanno attivato la sperimentazione dei Villaggi Alzheimer, con l'obiettivo di giungere alla definizione di un modello completo dei relativi requisiti strutturali, gestionali e organizzativi, nonché dei livelli di gravità degli ospiti, quale evoluzione e consolidamento di quanto già precedentemente definito, per la sperimentazione Villaggio Alzheimer con la DGR n. 1046/2018 e successivamente integrato.

Nel corso del 2025 si è altresì proceduto all'adeguamento tariffario con la DGR n. 4398/2025 che ha stabilito l'incremento da 41,50 euro die a 45,50 euro die in allineamento alle classi 3-6 delle RSA così come aggiornate dalla DGR n. 4680 del 7 luglio 2025.

L'inserimento del Villaggio Alzheimer nel perimetro del sistema di offerta rivolto alle persone con demenza sarà basato su un sistema più solido di dati quali e quantitativi. Alla conclusione del lavoro di definizione si procederà nel 2026 ad avviare ulteriori sperimentazioni nei territori regionali, fatta eccezione per ATS Brianza e Brescia, con l'obiettivo di attivare n. 20 posti di Villaggio Alzheimer in tutte le ATS, ivi compresa ATS Milano che potrà aumentare l'offerta di n. 10 posti. A tal fine si confermano risorse complessive di FSR sino a 4 milioni di euro.

Residenzialità Assistita per Anziani

Con la DGR n. 4938/2025 è stata attuata una prima revisione della misura Residenzialità Assistita, consentendo la possibilità di accedere a tale misura anche agli anziani già inseriti nelle strutture indicate dalla DGR n. 7769/2018 e s.m.i. quali erogatori della stessa, in risposta ai bisogni sanitari e sociosanitari che emergono successivamente all'ingresso.

La prevista revisione complessiva della Misura sarà attuata nel 2026 anche alla luce dell'analisi degli impatti della suddetta modifica sia in ordine alla dimensione numerica dei beneficiari sia alla tipologia di interventi richiesti.

Per il 2026 si conferma pertanto la prosecuzione delle modalità di accesso alla Misura così come modificate dalla suddetta DGR, confermando risorse complessive di FSR fino a 5,4 milioni di euro.

Residenzialità Assistita per Religiosi

Nel corso degli ultimi due anni la Misura, regolamentata con DGR n. 4086/2015, ha evidenziato una significativa dinamica sia nella dimensione numerica dei beneficiari che nella tipologia di voucher erogati.

Nello specifico all'incremento dei posti da n. 380 a n.450, introdotto con DGR n. 1827/2024, ha corrisposto un elevato tasso di saturazione. 449 beneficiari nel 2024 pari al 99,8% e nel 2025 dai dati aggiornati al I semestre i beneficiari risultano n. 410 pari al 91,1%. Per quanto attiene il livello di interventi erogati, nelle due annualità considerate si rileva altresì il costante incremento dei voucher più elevati, pari a 24 euro, corrispondenti all' 85,9% nel 2024 ed all' 86% nel 2025 del totale dei voucher erogati rispetto all'84% registrato nel 2023.

Alla luce di tali elementi si ritiene di adeguare il calcolo delle risorse destinate alla misura assumendo quale base il valore del voucher più elevato, pari a 24 euro destinando pertanto nel 2026 risorse complessive di FSR fino a 4 milioni di euro. Sono confermati i valori dei tre livelli di voucher previsti.

Dal 2026 per la misura verrà attivata a livello centrale la valorizzazione economica secondo le regole condivise in via sperimentale nel corso del 2025 che, fermo restando i criteri della DGR 4086/2015, andranno ad esplicitare le relazioni tra gli indicatori clinici utilizzati per l'eleggibilità alla misura e la definizione dei diversi livelli ed i campi del tracciato del flusso informativo.

Nel 2026 la distribuzione dei n. 450 posti sul territorio regionale, a seguito di comunicazione da parte della Conferenza Episcopale Lombarda e Conferenza Italiana Superiori Maggiori (CISM) Unione delle Superiore Maggiori (USMI,) risulta variata come indicato nella tabella di seguito riportata:

ATS	2025
321	46
322	125
323	2
324	83
325	112
326	70
328	12
TOTALE POSTI	**450**

Comunità per minori vittime di abuso e grave maltrattamento e avvio sperimentazione di Comunità per minori con bisogni sanitari

Con DGR n. 3720/2024 è stato previsto lo sviluppo di progetti sperimentali, sia residenziali sia diurni, che integrino un supporto educativo e una presa in carico sanitaria, al fine di rispondere in modo adeguato alle difficoltà vissute dai giovani e dalle loro famiglie.

Nel corso del 2025, un gruppo di lavoro, che ha coinvolto ATS Insubria, ATS Brianza e ATS Pavia, ha definito il modello di intervento prevedendone i parametri, compreso la tipologia di bisogno da prendere in carico. Con successivo provvedimento si darà attuazione al modello di intervento definito.

Nel 2026, pertanto, le tre ATS coinvolte daranno avvio alle progettualità sperimentali attraverso l'emanazione di una manifestazione di interesse.

Si conferma per l'anno 2026, in attesa dell'esito delle sperimentazioni, la misura Comunità per minori vittime di abuso e grave maltrattamento. A tal fine si confermano le risorse FSR fino a 11 milioni di euro.

Residenzialità per minori con disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato

La misura rivolta a minori che necessitano di trattamenti intensivi di cura e mantenimento funzionale, di supporto alle funzioni vitali e di continuità assistenziale con presenza infermieristica sulle 24 ore è stata stabilizzata con la DGR 1152/2019 con la conseguente riconduzione alla rete tradizionale/contratto ordinario delle unità di offerta erogatrici.

I dati rilevati nel corso degli ultimi anni confermano una dimensione numerica di n. 50 beneficiari nel 2023 anno di cui 14 di nuovo inserimento, di n. 47 beneficiari nel 2024 di cui n. 12 di nuovo inserimento e di n. 44 beneficiari alla data del 30 settembre 2025 di cui n. 10 di nuovo inserimento.

In considerazione dell'iter che la Misura ha avuto, si rileva la necessità di una revisione della stessa al fine di un suo collocamento strutturato all'interno dei percorsi di presa in carico della rete territoriale e della filiera dei servizi per le persone con disabilità. A tal fine nel 2026 l'U.O. Polo Territoriale effettuerà un lavoro di approfondimento con il coinvolgimento delle ASST, ATS e delle n. 6 unità di offerta che erogano la misura.

Per il 2026 si confermano le disposizioni in atto ed un'assegnazione di risorse di FSR fino a euro 3,4 milioni di euro.

RIA Minori e sperimentazioni

Nel corso del 2025 è stato svolto un lavoro finalizzato a dare attuazione a quanto previsto dalla DGR 3720/2024 laddove si stabiliva che solo le unità di offerta accreditate per la riabilitazione ambulatoriale e diurna rivolte all'età evolutiva, in possesso dei requisiti della DGR n. 19883/2004 e s.m.i., coerentemente con l'art. 25 dei LEA, saranno incluse nell'iter relativo alla definizione della riabilitazione in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo per le aree diurna e ambulatoriale.

Tale lavoro, che ha coinvolto tutte le sperimentazioni RIA Minori attive, è quindi propedeutico al perfezionamento del sopra richiamato iter previsto per il 2026, nell'ottica di proseguire il lavoro avviato negli ultimi anni di potenziamento della rete di offerta della riabilitazione età evolutiva.

Al fine di assicurare la continuità della presa in carico delle persone beneficiarie della sperimentazione RIA Minori, incluso il "Counseling educativo/abilitativo per soggetti con autismo e disturbi dello sviluppo" presso l'ATS Città Metropolitana di Milano e della Sperimentazione Case Management, con la presente si dà seguito al lavoro avviato delle stesse, considerata la dovuta garanzia di continuità dei percorsi in atto in favore dei beneficiari nella fase di transizione che seguirà all'approvazione della nuova unità di offerta di riabilitazione in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo per le aree diurna e ambulatoriale.

Tale prosecuzione, stante il percorso sopra declinato, avverrà con modalità differenziate tra le due Sperimentazioni.

Relativamente alle Sperimentazione RIA Minori, ad esito del lavoro svolto nel 2025, risulta che delle n. 32 sperimentazioni in atto, n. 27 hanno attivato o già concluso iter di accreditamento ai sensi della n. 19883/2004 e s.m.i..

Al fine di concludere tale fase, che è propedeutica al successivo iter relativo alla definizione della riabilitazione in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo per le aree diurna e ambulatoriale, si stabilisce che le sperimentazioni RIA minori che non hanno ancora avviato l'iter di accreditamento ma che intendono proseguire le attività di natura riabilitativa, hanno quale termine massimo per la presentazione della SCIA con contestuale richiesta di accreditamento all'ATS entro i primi tre mesi del 2026.

Trascorso il suddetto termine, saranno pertanto definite le unità di offerta in area riabilitativa da coinvolgere nella riconversione in riabilitazione in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo per le aree diurna e ambulatoriale.

Nel 2026 le RIA Minori di cui sopra proseguono in regime di sperimentazione, a invarianza di modalità e risorse, fino alla suddetta riconversione.

Le sperimentazioni RIA Minori che invece hanno già comunicato formalmente all'ATS la mancata adesione all'iter in atto per pervenire all'accreditamento ai sensi della DGR n. 19883/2004 e s.m.i., ovvero non vi provvedono entro i primi tre mesi del 2026, possono proseguire l'attività progettuale nel 2026 e non potranno attivare prese in carico di nuovi beneficiari.

Considerato che la nuova unità di offerta riabilitazione in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo assorbirà, in allineamento ai LEA – art 25 – le funzioni di case management, nelle more della conclusione del processo di riordino della rete di offerta riabilitativa in età evolutiva, si prevede che le sperimentazioni di Case Management ex DGR 392/2013 già attive nel 2025, possano proseguire le attività per tutto il 2026.

Nel corso del 2026 la U.O. Polo Territoriale valuterà lo stato di avanzamento dell'offerta di riabilitazione dedicata i minori, anche al fine di valutare l'eventuale conclusione delle sperimentazioni in atto.

Per il 2026 si conferma un'assegnazione di risorse di FSR fino a 8.402.000 euro.

Post Acuti Homeless

La DGR 4938/25 nell'ottica di sostenere la continuità del progetto che si svolge presso la sede, messa a disposizione dal Comune di Milano attraverso un bando di comodato d'uso gratuito con n. 20 posti letto per i cittadini "homeless" presenti nel territorio del Comune di Milano dimessi da ospedali per acuti a o dopo un accesso al Pronto Soccorso e che necessitano di un ulteriore periodo di assistenza "post acuta", ha esteso la durata dell'inserimento nel centro da 30 giorni a 45 giorni con il riconoscimento della tariffa giornaliera, pari a 120 euro/die, con successivo abbattimento tariffario del 50%.

Nell'ottica di valutare l'inserimento delle attività sostenute dal Progetto nel perimetro del sistema di offerta della riabilitazione sociosanitaria delle cure intermedie sociosanitarie, nel corso del 2026 si procederà a definire un sistema più solido di raccolta dati quali e quantitativi anche attivando una modalità rendicontativa strutturata in ordine alle figure professionali coinvolte e ai costi, in modo da garantire l'allineamento con i servizi analoghi e valutare un'eventuale incremento tariffario.

Nel 2026 si conferma la continuità del progetto alle medesime condizioni destinando un totale annuo fino ad un massimo di euro 1.000.000,00 con finanziamento a valere sulle quote di FSR.

Comunità alloggio e centri diurni per persone con HIV

Nel 2026, si procederà in collaborazione con la U.O. Prevenzione, a definire la collocazione di tali strutture all'interno del sistema di offerta sociosanitario regionale.

8.3.5. Obiettivi di integrazione sociosanitaria in attuazione del Piano regionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2024-2026

Equipe multidisciplinare e progetto personalizzato

Coerentemente con il LEPS definito, si sottolineano come prioritari gli obiettivi di consolidamento e sviluppo delle relazioni di collaborazione tra il servizio sociale e i servizi specialistici in area sociosanitaria. Le équipe multidisciplinari costituiscono uno strumento diffuso in tutti i territori lombardi, dimostrandosi una modalità su cui i territori hanno significativamente investito. Si tratta di équipe composite, costituite da diversi professionisti (prioritariamente assistenti sociali, educatori, psicologi), ma che non sempre prevedono la partecipazione stabile dei servizi specialistici in area sociosanitaria (in particolare CPS, SERD, UONPIA). I componenti stabili delle équipe sono prevalentemente appartenenti ai Comuni dell'Ambito e al Terzo settore, e solo in misura ridotta ad ASST o ai Centri per l'impiego.

I protocolli tra servizi sono ritenuti lo strumento maggiormente facilitante le attività delle équipe e la presa in carico integrata tra servizi diversi a favore di beneficiari che presentano bisogni complessi, ma solo un numero limitato di Ambiti risulta aver stipulato accordi formalizzati con i servizi specialistici ASST.

Al contempo, in relazione alla priorità di rafforzamento dei progetti personalizzati, si rileva l'importanza di attivazione di interventi e servizi di sostegno all'inclusione nel quadro del progetto personalizzato.

In un'ottica di ricomposizione delle risorse economiche e assistenziali dedicate agli utenti più fragili, con bisogni complessi, anche di natura sanitaria, si raccomanda un lavoro congiunto all'interno della rete dei servizi del territorio sanitari, sociosanitari e sociali, finalizzato alla stesura di un piano socioassistenziale individuale che può ricondursi al modello del budget di salute.

Si precisa che sia i Centri psicosociali (CPS) sia i Servizi per le Dipendenze (SERD e SMI) offrono accesso diretto alle proprie prestazioni al cittadino che ne fa richiesta. Pertanto, è auspicabile una forma di raccordo con i servizi sociali, anche attraverso procedure definite a livello locale/distrettuale. La sede ideale per la definizione di tali procedure è l'Organismo di coordinamento per la salute mentale e dipendenze in seno alle ATS.

Strategia integrata per la presa in carico delle persone senza dimora e in condizione di grave marginalità

L'attuale contesto lombardo si confronta con l'emergere di nuove vulnerabilità legate a fragilità complesse, spesso aggravate da condizioni abitative precarie o inesistenti, in un quadro di crescente disagio abitativo e sociale, aggravato da crisi economiche e demografiche, in cui la condizione delle persone senza dimora si configura come uno degli indicatori più critici di esclusione sociale. I pazienti senza dimora rappresentano una delle sfide più critiche per il sistema di cura integrato, essendo soggetti affetti da pluripatologie, disturbi psichiatrici, dipendenze e isolamento sociale. Questi soggetti, intercettati frequentemente nei Pronto Soccorso in fase acuta, vengono spesso esclusi da percorsi assistenziali continuativi e personalizzati, con conseguenti riospedalizzazioni e peggioramenti clinici.

In tale contesto, l'assenza di una abitazione non rappresenta solo una questione abitativa, ma un fattore strutturale di esclusione da ogni forma di progettualità sociale e sanitaria. La persona senza dimora si ritrova così in un circuito di marginalità dove ogni diritto – alla salute, alla sicurezza, al lavoro, alla dignità – viene progressivamente eroso. Si vuole pertanto affrontare questa complessità attraverso l'incentivo a programmare in modo integrato e interistituzionale che permetta agli enti coinvolti sanitari sociosanitari e sociali (pubblici, privati e del terzo settore), valorizzando le risorse territoriali e promuovendo una presa in carico continuativa e personalizzata, capace di unire intervento sociale e sanitario.

Elemento centrale della strategia è il rafforzamento del ruolo delle Centrali Operative Territoriali (COT), non solo come nodi sanitari ma come hub di coordinamento sociale e sociosanitario, in grado di intercettare, valutare e accompagnare i soggetti in condizioni di grave esclusione. Attraverso strumenti come la dimissione protetta per chi non ha domicilio, i Piani Assistenziali Individualizzati (PAI) e il coinvolgimento attivo delle comunità locali, si costruisce un modello di intervento proattivo, integrato e orientato all'inclusione. Con tale approccio si intende prevenire i vuoti di cura e di sostegno nei passaggi critici (dimissioni ospedaliere, perdita dell'alloggio, uscita da percorsi terapeutici) e promuovere la multidisciplinarità e l'integrazione tra servizi, superando le frammentazioni tra sociale, sanitario, educativo e abitativo. Concretamente è auspicabile:

- attivare linee guida di dimissione protetta per i senza dimora e i cosiddetti bed-blocker, che prevedano accoglienza temporanea e avvio di percorsi di reinserimento;
- agevolare la costituzione di équipe territoriali integrate (servizi sociali comunali e di ambito, ASST, IRCCS, strutture private accreditate enti del Terzo Settore) coordinate dalle COT, favorendo l'integrazione dei gestionali informativi nel rispetto della privacy, per definire piani individualizzati integrati e coordinati;
- attivare sperimentazioni di modelli pilota in aree ad alta densità di marginalità (es. aree urbane metropolitane), con successiva estensione regionale.

8.4. Interventi in area disabilità

8.4.1. La Riforma in tema di disabilità ai sensi del D. Lgs. 62/2024

Continua nel 2026 la fase di sperimentazione della Riforma sulla disabilità nel territorio della provincia di Brescia. Si tratta di un processo di trasformazione che richiede un nuovo modo di guardare alla realtà, mettendo al centro la Persona, i suoi bisogni e i suoi diritti. Il Progetto di vita costituisce uno strumento innovativo, fortemente voluto dalle persone con disabilità, dalle loro famiglie e dalle associazioni. È quindi fondamentale proseguire su questa strada, affinché non siano più le persone a doversi confrontare ogni giorno con la complessità burocratica, ma siano le istituzioni a operare in modo coordinato e al loro servizio, offrendo risposte mirate e personalizzate.

Nel corso del 2026 continueranno i lavori dei sottogruppi costituiti all'interno della Cabina di Regia di cui alla DGR n. 4140/2025. Particolare attenzione sarà dedicata:

- allo sviluppo del nuovo Sistema Informativo Integrato, che rappresenta uno snodo centrale nel processo di gestione del Progetto di Vita. In particolare, il disegno progettuale del nuovo Sistema Informativo Integrato a supporto della riforma è orientato a valorizzare i sistemi informativi locali esistenti e agirà in ottica di interoperabilità tra sistemi. Nelle more del pieno sviluppo del sistema informativo integrato regionale, si rimanda alle previsioni della DGR 4140/2024 e alle modalità operative transitorie individuate da Inps;
- alla predisposizione delle linee guida per la costruzione del progetto di vita e il relativo budget di progetto.

8.4.2. Estensione della sperimentazione ai sensi del D.Lgs. 62/2024 a nuove province lombarde

A decorrere dal 1° marzo 2026, la sperimentazione prevista dal decreto legislativo 62/2024, avviata dal 1° gennaio 2025 nella provincia di Brescia, sarà estesa a ulteriori nuove province lombarde, che verranno individuate con specifico decreto del Ministero della Disabilità. L'ampliamento del perimetro sperimentale coinvolgerà pertanto le ATS, ASST, Ambiti territoriali e Comuni di riferimento secondo il modello organizzativo territoriale regionale definito con L.R. 23/2015 e sue successive modifiche.

Le prime indicazioni operative per l'avvio della sperimentazione nella provincia di Brescia, approvate con DGR n. 4140/2025, vengono pertanto estese anche ai nuovi territori che saranno coinvolti nella sperimentazione dal 2026, al fine di garantire omogeneità nell'attuazione delle misure previste dalla riforma e uniformità nei processi attivati dalla stessa.

La sperimentazione in corso ha evidenziato la necessità di attivare un processo multidisciplinare e interaziendale di governance e monitoraggio sotto la regia delle ATS, basato su un dialogo territoriale articolato a più livelli: strategico, operativo e di prossimità.

Il miglioramento della qualità e dell'equità nell'accesso alle cure per le persone con disabilità deve necessariamente poggiare sul rafforzamento della sinergia tra sistema sanitario, sociosanitario e sociale.

A tal fine, tenuto conto dell'esperienza maturata sul territorio di Brescia, risulta fondamentale procedere ad una analisi, in ottica di revisione, dei processi aziendali e interaziendali oltre che al rafforzamento di una relazione stabile e continuativa tra tutti gli attori istituzionali interessati, in particolare tra ATS, ASST, Ambiti territoriali, ETS e INPS, quest'ultimo sia a livello provinciale che regionale. Tale collaborazione si è dimostrata essenziale per superare le criticità che via via si sono presentate nella fase di avvio della riforma e per assicurare al territorio delle possibili soluzioni nate dal confronto e dalla condivisione tra le parti.

I territori coinvolti nella fase di estensione della sperimentazione, sotto il coordinamento dell'ATS territorialmente competente, saranno chiamati ad attivare fin da subito una serie di azioni propedeutiche, ritenute necessarie per garantire il pieno avvio del percorso di sperimentazione. Tra queste, si richiamano in particolare:

- l'attivazione di un'interlocuzione strutturata con INPS provinciale, finalizzata a verificare da subito la disponibilità di personale medico da destinare alla composizione delle *Unità di Valutazione di Base*, elemento imprescindibile per assicurare il funzionamento delle stesse e garantire il riconoscimento della condizione di disabilità;
- la verifica, sempre in raccordo con INPS provinciale, della disponibilità di spazi e sedi idonei allo svolgimento delle valutazioni di base, tenuto conto che va garantito quanto più possibile il principio di prossimità;
- il miglioramento dell'accesso ai servizi attraverso il potenziamento del Punto Unico di Accesso (PUA) e l'adozione della valutazione multidimensionale come strumento di lettura integrata dei bisogni, fondamentale in particolare nei casi di disabilità complessa;
- l'avvio di azioni di riordino e unificazione delle equipe di valutazione multidimensionale, tenuto in ogni caso conto dei percorsi che caratterizzeranno il riconoscimento della condizione di non autosufficienza nelle persone anziane ai sensi del D. Lgs. 29/2024, i cui decreti applicativi sono ancora in corso di approvazione;
- la predisposizione di iniziative formative/informative rivolte ai MAP/PLS, con particolare riferimento alle modalità di compilazione del certificato medico introduttivo, previsto nell'ambito del nuovo impianto valutativo.
- l'attivazione di un tavolo permanente di lavoro coordinato dall' ATS e partecipato dalle ASSR, dagli Ambiti, dagli Ets impegnati sull'area della disabilità

Al fine di favorire una piena integrazione tra i servizi sanitari, sociali e sociosanitari, si evidenzia l'importanza di valorizzare i nodi della rete organizzativa già presenti su tutto il territorio regionale. A questo fine, si richiamano i Centri per la Vita Indipendente che, laddove le condizioni lo consentano, possono essere inseriti all'interno delle Case di Comunità/PUA. Qualora tale collocazione non fosse possibile, i CVI - come peraltro già richiesto – opereranno comunque in stretto raccordo funzionale con le Case di Comunità e con i Centri per la Famiglia, assicurando una rete di collaborazione stabile e sinergica tra i diversi attori del territorio. Questa modalità organizzativa consentirà di promuovere un approccio realmente coordinato e multidisciplinare, capace di rispondere in modo personalizzato e tempestivo ai bisogni delle persone con disabilità e delle loro famiglie.

Per tutte le nuove province coinvolte, si prevede la partecipazione al percorso formativo nazionale, che sarà organizzato e calendarizzato dal Ministero della Disabilità, secondo modalità che verranno successivamente comunicate dallo stesso.

Contestualmente, sarà avviata la formazione regionale, estesa all'intero territorio lombardo, in coerenza con quanto previsto dal Piano formativo regionale di prossima adozione. Le attività formative regionali dovranno essere ricomprese nei rispettivi Piani formativi aziendali delle ATS, delle ASST e degli Ambiti territoriali.

Nelle more del pieno sviluppo del sistema informativo integrato regionale, si rimanda alle previsioni della DGR 4140/2024 e alle modalità operative transitorie individuate da Inps già attive sul territorio della provincia di Brescia.

Non si esclude che possa essere nuovamente definita la composizione della Cabina di Regia alla luce dell'estensione della sperimentazione nelle nuove province lombarde.

Sarà cura della Direzione Generale competente fornire indicazioni operative più specifiche con successivi provvedimenti.

8.4.3. Evoluzione dei flussi informativi della disabilità e non autosufficienza

L'intero processo sopra descritto richiede la conoscenza approfondita e sistematica dei fenomeni e ne costituisce un presupposto essenziale per la definizione di politiche regionali efficaci, eque e sostenibili. Una base informativa solida, aggiornata e integrata consente infatti di comprendere in modo più completo i bisogni delle persone con disabilità e anziani non autosufficienti, di valutare l'impatto delle

misure adottate e di orientare con maggiore precisione la programmazione delle politiche regionali e territoriali.

A tal fine, la DG Famiglia intende avviare un percorso di revisione e di aggiornamento dei flussi informativi relativi alla disabilità e alla non autosufficienza, volto a migliorare la qualità, la tempestività dei dati disponibili all'interno del patrimonio informativo regionale, nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali.

Tale percorso è finalizzato alla costruzione di un quadro conoscitivo unitario e condiviso, funzionale al governo integrato delle politiche in materia di disabilità e non autosufficienza, e in grado di supportare la programmazione regionale e territoriale in funzione dei diversi fondi messi a disposizione a livello comunitario, nazionale, regionale e locale, il monitoraggio degli interventi e la valutazione di impatto economico.

La revisione dei flussi informativi interessati al percorso di evoluzione intende agire sulla periodicità degli invii e sulle modalità di trasmissione, oltre alla revisione più complessiva dei tracciati tecnici.

Allo scopo saranno fornite indicazioni operative con successive circolari.

8.4.4. Specifiche determinazioni per gli interventi a sostegno delle persone con disabilità

I sostegni e le misure previste dalle diverse programmazioni – come il Fondo per la Non Autosufficienza, il Fondo per i caregiver, il Fondo "Dopo di Noi", il Fondo per l'Inclusione delle persone con disabilità, le politiche per l'inclusione scolastica degli studenti con disabilità sensoriale – devono essere strettamente integrati con gli interventi di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale. Infatti, solo attraverso questa integrazione sarà possibile orientare in modo coerente risorse e strumenti a sostegno e realizzazione del Progetto della persona nei diversi momenti della vita.

La disabilità richiede un approccio trasversale e unitario, capace di promuovere la connessione tra le diverse politiche e la ricomposizione delle risorse non solo economiche. Tale prospettiva mira a superare l'attuale frammentarietà di competenze e finanziamenti, collocandoli all'interno di una visione progettuale complessiva e coordinata.

In questo quadro, il Programma Operativo Regionale relativo al Fondo per la Non Autosufficienza – esercizio 2026 conferma la volontà di sostenere la continuità e la qualità della vita delle persone anziane non autosufficienti e delle persone con disabilità, valorizzando il contesto di vita da loro scelto. Parallelamente, il Programma proseguirà nel percorso di rafforzamento delle azioni finalizzate all'attuazione dei LEPS di Processo e dei LEPS di Erogazione, prevedendo una graduale estensione dei servizi di assistenza diretta a supporto del caregiver familiare e la conferma delle forme di assistenza indiretta quando è presente personale di assistenza regolarmente impiegato. Il Programma Operativo Regionale 2026 sarà ispirato ai principi del nuovo Piano Nazionale Non Autosufficienza 2025-2027 in corso di approvazione.

Nelle more dell'approvazione della nuova programmazione FNA esercizio 2026, si evidenzia che, in caso di ricovero temporaneo di sollievo per pazienti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica e da malattie neurodegenerative presso una unità di offerta sociosanitaria residenziale - entro il limite massimo di 60 giorni/anno - il contributo Misura B1 non verrà sospeso.

Nell'ambito del lavoro svolto in collaborazione con la DG Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari opportunità in ordine al "Programma Operativo regionale a favore di persone anziani non autosufficienti ad alto e basso bisogno assistenziale e persone con disabilità e necessità di sostegno intensivo elevato e molto elevato – Fondo per le non autosufficienze", nel 2026 si darà continuità alle azioni adottate negli anni precedenti finalizzate ad una crescente qualificazione degli interventi di natura sociosanitaria erogati con i Voucher sociosanitari previsti all'interno del suddetto Programma. Si conferma lo stanziamento FSR per 14,6 milioni di euro (§7.4.6).

Relativamente al Fondo caregiver 2024 è stata approvata la DGR 5365/2025, la quale conferma la finalizzazione delle risorse all'attuazione della programmazione del Fondo Non Autosufficienza per l'esercizio 2026, destinandole al mantenimento nel contesto di vita scelto (domicilio) dalla persona con disabilità non autosufficiente e dalla persona anziana non autosufficiente, tramite: l'assistenza indiretta (contributo mensile di cui all'art. 1, comma 164 della legge n. 234/2021) ivi compresa la possibilità di erogare contributi di natura economica anche al caregiver familiare per il lavoro di cura svolta e purché inserito nel PAI/Progetto personalizzato/Progetto di vita e quindi, in tal senso, rientrante nei servizi offerti alla persona e l'assistenza diretta (erogazione di interventi di assistenza domiciliare e di sollievo di cui all'art. 1, comma 162 della legge n. 234/2021).

Nel corso del triennio 2026/2028 verrà sviluppata nell'ambito dell'azione K.2 Priorità 3 Inclusione sociale del PR FSE+ 2021-2027 della Lombardia, il quale prevede il sostegno all'accesso ai sistemi di assistenza socio-sanitaria e socio-assistenziale, finalizzato a garantire l'accesso ai servizi, con particolare attenzione alle esigenze delle persone in condizioni di disabilità, incentivando la collaborazione tra le istituzioni responsabili della programmazione di tali servizi e gli attori territoriali pubblici, privati e del Terzo Settore coinvolti nella loro erogazione e attivando interventi personalizzati di accompagnamento alla fruizione dell'offerta anche in modalità maggiormente flessibile. Tale azione K.2 potrà sostenere il processo di ampliamento del sistema lombardo dei servizi sociali territoriali rivolti alle persone con disabilità, in particolare mediante attività di sostegno di rafforzamento delle reti e strutture sociosanitarie e socioassistenziali, promozione della governance, sviluppo di nuovi modelli di erogazione di interventi/sostegni, facilitazione all'accesso ai medesimi.

Per il biennio relativo agli anni scolastici 2025/2026 e 2026/2027 con le programmazioni regionali di cui alla DGR n. XII/4174/2025 e n. XII/5041/2025 sono state definite le linee guida biennali per la realizzazione degli interventi di inclusione scolastica per gli studenti con disabilità sensoriale in tutti gli ordini e gradi della scuola, compresa la formazione professionale. La stessa programmazione conferma l'impegno di quest'ottica Regione nel sostegno di percorsi dedicati ai bambini con disabilità visiva o uditiva inseriti nei nidi d'infanzia. Tali interventi si fondano su progetti individualizzati volti ad affrontare le difficoltà di comunicazione e partecipazione derivanti da limitazioni sensoriali. I progetti, elaborati in collaborazione con Servizi Sociali, professionisti specialisti e istituzioni scolastiche, hanno come obiettivo la piena inclusione educativa e sociale dei bambini/alunni/studenti coinvolti. In via sperimentale nel biennio sono stati attivati percorsi potenziati per gli alunni che utilizzano la Lingua Italiana dei Segni (LIS).

È stata inoltre adottata la DGR n. XII/5223/2025 relativa alla programmazione di cui alla L.R. n. 23/1999**,** che prevede contributi per ausili e strumenti tecnologici per persone con disabilità, ovvero minorenni, adulti e anziani (entro 67 anni) con DSA, in aree come domotica, mobilità, informatica e altri ausili, con una dotazione finanziaria fino a 1,3 milioni di euro per il 2026.

Il progetto STAI - Servizi per un turismo accessibile e inclusivo (2^ edizione), presentato da Regione Lombardia e finanziato dal Fondo unico per l'inclusione delle persone con disabilità – annualità 2024 per un valore di 6.112.006 euro, coglie l'occasione dei Giochi Olimpici e Paralimpici Milano Cortina 2026 non solo come opportunità di attrattività turistica, ma anche di riflessione e rilancio sul tema dell'accessibilità, della fruibilità e dell'inclusione universale. Nell'ambito del progetto saranno promosse, in particolare, azioni per incrementare l'accessibilità dei servizi turistici, sia mediante interventi volti a facilitare la fruizione dei Giochi Olimpici e Paralimpici invernali Milano Cortina 2026 da parte delle persone con disabilità, sia attraverso ulteriori azioni da realizzare in modo sinergico su altre mete strategiche. Verranno realizzati percorsi formativi per figure professionali del turismo, con focus su accessibilità, relazione con il cliente con disabilità, marketing inclusivo e gestione di esperienze fruibili per tutti. È prevista inoltre l'attivazione di n. 20 tirocini per persone con disabilità nei settori accoglienza, promozione turistica, ristorazione e servizi culturali e si aggiungono azioni trasversali

finalizzate a qualificare e promuovere l'accoglienza inclusiva e a formare gli operatori del settore. Tutte le fasi progettuali vedranno il coinvolgimento diretto delle persone con disabilità.

Con DGR n. XII/4338/2025, in continuità con la precedente iniziativa ormai in fase di conclusione, si è deciso di rilanciare interventi utili a sostenere la realizzazione di percorsi di inclusione attiva e di integrazione socio-lavorativa delle persone con disabilità e volti a rendere accessibile e continuativa la dimensione del lavoro nell'ambito dei progetti di vita indipendente e inclusione delle persone con disabilità, in coerenza con i principi del d.lgs. n. 62/2024 e della L.R. n. 25/2022. Attraverso il finanziamento di progetti integrati, territoriali e su base comunitaria (PR FSE+ 2021-2027 PRIORITA' 3 – INCLUSIONE SOCIALE) si intende stimolare e rafforzare:

- l'integrazione tra le politiche attive del lavoro (sistema regionale dei servizi di istruzione, formazione e lavoro) e le politiche di inclusione attiva (sistema regionale dei servizi sociali e sociosanitari) dirette alle persone con disabilità per accrescerne gli esiti occupazionali e di partecipazione sociale;
- la modernizzazione e l'innovazione delle politiche e delle misure (di istruzione, formazione, lavoro e dei servizi sociali e socio-sanitari) volte ad accrescere l'occupabilità, l'occupazione e la partecipazione sociale delle persone con disabilità attraverso una rafforzata cooperazione strategica e operativa con la rete dei "servizi di prossimità" operanti nel territorio grazie all'azione degli Enti del terzo settore e dell'associazionismo familiare e rappresentativo delle persone con disabilità (secondo welfare);
- l'accesso delle persone con disabilità più a rischio di esclusione ad opportunità di partecipazione attiva alla vita di comunità, in particolare attraverso misure di attivazione non focalizzate solo su obiettivi di immediato inserimento lavorativo, ma anche di empowerment, stimolando processi di sperimentazione di nuove collaborazioni e alleanze (tra attori del pubblico e del privato profit e non profit) per la attivazione di "nuove forme" di lavoro e di attività produttive di valore sociale;
- parità di accesso a un sistema diffuso di servizi a sostegno dei progetti di vita indipendente e inclusione assicurando livelli omogenei di presa in carico multidisciplinare e multidimensionale su tutto il territorio regionale, rafforzando la capacità di azione e integrazione della rete dei servizi territoriali, degli enti del terzo settore e dell'associazionismo familiare e rappresentativo delle persone con disabilità.

Le nuove progettazioni potranno inoltre sperimentare interventi dedicati alla presa in carico delle persone con disabilità acquisite (es. post-trauma o malattie degenerative) per garantire interventi per l'acquisizione di nuove abilità e strategie funzionali all'inserimento/reinserimento nel contesto socio-lavorativo.

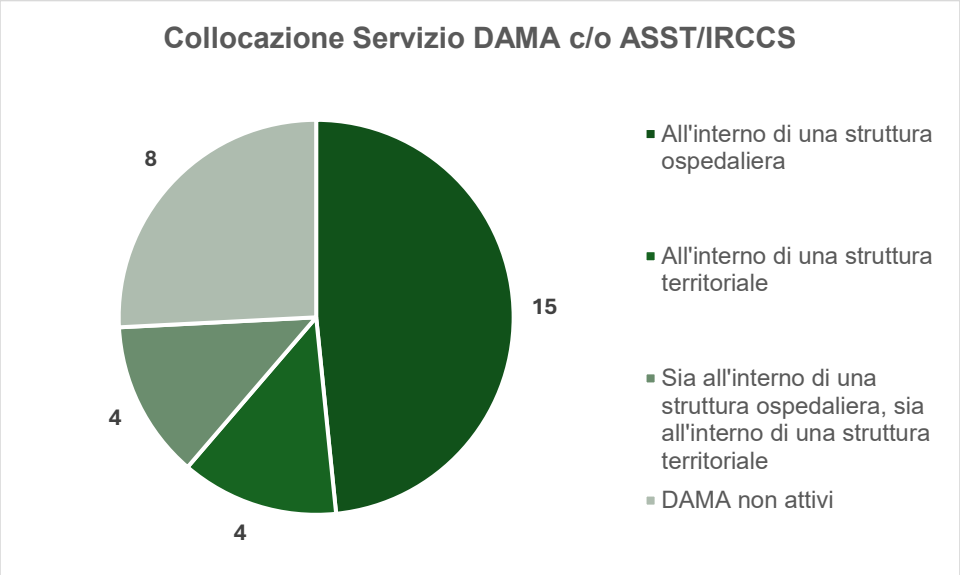
8.4.5. Sviluppo percorsi DAMA

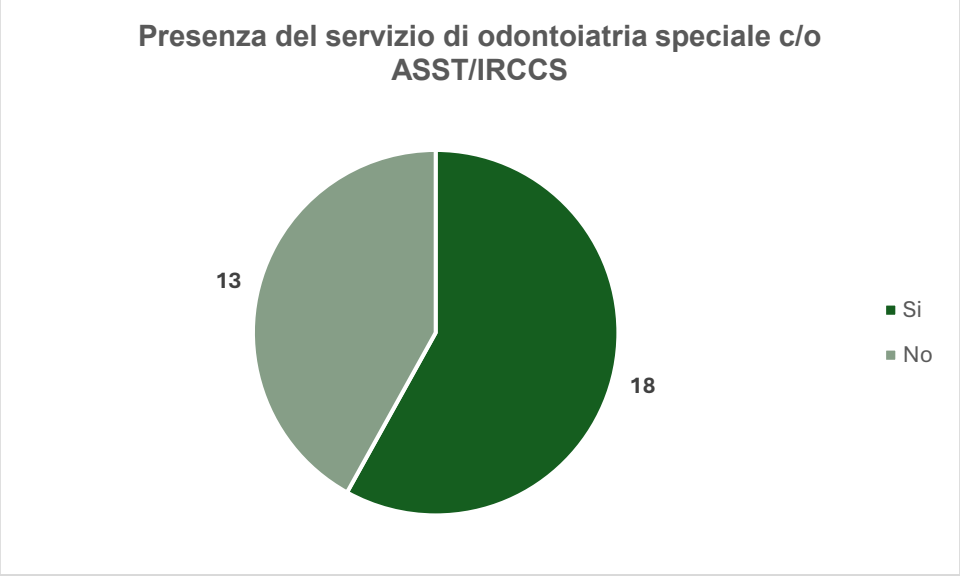
Nel richiamare la Legge Regionale 30 dicembre 2009, n. 33 e s.m.i. all'art. 2, comma n. octies, si conferma che in tutte le strutture sanitarie pubbliche regionali dovranno essere attivati percorsi di accoglienza per l'assistenza medica avanzata e la cura delle persone con disabilità.

A tale fine, nel 2026, è previsto la costituzione di un apposito gruppo di lavoro, a regia DG Welfare, composto dai referenti dei DAMA attivi, con l'obiettivo di definire una linea di indirizzo, in coerenza con l'attuazione del DM 77/2022, nonché con l'implementazione sui territori dei servizi DAMA.

Il tavolo di lavoro sarà avviato a partire dal quadro di riferimento emerso dalla prima ricognizione, che a fine 2024 ha rilevato la presenza sul territorio regionale di un totale di n. 23 ASST/Fondazioni IRCCS pubbliche con DAMA attivi rispetto al totale di 31 ASST/Fondazioni IRCCS pubbliche.

L'indagine successiva, condotta nel settembre 2025, ha confermato la dimensione numerica rilevata nel 2024 consentendo però di acquisire ulteriori informazioni, tra cui la rilevazione della presenza del servizio di odontoiatria speciale, come illustrato nel seguente grafico:





Gli esiti delle indagini condotte nel corso degli anni 2024 e 2025, unitamente al vigente quadro normativo di riferimento – con particolare riguardo al Decreto Ministeriale 77/2022 e alle normative regionali di recepimento – costituiranno la base conoscitiva e metodologica per l'elaborazione di un modello organizzativo e gestionale omogeneo, finalizzato al consolidamento e allo sviluppo dei percorsi DAMA (Disabled Advanced Medical Assistance) sul territorio lombardo.

Tra gli obiettivi strategici si evidenzia la necessità di definire standard organizzativi e operativi uniformi a livello regionale, promuovendo l'omogeneità organizzativa dei servizi, mediante l'adozione di modelli operativi comuni e replicabili nei diversi contesti territoriali, nel rispetto delle specificità locali tenuto conto del Decreto Ministeriale 77/2022 e alle normative regionali di recepimento.

Con particolare riferimento al Servizio di Odontoiatria Speciale, al fine di garantire un'offerta sanitaria uniforme e di elevata qualità su tutto il territorio, Regione ne promuove l'attivazione presso tutte le ASST e gli IRCCS pubblici che, nell'ambito dell'indagine effettuata nel 2025, non hanno dichiarato il servizio come attivo.

L'obiettivo è assicurare equità di accesso alle cure odontoiatriche per le persone con fragilità e/o disabilità, favorendo una presa in carico integrata e coordinata in stretta connessione con i Servizi DAMA aziendali (Disabled Advanced Medical Assistance).

In particolare, l'iniziativa è rivolta alle seguenti ASST e IRCCS:

- ASST Nord Milano
- ASST Rhodense
- ASST Garda
- ASST Bergamo Est
- ASST Franciacorta
- ASST Ovest Milanese
- ASST Crema
- ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda
- ASST Fatebenefratelli Sacco
- ASST Pavia
- Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori

Per sostenere l'attivazione del Servizio di Odontoiatria Speciale presso le strutture sopra indicate, Regione mette a disposizione un finanziamento complessivo pari a 550.000 euro.

Ciascuna ASST/IRCCS elencata dovrà trasmettere alla U.O. Polo Territoriale entro il 28/02/2026 un progetto dedicato, finalizzato all'attivazione del servizio.

Il progetto dovrà includere:

- una descrizione del modello organizzativo e operativo proposto;
- una sezione economica contenente il dettaglio delle voci di costo, nel limite di un budget massimo di 50.000 euro; tenendo conto delle risorse aziendali già disponibili, comprese strutture, dotazioni e personale.

Le seguenti strutture:

- Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta
- ASST Gaetano Pini-CTO

dovranno predisporre e trasmettere alla U.O. Polo Territoriale un progetto di convenzione volto all'attivazione dell'attività di odontoiatria speciale, in collaborazione con l'ASST/IRCCS pubblico territorialmente più prossimo alla propria sede.

Il progetto dovrà essere trasmesso entro e non oltre il 28 febbraio 2026.

Tale disposizione è finalizzata a favorire la prossimità e l'accesso ai servizi per le persone con disabilità e ad assicurare la continuità dell'assistenza odontoiatrica per le persone già prese in carico presso le rispettive strutture.

Qualora il budget assegnato non venisse interamente utilizzato, Regione potrà valutare la ridistribuzione delle risorse residue e richiedere eventuali ulteriori progettualità finalizzate all'ottimizzazione dell'attivazione del servizio di odontoiatria speciale.

I progetti presentati saranno valutati da Regione in base alla coerenza con gli obiettivi regionali, alla sostenibilità organizzativa ed economica e all'impatto sul miglioramento dell'offerta sanitaria territoriale.

I progetti ritenuti validi saranno approvati e finanziati nell'ambito delle risorse regionali disponibili, con l'obiettivo di garantire su tutto il territorio una rete omogenea e integrata di Odontoiatria Speciale, in sinergia con i Servizi DAMA aziendali.

8.4.6. Attuazione ICA II livello RSD

Nel corso del 2026 si darà avvio al riconoscimento del II livello di complessità assistenziale nell'ambito della RSD di cui alle DD.G.R. n. 1513/2023, 2229/2024 e 3720/2024.

8.4.7. Voucher sociosanitari per persone con disabilità e necessità di sostegno intensivo molto elevato

Nell'ambito del lavoro svolto in collaborazione con la DG Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari opportunità in ordine al "Programma Operativo regionale a favore di persone anziani non autosufficienti ad alto e basso bisogno assistenziale e persone con disabilità e necessità di sostegno intensivo elevato e molto elevato – Fondo per le non autosufficienze ", nel 2026 si darà continuità alle azioni adottate negli anni precedenti finalizzate ad una crescente qualificazione degli interventi di natura sociosanitaria erogati con i Voucher sociosanitari previsti all'interno del suddetto Programma. A tal fine verranno definite ulteriori linee di intervento sociosanitario a rinforzo del sostegno della domiciliarità delle persone rientranti nel FNA e dei loro care givers per cui si rinvia allo specifico atto deliberativo per l'esercizio 2026.

Si conferma lo stanziamento FSR per 14,6 milioni di euro.

8.5. Interventi in area consultoriale

In linea con il DM 77/2022 e come previsto dalla DGR n. 3720/2024 secondo la logica di miglioramento di quanto stabilito dalla DGR 6131/2017 un gruppo di lavoro, appositamente costituito, ha aggiornato e revisionato le prestazioni dei Consultori Familiari, come da Appendice 5, al fine di consentirne l'applicazione dal 1° gennaio 2026. Inoltre, si rimanda a successivo provvedimento attuativo l'approvazione delle modalità attuative e delle relative tariffe.

Il gruppo di lavoro, composto da rappresentanti di tutte le ASST e ATS nonché dei gestori privati di consultori accreditati, nel processo di ridefinizione delle prestazioni consultoriali ha considerato come elementi fondamentali la mission dei Consultori Familiari e la necessità di garantire una presa in carico integrata e multiprofessionale. Il lavoro si è svolto tenendo al centro la persona e la famiglia nei suoi cicli di vita, sulla definizione di percorsi di presa in carico integrata.

Nel 2026 si prevede di mantenere il gruppo di lavoro già costituito per monitorare l'attuazione omogenea delle prestazioni aggiornate, per garantire un confronto operativo sulle eventuali criticità e/o modalità operative.

Nel corso del 2026 si procederà a meglio definire il ruolo e gli ambiti specifici di competenza del Consultorio Familiare nel nuovo sistema territoriale, al fine di evitare sovrapposizioni e costruire sinergie virtuose, in rapporto:

- all'introduzione della figura dello Psicologo delle Case di Comunità e dello psicologo del Servizio delle Cure Primarie;
- agli interventi con quelli erogati dai Centri per la Famiglia rivolti ai Primi 1000 giorni, al benessere dei neogenitori e al disagio dei giovani.

Il DM 77/2022 prevede, inoltre, fra i servizi della Casa di Comunità, la possibilità di inserire il Consultorio Familiare. Dalla rilevazione effettuata presso le ASST risultano, ad ottobre 2025, n. 86 CdC che hanno fra i servizi i consultori familiari, considerando sia la sede principale sia la sede secondaria.

A tal fine, per garantire una maggiore visibilità e consentire il monitoraggio delle attività presso tutte le sedi dei Consultori Familiari, nel corso del 2026 si procederà all'assegnazione di un CUDES attività a tutte le sedi secondarie, che sarà utilizzato anche ai fini rendicontativi.

Nell'ambito delle misure di contrasto alla violenza sulle donne si evidenzia, inoltre, il significativo ruolo di governance delle 27 reti antiviolenza presenti sul territorio e la necessità che la loro azione sia sempre più coordinata e integrata alla programmazione territoriale al fine di costruire interventi efficaci per le donne e i loro figli anche alla luce della complessità della casistica.

Nella logica dell'integrazione e della necessità di armonizzazione degli interventi proseguirà il lavoro svolto dalle ATS al fine di rafforzare le reti di indirizzo create nell'ottica di un sempre maggiore raccordo tra i diversi livelli di programmazione e di condivisione degli interventi tra gli strumenti di programmazione nell'ambito delle Cabine di Regia ATS/Ambiti.

L'area del contrasto alla violenza richiede inoltre interventi per rafforzare le politiche riparative di sostegno (Case rifugio, sostegno economico, uscita dalla condizione di violenza per donne e minori, ecc.) per risolvere le criticità inerenti all'effettiva integrazione con altri percorsi di intervento (ad esempio la presa in carico dei minori anche nell'ottica dell'attuazione del nuovo articolo 403 c.c.) e favorire un maggiore coordinamento tra tutti gli attori della rete interessati (tribunale, servizi sociali, servizi specialistici) che alle volte faticano a trovare una ricomposizione unitaria degli interventi.

Verranno, inoltre, individuati specifici gruppi di lavoro con le ASST e le ATS del territorio relativamente ai progetti promossi dalle ASST ai sensi della DGR n. 2345/2024 al fine di individuare modelli di presa in carico unitari.

Relativamente alle reti avviati dalle ATS per i CUAV, proseguirà il lavoro del tavolo di coordinamento regionale creato nel 2025 e dei tavoli tematici volti all'individuazione di best practice per la presa in carico degli uomini autori di violenza e il monitoraggio degli interventi.

8.5.1. Definizione di una filiera per il contrasto del disagio dei giovani

La promozione del benessere, la prevenzione e la presa in carico del disagio psichico dei giovani rappresentano una priorità già perseguita attraverso azioni, servizi, misure, intese e protocolli interistituzionali, che hanno coinvolto diversi settori, educativo, sociale, sociosanitario e sanitario.

Al fine di valorizzare e coordinare gli interventi e le risorse presenti sul territorio come punti di un unico percorso integrato che favorisca la promozione del benessere dei giovani e l'intercettazione precoce del disagio, si definiscono i seguenti obiettivi:

- Identificazione del Consultorio Familiare quale luogo privilegiato sul territorio, per giovani, adolescenti e rappresentanti della comunità educante, per la lettura dei fenomeni legati al disagio dei giovani e la costruzione di strategie di intervento in collaborazione con la rete dei servizi educativi, sociali, sociosanitari e sanitari;
- Attivazione/implementazione di almeno un'equipe consultoriale dedicata al target dei giovani in ogni ASST, all'interno di un Consultorio, preferibilmente inserito in una Casa di Comunità;
- Definizione di una filiera di intercettazione precoce, valutazione del rischio e presa in carico per le forme di disagio giovanile e comportamenti disadattivi per assicurare risposte tempestive e puntuali.

Per supportare questa strategia, si conferma lo stanziamento fino a 5 milioni euro nel 2026, già previsto dalla D.G.R. n. 3720/2024.

Al fine del raggiungimento degli obiettivi per il 2026, sopra descritti, verranno definite delle linee guida regionali elaborate dal gruppo di lavoro già costituito nel 2025 per la ridefinizione delle prestazioni consultoriali.

In continuità con gli anni passati, nel 2026 gli interventi, realizzati in sinergia con tutti i soggetti che supportano le famiglie, saranno incentrati sulla promozione della genitorialità e la intercettazione precoce del disagio dei minori, anche grazie ai lavori del sottogruppo del Tavolo Minori "Ripensare i processi di presa in carico negli interventi e strumenti di tutela minori e accompagnamento all'autonomia".

Verrà favorita l'integrazione dei percorsi e dei servizi attraverso la valorizzazione degli strumenti già presenti sul territorio come, ad esempio, la co-progettazione con gli enti del terzo settore, le Cabine di Regia ATS/Ambiti, le Cabine di Regia delle ASST e il coordinamento dei Centri per la famiglia e dei Piani di azione per il contrasto al disagio dei minori da parte delle ATS.

Inoltre, in attuazione al "Protocollo di intesa finalizzato allo sviluppo e al consolidamento in ambito scolastico di buone prassi per la prevenzione e il contrasto dei fenomeni legati alle diverse forme di dipendenza (dpr. 309/90), a bullismo e cyberbullismo (Legge n. 71 del 29/05/2017), alle altre forme di disagio sociale minorile e per la promozione della legalità (L.R. n. 17 del 24/06/2015)", approvato nel

2022 con la DGR n. 6761/2022, è stata creata una Cabina di Regia regionale coinvolgendo assessorati, USR e Prefettura.

Sono stati realizzati, su mandato della DG Famiglia, 8 Piani di azione territoriali a regia ATS che hanno visto il coinvolgimento di oltre 300 soggetti (Prefetture, ASST, oratori, soggetti del terzo settore, comuni, scuole, associazioni, Centro di Giustizia riparativa), con oltre 7000 ragazzi e 1000 adulti coinvolti. Gli stessi Piani sono stati integrati (DGR 2439/2024 e 4869/2025) con un finanziamento per interventi sul rafforzamento della prevenzione sociale nelle aree e nei contesti urbani laddove risulta più diffusa la presenza delle baby gang dedite alle illegalità o alla criminalità e che vedono soggetti minorenni sia come autori sia come vittime, al fine di evitare fenomeni emulativi e aumentare la percezione dei valori e dei pericoli nei minori ritenuti più a rischio. In particolare, le risorse assegnate con DGR 4869/2025 dovranno essere utilizzate dalle ATS per realizzare interventi secondo quanto previsto dalla L.R. 2/2025, rafforzando gli interventi, ove già previsti dai Piani di azione territoriali, tenendo anche conto delle priorità individuate nei Tavoli provinciali ed estendendone l'efficacia in base ai bisogni emersi sul territorio.

Inoltre, si segnala la prosecuzione del programma "#UP Percorsi per crescere alla grande" che offre percorsi personalizzati per preadolescenti, adolescenti e giovani in difficoltà e per le loro famiglie per rispondere in modo flessibile e integrato ai bisogni dei giovani e delle loro famiglie. L'iniziativa, finanziata dal Fondo Sociale Europeo Plus 2021 - 2027, intende rispondere in modo flessibile e integrato alle esigenze di adolescenti e giovani (11-25 anni) per supportarli nell'affrontare e superare la propria condizione di disagio, intervenendo anche a sostegno della famiglia per aiutare i genitori a leggere e accogliere i bisogni dei figli e, più in generale, ad accompagnarli nella complessa fase della crescita.

Obiettivo dell'iniziativa è migliorare l'offerta di servizi dedicati, flessibili e integrati rivolti ad adolescenti e giovani allo scopo di rafforzarne l'empowerment, l'autonomia e l'inclusione sociale.

L'iniziativa persegue i seguenti obiettivi specifici:

- accrescere l'accesso di preadolescenti, adolescenti e giovani a percorsi individualizzati e flessibili in ottica di empowerment e inclusione sociale;
- sostenere i genitori nella gestione della delicata fase di transizione dei figli verso l'età adulta;
- rafforzare il sistema dei servizi sociali e sociosanitari rivolti a tale fascia di età, promuovendo l'integrazione e accrescendone la capacità di identificare e prendere in carico precocemente le situazioni di fragilità.

Per la realizzazione dei percorsi, l'ATS si avvale delle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST) e di Enti Erogatori con esperienza e competenza nell'erogazione di servizi rivolti al target dell'Avviso.

8.5.2. Interventi per la famiglia

Nel 2026 verranno attivate azioni volte a supportare le famiglie fragili e promuovere il loro benessere e protagonismo. Si riconferma il tema pressante della conciliazione e gestione dei tempi e quindi della condivisione dei carichi familiari.

Occorre, pertanto, favorire nuove sinergie, innovare l'architettura del sistema e superare le logiche del welfare tradizionale più orientato ad una dinamica preventiva verso un welfare proattivo che produce innovazione, stabilità e benessere e rendere tali azioni complementari e/o addizionali rispetto alle misure/iniziative attuate da Regione Lombardia.

Per la programmazione 2025 – 2027 dei Piani di Conciliazione risulta strategica la collaborazione con le ATS, le ASST, gli Ambiti territoriali, le Reti di conciliazione e i Centri per la famiglia per favorire la lettura multidimensionale del bisogno e la ricomposizione degli interventi.

Si sottolinea quindi la necessità di progettare e integrare gli interventi con l'azione territoriale dei Centri per la Famiglia, al fine di raccordare e coordinare gli interventi di affiancamento dedicati ai nuclei

familiari e di supporto alla famiglia in tutto il suo ciclo di vita. Tale coordinamento appare essenziale al fine di non disperdere in diversi rivoli gli interventi dedicati alle famiglie rispetto informazione, orientamento e accompagnamento verso i servizi e quelli dedicati alle attività di aggregazione, socializzazione e coprogettazione con le famiglie. I 90 Centri per la famiglia, HUB e 346 Spoke, punti di accesso/di prossimità presenti sul territorio, svolgono un'importante azione di informazione, orientamento, ascolto e decodifica dei bisogni delle famiglie e, contemporaneamente, hanno favorito il protagonismo delle famiglie, della comunità e la solidarietà sociale.

Nell'ambito dei Centri, anche in raccordo con i Consultori familiari si sviluppano anche percorsi di accompagnamento dedicati al binomio mamma-bambino, al fine di favorire il benessere reciproco e una corretta crescita sia per il bambino sia per la mamma nel suo nuovo ruolo e carico di impegno familiare.

È in atto un rafforzamento del modello di rete dei Centri per la Famiglia, dove il ruolo di governance è in capo alle ATS lombarde, che è finalizzato a garantire la sistematizzazione delle reti esistenti, l'autonomia, la diffusione sul territorio a sostegno della famiglia e in particolare:

- servizi per l'ascolto e il counseling dedicati agli adolescenti e ai loro genitori;
- sensibilizzazione sul valore dell'affidamento familiare e dell'adozione attraverso le esperienze delle famiglie affidatarie e adottive e la promozione di una formazione continua degli operatori e delle famiglie stesse;
- promozione dell'utilizzo di figure di sostegno alla maternità e alla famiglia, nei primi mille giorni, quali, ad esempio, l'assistente materna, le cui funzioni sono, in ambito sociale, di sostegno relazionale alla donna in gravidanza e alla famiglia fino al primo anno di vita del bambino, offrendo presenza e vicinanza anche a domicilio, con l'ascolto, il supporto, l'aiuto nella quotidianità e l'orientamento non direttivo, nel pieno rispetto delle scelte delle persone che accompagna;
- consulenza e servizi in merito all'alfabetizzazione mediatica e digitale dei minori, con particolare attenzione alla loro tutela rispetto all'esposizione a contenuti pornografici e violenti
- servizi di alfabetizzazione delle famiglie sulla prevenzione e sugli effetti dell'assunzione di sostanze psicotrope, attraverso l'utilizzo dei materiali resi disponibili dal Dipartimento per le politiche antidroga della Presidenza del Consiglio dei ministri;
- servizi finalizzati alla valorizzazione pratica dell'invecchiamento attivo, anche attraverso il coinvolgimento volontario delle persone anziane in attività di accompagnamento, assistenza e consulenza alle famiglie.

Inoltre sul territorio sono in corso di realizzazione i Piani Territoriali sull'invecchiamento attivo che hanno l'obiettivo di ricomporre, in un'ottica di complementarità, l'offerta territoriale dedicata agli anziani over 65 in grado di partecipare attivamente alla vita della società (silver age) e anziani vulnerabili, ovvero a rischio di vulnerabilità, tra cui isolamento e emarginazione sociale e che si trovano in una fase di transito dalla vita attiva ad una condizione di fragilità, prediligendo una logica di welfare di iniziativa e di prevenzione del decadimento psico-fisico.

Le azioni sono volte a contrastare l'isolamento sociale, a promuovere l'autonomia della persona, a contrastare processi di decadimento psico-fisico e a promuovere la partecipazione e la cittadinanza sociale (DGR n. 2168/2024, DGR n. 2308/2024 e DGR n. 3509/2024).

La Direzione Generale Famiglia intende avviare un percorso sperimentale da realizzare nei territori delle ATS per verificare possibili soluzioni innovative di tipo abitativo o di residenzialità comunitaria destinate ad anziani fragili o socialmente vulnerabili, anche attraverso forme di cohousing, che si realizzeranno in integrazione con il tessuto sociale e comunitario locale e con la rete dei servizi sociosanitari.

Le ATS Lombarde sono garanti della governance dell'integrazione sociosanitaria dei piani che sono sviluppati in partenariato con stakeholder locali quali i Centri per la famiglia ed enti del terzo settore.

In un'ottica di costruire interventi unitari e modulati in base al bisogno si rende necessario, pertanto, individuare strumenti di raccordo e sinergia tra tutte le tipologie di servizi, proseguendo con politiche rivolte a promuovere il benessere delle famiglie e di tutti i suoi componenti nelle diverse fasi del ciclo di vita individuando sistemi di intervento integrati e personalizzati.

In particolare, gli interventi verranno promossi secondo la logica della sinergia con tutti i soggetti che a vario titolo supportano e orientano le famiglie e i suoi componenti (ATS, ASST, Ambiti territoriali, Enti del terzo settore):

- OLTRE LA CURA: la misura prevede la valorizzazione di progettualità presentate da Enti del terzo settore/enti iscritti all'anagrafe delle onlus/enti privati no profit che, in raccordo con le ASST, IRCCS o strutture private accreditate presenti sul territorio, svolgono attività di accoglienza, aiuto concreto e alloggiativo, assistenza sociale, supporto ai bisogni educativi, psicologici, ricreativo-ludici dei minori e delle famiglie;
- ACCANTO: la misura prevede interventi volti ad accompagnare i genitori nella ridefinizione del proprio ruolo genitoriale e a favorire una crescita armonica dei minori anche con l'ausilio dei Centri per la famiglia presenti sul territorio, quali punti di accesso e orientamento dei genitori e delle famiglie stesse;
- Inclusione sociale delle persone sottoposte a terapia oncologica: la misura prevede l'erogazione di un contributo a seguito dell'impatto delle terapie oncologiche (chemioterapia o radioterapia) sull'estetica per il benessere psicofisico della persona.

8.6. Attività di vigilanza e controllo di appropriatezza in ambito sociosanitario

Le ATS garantiscono in via routinaria l'effettuazione di verifiche di vigilanza e di appropriatezza su tutte le UdO sociosanitarie del proprio territorio con cadenza almeno triennale, fatto salvo le seguenti casistiche:

- verifica del possesso dei requisiti di esercizio ed accreditamento sul 100% delle istanze/SCIA/SCIA contestuale accreditamento;
- la verifica del possesso dei requisiti di esercizio ed accreditamento sul 100% dei nuovi accreditamenti (verifica post accreditamento);
- attività di vigilanza o controllo di appropriatezza straordinaria su segnalazione.

Le ATS garantiscono, quindi, attività di vigilanza routinaria e di controllo di appropriatezza, nell'ambito del piano annuale dei controlli, a completamento del triennio 2024/2026 e comunque garantendo la verifica con sopralluogo sul 100% delle UdO e definiscono nel Piano dei controlli i criteri di campionamento delle UdO anche nel quadro delle determinazioni dell'Agenzia dei Controlli.

Garantendo nell'arco del triennio 2024/2026 la verifica di appropriatezza sul 100% delle UdO, sarà possibile per ogni ATS comunque effettuare ulteriori sopralluoghi di controllo sulle strutture che continuano a subire sanzioni ovvero a non modificare quei comportamenti già rilevati come inappropriati in altre visite.

In linea con il 2025 il controllo di appropriatezza è assicurato sulle medesime strutture individuate per il controllo di vigilanza. L'attività di controllo di appropriatezza è esercitata sulle percentuali minime di FASAS calcolate in base al numero di utenti rendicontati nel 2025 (non considerando gli utenti per i quali sono state erogate solo mono prestazioni per i Consultori familiari e attività di prelievo per le C-Dom) per ciascuna struttura campionata: 10% per il regime residenziale e semiresidenziale e 2,5 % per regime domiciliare (escludendo gli utenti con la sola attività di prelievo) ed ambulatoriale (per i Consultori familiari escludendo gli utenti per i quali sono state erogate solo mono prestazioni). Considerata la variabilità del numero di posti e dei volumi di attività delle diverse UdO, si ritiene comunque utile fissare un numero minimo e massimo di FASAS da controllare, in relazione all'utenza

trattata da ciascuna struttura: nel caso in cui il numero di FASAS risultante sia inferiore a 3 si richiede che vengano comunque visionati almeno 3 FASAS, mentre si ritiene possibile limitare il campionamento a 30 FASAS, nel caso che il numero di FASAS previsto fosse superiore, salvo esigenze particolari sulla base di criticità riscontrate nel campione.

Resta inteso che le ATS effettuano, laddove ritenuto necessario, ulteriori verifiche di appropriatezza su strutture oggetto di prescrizioni a riscontro dell'avvenuto adeguamento e risoluzione della criticità.

Nel Piano dei Controlli ogni ATS deve prevedere per le C-Dom, precisandone anche la quantità, le verifiche "in itinere", ovvero presso il domicilio delle persone in carico. Tali verifiche devono essere effettuate per le medesime UdO C-Dom oggetto di verifica di controllo presso la sede delle stesse (ex post) e sono comprese nella percentuale 2,5% di campionamento dei FASAS.

Nell'ambito del Piano dei Controlli (PdC) e dei campionamenti effettuati le ATS sono chiamate in particolare ad esercitare controlli idonei a garantire la verifica di appropriatezza nell'ambito della valutazione delle condizioni cliniche e assistenziali dell'ospite operata da RSD e CSS in relazione agli indicatori di cui alla DGR n.XII/1513/2023 (c.d. ICA primo livello).

Le ATS garantiscono comunque a partire dal mese di gennaio 2026 l'avvio dei controlli in oggetto sulla base anche della rotazione storica delle verifiche, nonché su indicatori di rischio definiti nel Piano dei Controlli, anche nel quadro delle determinazioni dell'Agenzia dei Controlli.

Dal 01/01/2026 per gli ospedali di comunità devono essere verificati gli indicatori di appropriatezza specificati nell'§Appendice 1: *Indicatori di Appropriatezza degli Ospedali di Comunità*, che pertanto integra l'allegato n. 2 della DGR n. X/1765/2014. Tali indicatori si applicano ai FASAS relativi alle prese in carico iniziate nel 2026.

Dovranno essere garantite le verifiche di vigilanza e appropriatezza per le misure, ivi compresi i voucher sociosanitari e i voucher ASD previsti nell'ambito del programma operativo regionale FNA, e sperimentazioni in atto su almeno il 33% annuale per ciascuna tipologia, utilizzando le medesime percentuali sopra riportate per il campionamento dei FASAS.

Con riferimento ai requisiti soggettivi legati all'esercizio, all'accreditamento:

- l'ATS effettua controlli sul 100% delle nuove istanze;
- l'ATS applica la percentuale di verifica delle autocertificazioni prodotte su almeno il 10% delle autodichiarazioni o su una percentuale superiore, secondo i regolamenti interni di ogni ATS
- Restano fermi i controlli finalizzati alla stipula dei contratti.

8.6.1. Piani programma in area socio-sanitaria

Le ATS devono effettuare il monitoraggio delle unità di offerta socio-sanitarie in piano programma, specificando la data dell'ultimo sopralluogo o la motivazione per eventuale mancato sopralluogo, il numero di posti letto autorizzati/accreditati, quelli temporaneamente inattivi, la data di conclusione lavori (entro il 24/04/2028) e le misure strutturali, tecniche e/o organizzative attuate dal gestore per assicurare il soddisfacimento dei fini sottesi alle prescrizioni dei relativi requisiti e la data di adozione ed aggiornamento del piano straordinario di sicurezza. Durante il monitoraggio, le ATS devono aggiornare il cronoprogramma dei lavori, indicando la motivazione tenuto conto della nuova scadenza del 24/04/2028 indicando la motivazione. Nel 2026, è previsto un monitoraggio semestrale da trasmettere alla DG Welfare entro il 20/07/2026 e il 20/01/2027. La verifica da parte di ATS con sopralluoghi (dando motivazione se non effettuati) e/o verifiche documentali, deve riguardare lo stato di avanzamento dei lavori con attenzione alla sicurezza.

Tale monitoraggio dovrà riguardare anche gli Ospedali di Comunità rientranti nell'iter previsto dalle DDGR n. 3720/2024 e n. 4938/2025.

8.6.2. Unità di offerta sociosanitarie interessate da interventi di manutenzione straordinaria

Nel 2026, ogni ATS dovrà proseguire il monitoraggio delle UdO per gli interventi di efficientamento energetico, come previsto dalla DGR n. 3720/2024, comunicando gli esiti alla DG Welfare.

Si stabilisce che le UdO sociosanitarie che devono effettuare lavori straordinari di manutenzione nel 2026, anche per interventi di efficientamento energetico, che inficiano sul mantenimento dei requisiti strutturali previsti dalle DGR di riferimento, ovvero venga meno uno o più requisiti strutturali, devono procedere a trasmettere una nota, in via preventiva, alla ATS di competenza territoriale precisando:

- il cronoprogramma dei lavori, con la data di chiusura degli stessi;
- le modalità organizzative messe in atto per garantire continuità assistenziale e sicurezza degli utenti e degli operatori;
- le misure strutturali, tecniche e/o organizzative attuate dal gestore per assicurare il soddisfacimento dei fini sottesi alle prescrizioni dei relativi requisiti venuti meno.
- la necessità di ridurre temporaneamente la capacità ricettiva con l'impegno a rispristinarla al termine dei lavori.

ATS valuterà la documentazione e fornirà un parere con atto scritto al gestore e per conoscenza alla DG Welfare sulle modalità organizzative adottate per dare continuità di assistenza all'utenza e sicurezza. Dalla ricezione della comunicazione di ATS, il gestore può dare avvio ai lavori.

Resta salvo l'obbligo di presentare, a conclusione dei lavori, SCIA con contestuale richiesta di accreditamento, in caso di variazione degli spazi, qualora le modifiche comportino il mutare delle condizioni previste dal regolamento d'igiene o di sicurezza, così come previsto dalla DGR n. 2569/2014 e s.m.i..

Nel caso in cui per lo svolgimento dei lavori straordinari fosse necessaria una riduzione temporanea della capacità ricettiva ATS dovrà, nella comunicazione al gestore e alla DG Welfare, precisare il numero di posti/prestazioni a contratto "congelati" e il periodo di inizio e termine della sospensione.

Si prevede la garanzia del mantenimento, all'esito dei lavori, del volume di accreditamento e, se stipulato, il volume dei posti/prestazioni a contratto e del relativo volume di budget sottoscritto alla data di presentazione del cronoprogramma.

Il mantenimento del budget è vincolato al rispetto delle tempistiche definite nel cronoprogramma.

Ciascuna ATS monitorerà l'avanzamento dei lavori con attenzione alla sicurezza degli utenti e degli operatori, effettuando verifiche documentali e/o sopralluoghi, e trasmettendo gli esiti alla DG Welfare.

Per le strutture a contratto che, seguendo la procedura prevista e hanno avviato i lavori nel 2025 sospendendo parte della capacità produttiva:

- in caso di completamento dei lavori, secondo il cronoprogramma, l'ATS provvede al ripristino del budget originario;
- nel caso in cui, secondo il cronoprogramma, i lavori proseguono nel 2026, prosegue il congelamento del budget anche per questa annualità.

Il budget di queste strutture non viene considerato per il calcolo dell'iperproduzione di ATS.

8.6.3. Attività di vigilanza sulle Unità di Offerta sociale

Per quanto riguarda la rete sociale, l'attività ordinaria di vigilanza per le unità di offerta sociali proseguirà nel 2026 con le modalità disposte dalla DGR n. 1046/2018.

Le percentuali per le verifiche annuali del mantenimento dei requisiti di esercizio sono confermate nel 2026 per almeno il 25% delle unità d'offerta sociali in esercizio (attive su AFAM).

Le ATS dovranno, altresì, garantire le verifiche sul 100% delle Comunicazioni Preventive di Esercizio pervenute in ordine all'attivazione di nuove unità di offerta sociali.

L'attività di vigilanza svolta dalle ATS, in attuazione del Piano dei controlli è oggetto di rendicontazione alla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà sociale, Disabilità e Pari opportunità, attraverso una

relazione sull'attività svolta nel 2025 da trasmettere entro il mese di giugno 2026 che espliciti quanto segue:

- Verifica sul 100% delle "Comunicazioni Preventive di Esercizio" pervenute in ordine all'attivazione di nuove unità d'offerta sociali.
- Numero e relativa percentuale delle "visite routinarie da campionamento" (almeno il 25%), effettuate sulle unità d'offerta sociali, suddivise per aree (prima infanzia, minori, disabili e anziani).
- Numero delle visite straordinarie effettuate a seguito di segnalazione/eventi straordinari, motivazione della segnalazione, esito finale ed area di riferimento.
- Criticità più significative riscontrate nelle varie aree ed eventuali azioni messe in atto, anche in collaborazione con gli Enti/organismi interessati.

La relazione sull'attività svolta nel 2025 dovrà essere integrata con le risorse umane impiegate e la metodologia di lavoro adottata. Le ATS, dopo aver effettuato le opportune verifiche, dovranno inviare alla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari opportunità, entro giugno 2026, anche le relazioni di sintesi degli Ambiti Territoriali sulle attività svolte dai Comuni, per l'esercizio e mantenimento dei requisiti e accreditamento delle strutture socioassistenziali. Queste dovranno evidenziare:

- Se le attività di vigilanza e controllo sono svolte dall'Ambito Territoriale in forma associata per tutti i Comuni, oppure se le stesse vengono svolte dai Comuni in forma singola. In quest'ultimo caso va fornito l'elenco dei Comuni interessati.
- La consulenza fornita agli Enti gestori per messa in esercizio e mantenimento dei requisiti.
- L'istruttoria relativa a sanzioni o ricorsi in caso di non rispetto dei requisiti.
- Le risorse umane e la metodologia di lavoro adottata.
- L'aggiornamento dei dati dell'Anagrafica Famiglia (AFAM).

Per il 2026, verrà confermata la collaborazione tra la Direzione Generale e i referenti delle attività di vigilanza sulle unità di offerta sociale, per semplificare e uniformare le modalità di verifica dei requisiti su tutto il territorio regionale.

8.7. Spostamento di volumi di posti a contratto e del relativo budget per Enti Unici in piano programma

In presenza di piani programma con interventi di manutenzione straordinaria che prevedono la riduzione dei volumi di attività, gli Enti Unici gestori di più unità d'offerta possono richiedere lo spostamento degli assetti contrattualizzati e delle quote di budget all'interno della medesima ATS o tra diverse ATS, anche tra unità d'offerta di differente tipologia. Lo spostamento è da intendersi in via temporanea e fino alla conclusione dei piani programma e potrà riguardare solo quote di budget congelate per temporanea riduzione o sospensione dell'attività. Lo spostamento potrà riguardare unità di offerta accreditate e non contrattualizzate, che possono acquisire in tutto o in parte, il budget temporaneamente congelato dell'unità d'offerta del medesimo ente gestore in piano programma, nell'ambito della stipula di un nuovo contratto.

8.8. Negoziazione e contrattualizzazione delle strutture sociosanitarie e dell'area salute mentale

8.8.1. Casistiche di nuove contrattualizzazioni nel 2026 per l'area sociosanitaria

DG Welfare procederà, entro il primo trimestre 2026, ad una analisi multidimensionale del fabbisogno territoriale di offerta di servizi sociosanitari, in fase di primo avvio con particolare riguardo all'area anziani e disabili. Si procederà ad una analisi che individuerà indicatori di tipo demografico, economico ed epidemiologico che opportunamente pesati porteranno alla costruzione di un indicatore multilivello

che definirà il "fabbisogno di posti residenziali/semiresidenziali per anziani e disabili" per ASST o Distretto. Nelle more della definizione di tale indicatore ed in continuità con quanto previsto dalla DGR n. 3720/2024, le ATS potranno procedere, nell'ambito delle rispettive assegnazioni, all'indizione di specifiche manifestazioni di interesse dirette a garantire nuove contrattualizzazioni tese al riequilibrio territoriale del sistema d'offerta tenendo conto dei vincoli previsti dagli indici dei posti a contratto di cui all'§Appendice 2: *Indicatori di copertura posti letto a contratto*.

I conseguenti impegni contrattuali su base annua devono garantire il rispetto del vincolo di assegnazione. L'esito dovrà essere comunicato a DG Welfare.

Per il 2026 le casistiche per cui sono previste nuove contrattualizzazioni sono quelle di seguito elencate. Rientra nella programmazione regionale la messa a contratto di posti di unità d'offerta sociosanitarie realizzati mediante finanziamenti pubblici che specifichino il numero e la tipologia di UdO a cui i posti si riferiscono e la coerenza dello sviluppo di tali posti in funzione della risposta al fabbisogno territoriale di assicurare i Lea sociosanitari. Devono essere rispettate le seguenti condizioni:

- deve essere documentato il coinvolgimento prima della realizzazione con atto della DG Welfare rispetto all'utilità della UDO nei confronti degli obiettivi della programmazione sociosanitaria regionale, con evidenza della specifica unità d'offerta da realizzare e del relativo numero dei posti;
- il numero di posti da mettere a contratto non deve superare quello previsto dall'intervento ammesso a finanziamento;
- che risultino concluse sia la realizzazione dell'intervento oggetto di finanziamento che la liquidazione del corrispondente contributo, con il saldo dello stesso.

Si precisa che sono considerate rientranti nella programmazione regionale le UdO già realizzate con finanziamenti pubblici e gestite da soggetti con natura giuridica pubblica finalizzate a garantire la tutela dell'interesse pubblico del proprio territorio perseguita attraverso specifiche strategie che rispondono anche ai bisogni socioeconomici dell'utenza del proprio bacino di riferimento, fermo restando che tali UdO devono risultare già accreditate alla data del presente provvedimento.

La messa a contratto dipende dalla valutazione della Regione sulla compatibilità dell'intervento con la programmazione sociosanitaria.

Per le UdO che nel 2026 concludono i piani di adeguamento strutturale, è consentita la messa a contratto dei posti precedentemente contrattualizzati, ma temporaneamente inattivi per lavori, ma non di nuovi posti. Se una UdO perde il contratto, i posti/volumi rientrano nella programmazione ATS, che rialloca le risorse per riequilibrare i Lea sulla base di manifestazioni di interesse gestite a livello ATS.

Relativamente ai servizi ambulatoriali per le dipendenze, a seguito della piena attuazione della L.R. 23/2020 (Nuovo sistema di intervento sulle dipendenze patologiche) e in attesa del prossimo atto regionale che definirà i nuovi requisiti di accreditamento dei servizi ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali, nonché le conseguenti tariffe, non sono possibili nuove contrattualizzazioni relativamente ai servizi in oggetto.

8.8.2. Nuove contrattualizzazioni nell'area degli ospedali di comunità

In continuità con quanto previsto dalle DGR n. 1435/2023 e s.m.i. proseguono i contratti attivati nel 2025 con gli erogatori privati assegnatari delle manifestazioni di interesse indette dalle ATS con le modalità operative indicate nella DGR n. 1827/2024. Tenuto conto della fase di start-up è confermato il budget per struttura del 2025, opportunamente riparametrato alle mensilità effettive del 2026.

Nel caso in cui le manifestazioni espletate nel 2025 non abbiano consentito l'assegnazione completa dei posti per ATS definiti con DGR n. 6387/2022, le ATS nel rispetto della suddetta distribuzione, completano nel 2026 l'assegnazione dei posti ai soggetti gestori privati sanitari o sociosanitari effettuando ulteriori manifestazioni di interesse. In tali casi sarà assegnato un budget calcolato secondo i parametri già in uso e proporzionato al periodo di contrattualizzazione 2026.

L'OdC ai sensi della DGR n. 1435/2023 non è una unità di offerta soggetta a compartecipazione, anche in considerazione di quanto previsto dal DM 77 ("non è ricompreso nelle strutture residenziali articoli 29-35 del DPCM 12/01/2017").

In attesa del in attesa del riordino delle tariffe già previsto a livello nazionale indicato anche all'articolo 1, comma 300, della legge 30 dicembre 2024, n. 207 e fino al completamento del riordino del sistema delle cure intermedie si conferma il disposto della DGR n. 4558/2025 confermando lo stanziamento sino a 5 milioni di euro.

Prosegue la contrattualizzazione per gli OdC a gestione ASST con le modalità in uso del 2025.

8.8.3. Spostamento di volumi di posti a contratto e del relativo budget

Gli Enti Unici gestori di più unità d'offerta possono proporre alle ATS lo spostamento degli assetti contrattualizzati e delle quote di budget:

- tra ATS diverse, solo per la stessa tipologia di unità d'offerta, per allineare meglio i territori agli indici regionali di dotazione media;
- all'interno della stessa ATS, per riequilibrare l'offerta tra ambiti territoriali, In questo caso lo spostamento può anche riguardare unità d'offerta di differente tipologia. Lo spostamento all'interno della stessa ATS può riguardare anche unità di offerta accreditate e non contrattualizzate, che possono acquisire, in tutto o in parte, il budget assegnato ad un'altra unità d'offerta del medesimo ente gestore, nell'ambito della stipula di un nuovo contratto.

Gli spostamenti hanno come obiettivo un riequilibrio dell'offerta nell'ambito territoriale da verificare a cura delle ATS sulla base di documentate analisi del fabbisogno, cercando in ogni caso di garantire capillarità e prossimità delle risposte territoriali e continuità assistenziale, evitando depauperare le aree già carenti di servizi.

Restano escluse l'area delle Cure intermedie e le cure domiciliari, in quanto interessate da specifici processi di riordino e di consolidamento post PNRR e nell'area dipendenze gli SMI, in quanto interessati a loro volta da specifici processi di riordino, fatto salvo chi ha già presentato istanza agli enti preposti nel 2025.

Le proposte di spostamento dovranno essere comunicate dalle ATS alla DG Welfare con il proprio parere e attestare che:

- il trasferimento non richiede risorse aggiuntive per il sistema;
- le UdO cedenti posti non sono state finanziate con fondi pubblici onde garantirne la destinazione d'uso e la restituzione di eventuali somme da rimborsare in relazione al finanziamento ricevuto;
- le UdO cedenti sono effettivamente funzionanti, in linea con le regole di accreditamento;
- il trasferimento non compromette la finalizzazione del contratto originario.

Gli spostamenti avvengono, laddove necessario, a seguito dei provvedimenti di variazione dei budget di produzione. Lo spostamento di posti/budget tra UdO è precluso nei casi di strutture gestite sulla base di una concessione comunale o di strutture di proprietà ATS/ASST/altro ente pubblico, gestite in concessione da terzi. Nell'ambito delle strutture di riabilitazione ex art. 26, per i soggetti che erogano sia prestazioni in regime di ricovero/ciclo diurno che in regime ambulatoriale e/o domiciliare, fermo restando il budget complessivamente assegnato contrattualmente, è possibile richiedere lo spostamento di volumi contrattualizzati e delle relative quote di budget verso il regime domiciliare. Tale rimodulazione deve essere autorizzata dalla ATS territorialmente competente e comunicata alla DG Welfare.

Ai fini della remunerazione del 2025, rimane altresì confermata la possibilità di superare il tetto del 130% per la remunerazione delle prestazioni in regime ambulatoriale e domiciliare (§7.8.9ù§), fermo restando i limiti di risorse del budget assegnato alla struttura. Nel caso di strutture interessate dalle operazioni di potenziamento della riabilitazione per l'età evolutiva di cui all'All. 4) della DGR n.

2966/2024 si applicano le specifiche regole in materia di numero di prestazioni erogabili introdotte dal suddetto provvedimento.

Si precisa che nel caso in cui un gestore trasferisca la sede di una UdO in altro distretto non confinante in altra ASST che modifica sostanzialmente il bacino erogativo di riferimento della struttura, devono essere seguite le procedure per l'apertura di una nuova UdO e conseguentemente per il trasferimento dei posti a contratto.

8.8.4. Effetti sul contratto del processo di decadenza dall'accreditamento

Si conferma anche per il 2026 che le unità di offerta sociosanitarie inattive (per mancata produzione o fattori di produzione assenti) non possono accedere al contratto definitivo, per le quali è già attivata o in corso di attivazione la verifica per cessazione attività da parte delle ATS, come previsto dalla normativa sull'accreditamento sociosanitario. Se tale condizione si verifica dopo la stipula del contratto, la decadenza avviene per effetto della decadenza dall'accreditamento. È esclusa la volturazione o lo spostamento di posti a contratto e relativo budget per le unità inattive. L'attualità della funzionalità dell'unità è verificata nel procedimento di ATS per le domande di voltura/spostamento di posti a contratto.

8.8.5. Processo di negoziazione 2026 strutture sociosanitarie

Il termine per la stipula del contratto definitivo 2026 è previsto per il 31/03/2026.

Fino a tale data restano in vigore i contratti in essere secondo quanto già sottoscritto dalle parti. Per il 2026, si confermano i modelli di contratto tipo in uso nel 2025, fatta salva la possibilità per la DG Welfare, previo confronto con le ATS, di integrare gli articolati per recepire aggiornamenti intervenuti/ulteriori esigenze operative.

Le ATS utilizzeranno lo schema per l'area sociosanitaria e l'area non Intercompany della salute mentale, in base al budget di produzione che sarà aggiornato con un atto successivo dei competenti uffici della DG Welfare, secondo le risorse FSR della Macroarea 3) e 4) del quadro economico 2025 del SSR, come approvato dalla Giunta. In analogia, saranno sottoscritti con le stesse tempistiche anche i protocolli negoziali per l'assistenza residenziale post-acuta e altre sperimentazioni/misure. Restano inoltre confermate le previsioni in materia di possibilità di adesione ai contratti di filiera.

8.8.6. Regole di determinazione del budget 2026 ai fini della stipula del contratto definitivo: regole per la storicizzazione 2026 della quota di budget riconosciuta a titolo di iperproduzione nel 2025

Il budget 2026 sarà assegnato tenendo conto delle dinamiche di produzione del 2025 e delle specificità delle UdO, per ottimizzare le risorse e mantenere le finalizzazioni assegnate. Il budget di ciascun contratto dipenderà dall'ipoproduzione o iperproduzione rilevata. La DG Welfare calcolerà l'ipoproduzione e l'iperproduzione 2025 per ogni tipo di UdO confrontando:

- Per le UdO in filiera: il budget della filiera di quella tipologia di UdO con la produzione della filiera di quella tipologia di UdO;
- Per le UdO non in filiera: il budget della struttura con la produzione della struttura.

Nel calcolare il budget 2026 sarà storicizzabile solo la quota di rimodulazione finanziata con le risorse originariamente assegnate a ciascuna ATS per quella tipologia di UDO. Le risorse da altri fondi non saranno storicizzabili. Si procederà alla storicizzazione secondo la seguente metodologia. Il budget 2026 sarà pari alla produzione effettiva del 2025, + il 15% dell'ipoproduzione. Ciò significa che l'85% dell'ipoproduzione creerà un fondo di risorse libere per finanziare l'iperproduzione di quella tipologia di UDO dell'ATS (inclusa l'area delle Cure Domiciliari).

Per ogni ATS e per ciascuna tipologia di UdO (inclusa l'area delle Cure Domiciliari):

- se il valore del fondo di risorse libere da ipoproduzione supera il valore dell'iperproduzione, sarà storicizzato il 100% dell'iperproduzione;

- se il valore del fondo di risorse libere da ipoproduzione è inferiore all'iperproduzione, allora sarà storicizzata solo una parte dell'iperproduzione, proporzionale alla disponibilità al fondo (ad esempio se il rapporto tra ipoproduzione e iperproduzione è pari all'80%, ogni contratto potrà storicizzare l'80% della propria iperproduzione).

Per alcune tipologie di servizi, in ragione delle relative specificità, il processo di storicizzazione sopra descritto avverrà secondo criteri speciali di seguito elencati:

- per i servizi diurni per anziani prosegue il processo di graduale ritorno alla piena operatività, quale il sostegno al mantenimento al domicilio degli anziani non autosufficienti e, pertanto, la percentuale di ipoproduzione da storicizzare è pari al 30%;
- per le comunità per le dipendenze, in relazione al percorso evolutivo descritto nell'apposito paragrafo del presente provvedimento, il budget 2026 sarà pari alla produzione riconosciuta nel 2025 + il 50% dell'ipoproduzione 2025. Fanno eccezione le UdO che hanno aderito alla possibilità di riconvertire i P.I. come da DGR. n. 1513/2023, che conservano il budget 2025.
- Per gli SMI il budget, in caso di ipoproduzione è confermato anche per il 2026 così come previsto dalla DGR 3720/2024.

Nel caso di UdO oggetto di nuova contrattualizzazione nel corso del 2025, il budget 2026 è pari a quello 2025 trascinato ad anno.

Attraverso procedure trasparenti che garantiscono parità di trattamento, nel rispetto dei budget di produzione di ATS delle singole linee di attività, al fine di dare pieno impiego alle risorse, e ferma l'applicazione delle predette regole di storicizzazione, le Agenzie possono adeguare il valore dei budget delle strutture in ragione di specificità dettate dal proprio fabbisogno territoriale (ad es., per garantire un adeguato rapporto tra budget e volumi a contratto, per tenere conto della evoluzione della complessità della casistica, per dare continuità assistenziale agli ospiti già in carico).

La quota del budget di produzione assegnata alle aziende intercompany sarà definita in allineamento ai ricavi previsti nei BPE delle rispettive aziende, in considerazione delle recenti dinamiche produttive.

Relativamente alle UdO oggetto di nuova contrattualizzazione nell'ultimo anno, il valore della ipoproduzione non rileva ai fini del calcolo del budget dell'anno successivo.

Per i consultori familiari, al fine di recepire l'implementazione delle nuove prestazioni di cui al paragrafo dei consultori (§ 8.5), come previsto dalla D.G.R. 3720/2024 si dispone l'incremento dell'8,6% del budget 2025.

8.8.7. Regole di eventuale rimodulazione del budget esercizio 2026

Si prevede la possibilità di rimodulare i budget a chiusura dell'esercizio 2026, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del sistema e degli stanziamenti per la Macroarea delle unità di offerta sociosanitarie, delle Misure e della salute mentale. La rimodulazione terrà conto delle risorse disponibili e della necessità di rispettare le tempistiche di chiusura dei bilanci delle aziende del SSR. Come per l'annualità precedente, sarà operata per garantire una piena allocazione delle risorse di FSR alle ATS, nell'ambito della rete consolidata e sperimentale dei servizi territoriali. Con un atto successivo, saranno definite le regole per operare la rimodulazione del budget, finalizzando le risorse residue di FSR 2026 assegnate alle ATS a favore delle unità di offerta sociosanitarie in caso di sovrapproduzione.

8.8.8. Regole di determinazione del budget 2026 ai fini della stipula del contratto definitivo per l'area della salute mentale non intercompany

L'assegnazione del budget 2026 per l'area della salute mentale dell'area non intercompany verrà determinato partendo dai valori dei budget finali del 2025 ai quali verranno applicati gli effetti prodotti dagli atti e provvedimenti intercorsi con impatto nell'anno 2026.

Successivamente alla chiusura dei flussi di produzione, le ATS hanno facoltà di proporre alla DG Welfare, entro il termine del 31 marzo 2026, rideterminazioni dei valori per ogni singolo contratto secondo i sottostanti criteri:

Se la produzione 2025 è inferiore al 90% del budget nell'anno – il 50% della ipoproduzione riscontrata potrà essere sottratta nel budget 2026.

A seguito dei risparmi conseguiti dalle riduzioni applicate di cui al paragrafo precedente sarà possibile applicare storicizzazioni di iperproduzione nella misura proporzionale alle risorse disponibili secondo criteri analoghi a quanto indicato per le strutture sociosanitarie.

Sono escluse dal processo di rideterminazioni gli enti gestori oggetti di nuove contrattualizzazioni nel 2025.

A seguito degli impatti derivanti dalle rideterminazioni di cui sopra saranno riviste le assegnazioni per le ATS in sede di assestamento.

8.8.9. Ulteriori determinazioni

Il tetto per la remunerazione delle assenze a carico del FSR massimo di 20 giorni annui per utente per le RSA, RSD, CDD, CDI, CSS, Ciclo Diurno Continuo (Riabilitazione), SRM, servizi residenziali e semiresidenziali per le dipendenze è rideterminato in 30 giorni/anno per tener conto delle sempre maggiori esigenze legate alla compromissione/multi cronicità degli ospiti e per facilitare ulteriormente i percorsi di rientro in famiglia.

Il limite di assenze remunerabili con oneri a carico del FSR può essere incrementato sino ad un massimo complessivo di 50 giorni su base annua, unicamente se preventivamente indicato nell'ambito del Progetto Individuale/Educativo Individuale/Pri oltre che nelle RSD e nei CDD anche nei CDI e Ciclo Diurno Continuo (Riabilitazione).

Restano confermate le ulteriori previsioni in materia di trattamento delle assenze a carico così come riepilogate nella DGR n. 2672/2019 e s.m.i..

8.9. Flussi sociosanitari

8.9.1. Rilevazione dell'utenza in solvenza

Secondo le disposizioni vigenti in materia di accreditamento, anche per l'anno 2026 si conferma l'obbligatorietà del debito informativo a carico delle strutture erogatrici attraverso i flussi informativi sociosanitari vigenti, anche per le strutture solo accreditate (intendendosi le strutture anche solo accreditate ovvero le strutture contrattualizzate in presenza di posti/prestazioni solo accreditate), sia a carico dell'FSR che in regime di solvenza.

Nel 2026 tale rilevazione viene estesa alla rete d'offerta sociosanitaria dei consultori familiari e della riabilitazione ex art. 26 prevedendo le seguenti reti d'offerta:

- Residenziale:
  - RSA – flusso SOSIA
  - Cure palliative Hospice – flusso CP
  - Cure Intermedie INT – flusso SDOFAM
  - Servizio residenziale terapeutico riabilitativo per minori SRM – flusso SDOFAM
  - RSD e CSS - SIDIWeb
- Semiresidenziale:
  - CDI – flusso CDI
  - CDD – SIDIWeb
- Altre reti:
  - Consultori familiari – flusso CONS
  - Riabilitazione ex art. 26 – flusso RIAFAM

Il flusso economico FE, per le reti d'offerta che lo prevedono, essendo un flusso di natura amministrativa finalizzato alla valorizzazione della produzione erogata, resta un debito informativo in capo ai soli erogatori contrattualizzati, comprendendo l'obbligo della rilevazione dell'assistenza erogata sia su posti a contratto che su eventuali posti solo accreditati.

8.9.2. Obiettivo di PNRR M6C2 1.3.2 "adozione da parte delle regioni di 4 nuovi flussi informativi nazionali"

In continuità con quanto previsto dal sub-investimento 1.3.2 "Adozione da parte delle Regioni di 4 nuovi flussi informativi nazionali (Consultori di Famiglia, Ospedali di Comunità, Servizi di Riabilitazione Territoriale e Servizi di Cure Primarie)" della Missione 6 "Salute" – Componente 2 del PNRR, Regione Lombardia con Decreto della DG Welfare n. 13092 del 25/09/2025 i due decreti ministeriali del 4/8/2025, pubblicati rispettivamente sulle Gazzette Ufficiali Serie Generale n. 202 del 1/9/2025 e n. 215 del 16/9/2025, che istituiscono i restanti due nuovi flussi informativi nazionali, e precisamente:

- Sistema informativo dell'assistenza primaria (SIAP), per la rilevazione di prestazioni di cure primarie erogate da medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta;
- Sistema informativo degli ospedali di comunità (SIOC), per il monitoraggio delle attività erogate dagli ospedali di comunità.

Con l'adozione dei decreti ministeriali sopra richiamati sono stati forniti i disciplinari tecnici e le modalità operative per l'implementazione a livello regionale dei due nuovi flussi informativi nazionali. Entrambi i sistemi informativi dovranno essere alimentati a decorrere dal 2026. Sono attualmente in corso le attività propedeutiche per la valutazione degli impatti tecnici-organizzativi e di processo correlati all'attuazione dei due nuovi flussi a livello regionale.

Per quanto riguarda il flusso SIOC, sulla base di una prima analisi del disciplinare tecnico e delle specifiche di dettaglio, si anticipa che, tra le informazioni da rendicontare per l'evento di ricovero, sono previste a titolo esemplificativo ma non esaustivo le seguenti informazioni che al momento non vengono rilevate/gestite dal flusso regionale degli Ospedali di Comunità (ODC):

- Valutazione ADL misurato all'ingresso in struttura, secondo la scala "Indice di Barthel modificato";
- Valutazione ADL misurato al momento della dimissione dalla struttura, secondo la scala "Indice di Barthel modificato";
- Diagnosi con sistema classificatorio ICD10–IM. Per il 2026 sarà consentita provvisoriamente la classificazione ICD9-CM ma, a partire dal 2027, i conferimenti dovranno avvenire solo in ICD10-IM/CIPI;
- Codice procedura/procedura principale: Per il 2026 sarà consentita provvisoriamente la classificazione ICD9-CM ma, a partire dal 2027, si dovrà adottare il sistema classificatorio CIPI (Classificazione Italiana delle Procedure Interventistiche);
- Giornate di assenza temporanea durante il ricovero.

Seguiranno indicazioni per procedere con l'aggiornamento dei sistemi regionali nel rispetto dei tempi di trasmissione previsti a livello nazionale.

8.9.3. Prestazioni da remoto – Consultori, RSA aperta e riabilitazione ambulatoriale (ex art 26)

Nelle more della messa a sistema del processo di erogazione in modalità di telemedicina di talune prestazioni rientranti nel nomenclatore dei consultori, e nelle more della messa a regime della piattaforma regionale di telemedicina, si garantisce per il 2026 la possibilità di dare continuità all'erogazione di prestazioni in modalità da remoto per i servizi consultoriali come sperimentati durante l'emergenza pandemica. La stessa continuità è garantita per le prestazioni erogate in Rsa aperta e per le attività riabilitative ex art 26. Si confermano le modalità di rendicontazione di tali prestazioni rese in modalità da remoto negli specifici flussi informativi secondo le indicazioni già fornite dagli uffici competenti.

8.9.4. Aggiornamento modalità di rendicontazione e criteri di valorizzazione misura RSA Aperta

A partire dall'anno 2026 la responsabilità della trasmissione del flusso informativo a Regione Lombardia sarà in capo agli Enti Gestori che dovranno garantire la completezza dei dati e l'invio direttamente sulla piattaforma SMAF nel rispetto delle tempistiche regionali. L'ATS continuerà a verificare sul proprio territorio la puntuale trasmissione del flusso informativo da parte degli Enti Gestori, fornendo un'attività di supporto ove necessario, oltre a garantire le altre funzioni previste dalla DGR n. 7769/2018. Seguiranno specifiche note regionali con indicazioni circa le modalità e tempistiche di invio.

Relativamente alla remunerazione della valutazione multidimensionale (VMD), così come definita dalla DGR n. 7769/2018, dall'anno 2026 sarà riconosciuta una sola volta per ogni utente preso in carico dall'Ente erogatore nell'anno solare, indipendentemente dalla continuità del servizio.

Si ribadisce, inoltre, l'impossibilità di sovrapposizione di più prese in carico nella misura RSA Aperta per lo stesso utente nello stesso periodo.

8.9.5. Consultori Familiari - Programmi di promozione della Salute nel Setting Scolastico

Per i Consultori familiari che – d'intesa con le ATS – aderiscono all'implementazione dei Programmi "LifeSkills Training", "Unplugged" e "Tra Pari" nel setting scolastico anche per l'anno 2026 è consentita, senza variazioni di budget, la rendicontazione degli interventi previsti, rivolti a Dirigenti Scolastici e Insegnanti, con le specifiche modalità di rendicontazione che verranno comunicate in seguito a valle del processo di ridefinizione del nuovo nomenclatore dei Consultori familiari ai sensi della DGR n. 3720/2024.

8.9.6. Nuovo sistema informativo nazionale per le dipendenze

A decorrere dal 1° gennaio 2025 ha preso avvio il nuovo Sistema informativo sanitario per le dipendenze (SIND) istituito dal D.M. 29 dicembre 2023, pubblicato sulla G.U. Serie generale n. 42 del 20/02/2024. In esecuzione alla nuova regolamentazione nazionale è stato aggiornato il tracciato regionale per conferire i dati delle attività del 2024 secondo la tempistica di rilevazione annuale (entro il 31 marzo dell'anno successivo a quello di riferimento) così come prevista dal D.M. 29 dicembre 2023. È in corso l'adozione di un nuovo Decreto Ministeriale per recepire modifiche al citato decreto del Ministro della salute 29 dicembre 2023 ed in particolare la modifica dei tempi di trasmissione del Sistema informativo nazionale per le dipendenze (SIND). Sulla base dello schema del nuovo decreto, in attesa di prossima adozione, è previsto che, a decorrere dal mese di gennaio 2027, il conferimento delle informazioni relative al flusso informativo "strutture" e al flusso informativo "attività" dovrà avvenire con cadenza trimestrale. A tal fine, in considerazione della futura medesima tempistica di rilevazione trimestrale, si procederà ad avviare un'analisi di fattibilità per la realizzazione di un flusso informativo regionale unico che raccolga i dati attualmente rilevati separatamente tramite i flussi AMB-Dipendenze e Sind.

8.9.7. Sistema informativo delle cure domiciliari

A partire dall'anno 2026, allo scopo di intraprendere un percorso che garantisca maggiore tempestività nell'acquisizione dei dati, valutata positivamente la sperimentazione avviata dal 2024 nell'ATS di Brescia con l'invio diretto da parte degli Enti Gestori dei tracciati completi Siad e FE4 tramite la piattaforma SMAF, si estende il medesimo modello di gestione diretta dei flussi Siad ed FE4 al resto del territorio regionale. Dal 2026, pertanto, la responsabilità della trasmissione dei flussi informativi Siad ed FE4 a Regione Lombardia sarà in capo agli Enti Gestori pubblici e privati che dovranno garantire la completezza dei dati e l'invio direttamente sulla piattaforma SMAF nel rispetto delle tempistiche regionali. L'ATS continuerà a verificare sul proprio territorio la puntuale trasmissione del flusso informativo da parte degli Enti Gestori, fornendo un'attività di supporto ove necessario.

Per l'anno 2026 viene confermata la rendicontazione nei poli territoriali ASST dei livelli di produzione tramite il flusso ADP-IFEC che dovrà prevedere le seguenti casistiche di erogazione:

- Prestazioni domiciliari rese nell'ambito del progetto sorveglianza domiciliare (PSD)
- ADP
- Vaccinazioni erogate al domicilio da MAP/PLS per pazienti di età 65+ anni
- Altri servizi domiciliari a persone fragili over 65 ex DGR n. 4891/2025 tra cui anche le attività dei TRRD laddove attivato.

Si conferma inoltre la possibilità di rendicontare l'attività degli IFeC nel flusso SIAD qualora la stessa sia completamente riconducibile alle regole previste per l'UdO C-Dom ai sensi della DGR 6867/2022 e s.m.i.

Il Flusso ADP-IFEC continuerà ad essere inviato a Regione Lombardia dalle ASST attraverso la piattaforma SMAF.

Nel corso del 2026 verranno valutati eventuali sviluppi finalizzati a semplificare le modalità di rendicontazione delle attività dell'IFeC.

Per tutti i flussi sopra richiamati seguiranno specifiche note regionali con indicazioni circa le modalità e tempistiche di invio.

8.9.8. Indicazioni per C-DOM - Maggiorazione del 10% dei percorsi di 30/60/90 gg su base mensile

La DGR 6867/2022 aveva introdotto un meccanismo forfettario per la remunerazione dei percorsi finalizzato a riconoscere un margine minimo di flessibilità rispetto alle situazioni standard previste dai protocolli (10%).

Per assicurare la programmazione di percorsi di durata oltre il mese, tale meccanismo era stato parzialmente modificato con DGR 715/2023: era stato infatti introdotto il riproporzionamento delle soglie di accessi consentiti in funzione della durata effettiva del percorso prevedendo che, in caso di superamento delle soglie riproporzionate, fosse riconosciuto al percorso una quota forfait pari al 10% del valore del percorso su base mensile.

In relazione alla necessità di programmare una frequenza di accessi costante per tutte le settimane del mese, evitando meccanismi che possano scoraggiare tale obiettivo, fermo restando il meccanismo di riproporzionamento delle soglie ex DGR n. 715/2023, a decorrere dal 2026 la quota forfait del 10% del valore del percorso su base mensile è riconosciuta, qualora si verifichino le condizioni di oltre soglia, per ciascun mese del percorso.

Resta inteso che il 10% è un meccanismo per gestire la straordinarietà programmabile, che tuttavia non comporta un'alterazione della classificazione dell'utente: se invece il fabbisogno dell'utente si dovesse modificare sistematicamente è necessario procedere alla rivalutazione. Se la rivalutazione dovesse confermare la precedente classificazione il gestore deve provvedere a erogare un numero di accessi coerente con la valutazione.

8.9.9. Flusso "Domanda di servizi"

Dall'anno 2026 si valuterà l'attivazione di un debito informativo, a carattere sperimentale, diretto alla rilevazione dei dati sulla domanda di servizi in Lombardia in forma anonima, ovvero delle richieste dei cittadini in attesa di inserimento (Liste di attesa) per le unità d'offerta sociosanitarie residenziali e semiresidenziali relativamente alle aree anziani e disabili.

Seguiranno indicazioni regionali specifiche circa i dettagli del nuovo tracciato, le relative tempiste e modalità di invio.

8.10. Ulteriori determinazioni

8.10.1. Prosecuzione modello sperimentale di gestione del servizio di tutela dei minori

In continuità con le determinazioni di cui alla DGR n. XI/4773/2021, è, inoltre, autorizzata la prosecuzione del modello sperimentale di gestione del servizio di tutela dei minori attuato tra ASST

della Valtellina e Alto Lario e gli Ambiti territoriali afferenti al territorio della stessa ASST, fondato sull'integrazione strutturata tra ASST e Uffici di Piano nel rispondere alla domanda di tutela dei minori su un territorio caratterizzato da peculiare complessità territoriale nell' accessibilità ai servizi, tenuto conto dei livelli di dispersione delle persone sia in termini spaziali che altimetrici che qualificano il relativo territorio.

8.10.2. Prosecuzione interventi relativi ai Modelli innovativi (DGR n. 4481/2025)

Per il 2026 si prevede la possibilità per le ATS di scorrere l'eventuale graduatoria approvata ai sensi della DGR 4481/2025 se presente oppure una ulteriore pubblicazione degli avvisi qualora vi fossero risorse non assegnate tenuto conto delle medesime modalità attuative previste con la DGR n. 4481/2025.

9. INTERVENTI AREA SALUTE MENTALE

9.1. Psichiatria e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza

9.1.1. Potenziamento dei servizi ospedalieri e territoriali di NPIA

Per garantire la migliore presa in carico dei disturbi psichiatrici nei preadolescenti e adolescenti e prevenire e gestire le emergenze comportamentali in un'ottica di percorsi mirati e integrati di cura tra territorio e ospedale, ogni ASST/IRCCS dovrà attivare nella propria UONPIA un Nucleo Funzionale per la acuzie psichiatrica in preadolescenza e Adolescenza (NF APA), finalizzato alla gestione di interventi intensivi. Ciascun NF APA dovrà essere dotato di una equipe per gli interventi intensivi, adeguatamente dimensionata per il bacino di utenza territoriale (si consideri come riferimento minimo per 100.000 abitanti 0-18 anni 3 medici NPIA, 3 psicologi, 1 assistente sociale, 8 educatori professionali/TERP/infermieri, 0,5 amministrativo) e dovrà essere composta almeno da 1 medico NPIA, 1 psicologo psicoterapeuta, 1 educatore professionale, 1 tecnico della riabilitazione psichiatrica, 1 assistente sociale. Tale equipe agirà una presa incarico precoce al fine di prevenire la crisi acuta, limitare il ricorso al ricovero ospedaliero e gestire un inserimento residenziale quando necessario. Dovrà affiancare/supportare gli interventi in PS e il ricovero ospedaliero, garantendo i passaggi di continuità di cura nei vari livelli di intensità di intervento nonché facilitare le dimissioni dall'ospedale verso il territorio, anche raccordandosi con le COT. Ove necessario, gestirà e supporterà la transizione verso i servizi per l'età adulta. I NF APA delle diverse ASST/IRCCS agiranno in rete tra loro tramite un coordinamento regionale stabile (network regionale NF APA), sul modello di quanto già attivato per l'autismo e i disturbi specifici di apprendimento.

Si stanziano per l'arruolamento con contratti atipici del personale dedicato alle equipe per gli interventi intensivi dei NF APA e delle NPIA delle ASST/IRCCS HUB sino a 15 milioni di euro di FSR.

9.1.2. Potenziamento della rete d'offerta dei Servizi residenziali in NPIA

Tramite il Decreto di Assestamento 2025 n. 14529 del 17/10/2025 sono state assegnate alle ATS le risorse del riparto di 5 milioni di euro per il potenziamento della rete residenziale di NPIA – DGR n. XII 3720/2024.

Le quote, comunicate alle ATS con nota prot. G1.2025.0041545 del 23/10/2025 sono state determinate per favorire nuove contrattualizzazioni da effettuare entro il 30 giugno 2026, per un massimo di 10 pl. nei territori delle ATS con indice attuale di posti letto disponibili per 10.000 abitanti marcatamente sotto la soglia regionale e privi di posti letto solamente accreditati (ATS Milano, ATS Montagna, ATS Bergamo e ATS Brescia). Tali ATS dovranno garantire l'accreditamento alle nuove strutture residenziali di NPIA che ne fanno richiesta entro e non oltre il 31 marzo 2026 a cui faranno seguito procedure di evidenza pubblica per la contrattualizzazione dei nuovi posti letto. Per le altre ATS, con un indice prossimo all'indice regionale o sopra soglia, sono state assegnate risorse per contrattualizzare 4 pl di strutture di NPIA nel territorio di ATS Brianza e 2 pl per i territori di ATS di Pavia, Valpadana e Insubria tra quelli attualmente solo accreditati, a seguito di procedura a evidenza pubblica da espletare entro il termine del 30 giugno 2026.

Le quote finalizzate entro il 31 marzo 2026 potranno già essere inserite nei contratti del 2026 altrimenti andranno a incremento budget successivo alla sottoscrizione.

Eventuali risparmi derivanti da quote assegnate dalla presente manovra ma non finalizzate entro il termine del 30 giugno 2026 saranno oggetto di valutazione per diverso utilizzo.

A seguito dei lavori del tavolo tecnico "RICOSTITUZIONE DEL TAVOLO TECNICO DELLA RETE SEMIRESIDENZIALE E RESIDENZIALE DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE E CONTESTUALE NOMINA DEI COMPONENTI" n. 4792 del 04/04/2025, previsto dalla DGR n. XII/3720 del 30/12/2024, anche al fine di ridefinire i requisiti clinici, gli aspetti organizzativi e gestionali per l'ammissione ai posti

d’offerta residenziale terapeutica per l’emergenza, si definisce l’avvio di una esperienza pilota di posti ad Altissima Intensità Clinica, finalizzati alla gestione di minori con disturbi psichici severi ad elevata complessità (compresi i disturbi della condotta e i casi di pericolosità sociale).

È prevista l’attivazione di posti ad Altissima Intensità Clinica dislocati presso le strutture già accreditate in Regione Lombardia che si sono rese disponibili, con una capienza da 1 a 3 posti per struttura (CUDES), fino ad un massimo di 33 posti sull’intero territorio regionale, comprensivi degli attuali posti già attivi come posti d’emergenza. A tal fine, si ridefinisce l’utilizzo del posto di emergenza già esistente (ai sensi della DGR n. XI/7752/2022), che diventa posto ad altissima intensità clinica riservandolo alla stabilizzazione di pazienti NPIA in condizioni cliniche di sub-acuzie (es. dimissioni da reparto ospedaliero, ingressi dal domicilio in situazioni emergenziali gestibili non in degenza ospedaliera) o con necessità di collocamento terapeutico per gravità clinica accertata. I posti ad Altissima Intensità Clinica prevedono percorsi di durata non superiore a mesi 6; devono garantire, oltre ai requisiti già previsti dalla DGR n. XI/7752 del 28 dicembre 2022, un incremento pari a 180 minuti/paziente/settimana per 6 giorni alla settimana di psicologo psicoterapeuta, anche con funzione di supervisione all’equipe. La tariffa dedicata ai posti ad altissima intensità clinica è pari ad euro 310/die. Per sostenere l’incremento tariffario dei posti ad altissima complessità clinica, si impegnano risorse aggiuntive di FSR per il 2026 sino a 400.000 euro.

Inoltre, al fine di adattare i requisiti autorizzativi e di accreditamento relativi al personale alle esigenze dei minori ospiti delle strutture residenziali di NPIA, tenuto conto anche della difficoltà del reperimento di alcune specifiche figure professionali in ambito sanitario, si prevede di rivedere i requisiti di accreditamento della DGR XI/7752/2022 sotto riportati. Per quanto riguarda il raggiungimento del requisito OSRET07, concorrono anche le figure del medico neuropsichiatra e dello psicologo psicoterapeuta, all’interno del dovuto previsto dai requisiti OSRET05 e OSRET06.

In dettaglio, per garantire la necessaria flessibilità nell’utilizzo del personale e, al contempo, rispondere in modo adeguato alle esigenze cliniche dell’utenza, si precisa che, relativamente ai requisiti OSRET07, OSRET08 e OSRET09 della Macroattività “Struttura residenziale terapeutico-riabilitativa”, a partire dal 1° gennaio 2026 le strutture dovranno assicurarne l’assolvimento all’interno del computo orario mensile e non più settimanale. Tale flessibilità sarà ammissibile solo se adeguatamente documentata, indicando le motivazioni che hanno reso necessario un diverso impiego delle risorse. A titolo esemplificativo:

- riduzione del minutaggio nei giorni feriali, in cui la maggior parte dei ragazzi frequenta la scuola e non necessita di interventi;
- incremento del minutaggio nel tardo pomeriggio e nei fine settimana, per organizzare attività riabilitative e risocializzanti nei momenti maggiormente a rischio di “vuoto”;
- aumento del minutaggio nelle fasi di instabilità clinica degli utenti e relativa riduzione nei periodi di maggiore stabilità.
- Si riportano di seguito le diciture aggiornate dei requisiti citati:

OSRET07	ACC	Nella struttura è garantita la presenza di personale die/settimana, per ciascun utente, che garantisca 10640 minuti mese/paziente, considerando il mese tipo di 4 settimane, tenendo conto anche di quanto previsto dal requisito OSRET05 e OSRET06?
OSRET08	ACC	Il 60 % del tempo del totale di 10640 minuti mese/paziente è garantito da: infermiere, educatore professionale (Classe di laurea L/SNT2), tecnico della riabilitazione psichiatrica, terapista della neuropsicomotricità dell’età evolutiva (TNPEE), logopedista, fisioterapista, terapista occupazionale, medico specialista o psicologo psicoterapeuta?
OSRET09	ACC	Il 40 % del tempo del totale di 10640 minuti mese/paziente è garantito da: OSS, assistente sociale, altre figure psico-socio-educative, operatore di supporto alle attività della struttura residenziale, compresa la presenza di soggetti esterni per l'esecuzione delle attività (istruttori, maestri d'arte, ecc.)?

Seguirà nel corso del primo trimestre 2026 l’aggiornamento del sistema SIGAUSS.

Nelle more della conclusione dei lavori del tavolo tecnico attivo, restano invariati gli altri requisiti disposti con DGR n. XI/7752/2022 e con DGR n. XII/3720/2024. Le suddette modifiche, da intendersi in prima applicazione all'interno del progetto pilota, saranno monitorate dal gruppo di lavoro sopra citato.

9.1.3. Autismo e altri disturbi del neurosviluppo

Nel corso del 2025 è stata data attuazione ai due Progetti sostenuti con il Fondo Nazionale Autismo - Diapason e Autinca – il primo terminato il 31 marzo 2025 ed il secondo con termine il 31 marzo 2026.

Tali progetti hanno sostenuto l'attuazione delle linee programmatorie indicate dal Piano Operativo Regionale Autismo, approvato nel 2021 ed aggiornato nel 2024, con particolare riferimento al percorso di presa in carico strutturando nelle ASST/IRCCS coinvolti una rete di servizi dedicati ed interconnessi nell'ottica della continuità long life.

Alla luce di tali elementi si ritiene di sostenere il consolidamento e lo sviluppo della suddetta rete sull'intero territorio regionale, dedicando a tal fine specifiche risorse del FSR.

Nel merito si rileva che dai dati del monitoraggio delle risorse consumate dalle 27 ASST/IRCCS coinvolti nei due progetti nel periodo gennaio 2024- marzo 2025, è risultato un fabbisogno medio di 7.600,00 euro mensile per singolo Ente per un totale complessivo pari a circa 2,5 milioni di euro/anno.

Si procederà con successivo atto a determinare la quota da assegnare ai singoli Enti garantendo in ogni caso continuità alle azioni avviate con i suddetti progetti.

Tale azione servirà a sostenere altresì la continuità del Progetto sperimentale "Autismo: dall'analisi territoriale al progetto di Vita" approvato con DGR n. XI/5213 del 13/09/2021 e realizzato sul territorio di ASST Crema.

Sempre nell'ambito dei due progetti regionali Diapason ed Autinca sono state sviluppate due azioni mirate a specifiche aree tematiche e nel dettaglio:

Diagnosi Precoce

Il Piano Operativo Regionale Autismo ha indicato tra gli obiettivi principali lo sviluppo di un sistema che sostenga la precoce identificazione e un tempestivo accesso ai servizi sanitari e sociosanitari dei bambini con ASD.

A tal fine il POA 2021 ha sostenuto l'introduzione di un processo di screening sulla popolazione generale al V bilancio di salute (il periodo più idoneo per i processi di screening sulla popolazione generale è quello compreso tra i 18 e i 24 mesi di età), nell'ottica di un rafforzamento della capacità di individuazione precoce e della successiva conferma diagnostica.

Nell'ambito delle attività sviluppate, è stato definito ed implementato un percorso di sorveglianza attiva per i disturbi del neurosviluppo nel corso dei bilanci di salute con la creazione di una rete di raccordo tra Pediatri di Libera Scelta, Nuclei funzioni Autismo delle UONPIA e Nuclei Funzionali Autismo sovrazonali. Tale lavoro è esitato nel consolidamento dello screening per l'ASD al V bilancio di salute tramite la CHAT, eseguita su specifica piattaforma web, è divenuto una prassi diffusa su tutto il territorio regionale che contribuisce ad anticipare l'età in cui viene effettuata la diagnosi e conseguentemente facilitare una presa in carico tempestiva dei bambini con ASD nei servizi di NPIA.

L'attuazione di tale linea di attività è stata affidata all'IRCCS Eugenio Medea – Associazione La Nostra Famiglia – in quanto Centro Pivot del Network Italiano per il riconoscimento precoce dei Disturbi dello spettro Autistico (NIDA) individuato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) per Regione Lombardia.

Al fine di sostenere il consolidamento e lo sviluppo del percorso sopra delineato, si ritiene di confermare il suddetto Centro Pivot quale referente per le azioni previste dal Piano Operativo Regionale Autismo a valere sull'intero territorio regionale, destinando un totale annuo di risorse del FSR sino a 350.000 euro.

Emergenze comportamentali

Il Piano Operativo Regionale Autismo ha individuato quale tematica core le emergenze comportamentali, attivando diverse azioni finalizzate alla costituzione della rete regionale per il riconoscimento, l'intervento tempestivo e l'appropriata gestione delle emergenze comportamentali come successivamente indicato dalle Linee per l'utilizzo del fondo Nazionale Autismo 2023-2024.

Nell'ambito delle attività sviluppate, è stato attivato un Centro specifico per il ricovero per persone con ASD con gravi disturbi del comportamento presso la Fondazione Istituto Ospedaliero di Sospiro (CR). Tale Centro è stato individuato in quanto già attivato per il medesimo scopo dal livello nazionale nel 2018 con il Progetto Meglio Accogliere, Accogliere Meglio – MAAM ed è stato confermato anche nella progettualità nazionale per il Fondo Autismo 2023-2024.

Tale Centro ha fornito un percorso per la gestione di persone con ASD a basso funzionamento e con gravi disturbi del comportamento (ricoverate in SPDC, inserite in strutture residenziali o a domicilio)

Con interventi residenziali mirati della durata di circa 6 mesi unitamente alla formazione ed all'affiancamento degli operatori e dei servizi invianti per un periodo di 6 mesi post dimissione, nell'ottica di garantire il consolidamento dei risultati ottenuti e l'estensione ad altre unità di offerta delle competenze nella gestione delle gravi emergenze comportamentali nelle persone con autismo a basso funzionamento.

Il monitoraggio delle azioni intraprese e dei risultati conseguiti ha rilevato che il Centro, accogliendo n. 9 persone nel periodo febbraio 2024 – marzo 2025 con n. 4 percorsi conclusi, è risultato servente all'intero territorio regionale per la gestione di tale specifica problematica.

Alla luce di tali elementi si ritiene di sostenere il consolidamento e lo sviluppo della rete regionale per le emergenze comportamentali identificando il suddetto Centro quale servizio di TERZO livello che, in coerenza con le linee ISS per il Fondo ASD 2023-2024- è un servizio residenziale con un *alto livello di specializzazione*, ha l'obiettivo di accogliere la persona con autismo con gravi disturbi comportamentali, per un massimo di 12 mesi ed orienta il suo lavoro su 3 diversi vettori:

- inquadramento diagnostico di potenziali comorbilità psichiatriche o internistiche e indagine sulle funzioni del comportamento;
- trattamento integrato (comportamentale e farmacologico) per ridurre la frequenza, l'intensità e la durata del comportamento e permettere la dimissione verso altri contesti abitativi e la conseguente ripresa della realizzazione del progetto di vita;
- dimissione assistita che prevede la formazione e la supervisione dei contesti abitativi che accoglieranno la persona al momento della dimissione.

In considerazione del livello di intensità degli interventi erogati dal Centro ed in applicazione dei Lea – art 34 "Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità", si prevede che gli inserimenti presso il Centro siano a totale carico del FSR.

A tal fine, considerato un totale annuo di 10 inserimenti con una durata media di 6 mesi, sono destinate un totale annuo di risorse del FSR sino a 1.561.100 euro.

Al fine di sostenere il percorso per le persone con gravi disturbi del comportamento si conferma quanto già previsto dalla DGR 3720/2024 in ordine al mantenimento del riconoscimento della tariffa die all'UdO sociosanitaria di provenienza RSD/CSS/CDD della persona per il periodo di inserimento nel Centro.

Alla luce di quanto sopra, per la piena attuazione del Piano Operativo Regionale Autismo sono destinate complessivamente risorse di FSR sino a 4.441.100 euro.

Rete Scuola – UONPIA finalizzata all'individuazione precoce degli alunni a rischio di disturbi specifici di apprendimento (DSA) o altri disturbi del neurosviluppo.

Al fine di sostenere un costante miglioramento dell'appropriatezza dei percorsi attivabili a favore delle persone con sospetto DSA a partire dall'intercettazione precoce, nel corso del 2026 si prevede di effettuare una prima analisi dell'impatto del percorso attuativo del Progetto Indaco, con Ente

coordinatore ASST Sette Laghi, nonché del contestuale lavoro da parte del network regionale dei NF DSA, anche al fine di definire future linee evolutive.

Nel 2026 prosegue altresì il lavoro con il Gruppo Tecnico DSA ATS ed il monitoraggio annuale delle attività di prima certificazione diagnostica DSA da parte delle ASST/IRCCS, degli Enti accreditati e delle Equipe private autorizzate da trasmettere alle ATS territorialmente competenti, secondo i tempi e le modalità riportate nelle indicazioni che verranno fornite dalla Struttura competente della DG Welfare. Le ATS sono chiamate a verificare la completezza e l'accuratezza dei dati.

9.1.4. Stabilizzazione del Progetto Rafforzamento DSM

Riconoscendo la necessità di confermare l'impegno attivato nei servizi territoriali della Salute Mentale in ragione del progetto "Rafforzamento DSM" di cui alla DGR XII/3720/2024, le quote assegnate alle singole ASST/IRCCS per il 2025, vengono confermate anche per il 2026 e stabilizzate da tale anno. Le finalità con cui il fondo potrà essere utilizzato rimangono le attività già declinate relative al tema pazienti autori di reato/misure di sicurezza e riduzione della contenzione, realizzate attraverso il reclutamento del personale, e in quota parte alla formazione del personale su questo specifico tema. L'attività di rafforzamento potrà inoltre comprendere altre iniziative su bisogni emergenti (ad es. ADHD).

A decorrere dal 2026 il progetto "Rafforzamento" sarà gestito analogamente ai Programmi e Progetti Innovativi.

Si indica pertanto agli enti di dare continuità alle attività avviate per la cui rendicontazione saranno date specifiche indicazioni in successivi provvedimenti.

9.1.5. ADHD adulti

Ogni DSMD deve garantire l'attestazione diagnostica e il trattamento per l'ADHD in età adulta.

I DSMD, infatti, vengono riconosciuti da Regione Lombardia come organizzazioni abilitate all'attestazione diagnostica e alla prescrizione dei trattamenti.

Dal 1° gennaio 2026 sarà introdotto il Piano terapeutico online che sostituirà il registro AIFA. All'interno di ogni DSMD dovrà essere identificato almeno un referente abilitato all'accesso al portale dei PT online secondo modalità organizzative definite dai singoli Dipartimenti, ma che consentano sia agli utenti afferenti ai Centri psicosociali, sia a quelli afferenti ai Servizi per le Dipendenze, di accedere ai trattamenti farmacologici dedicati.

All'interno di ogni DSMD, per favorire lo sviluppo e la diffusione delle competenze in merito all'ADHD in età adulta, dovrà essere avviata una specifica formazione coordinata dal GAT ADHD adulti.

9.1.6. Programmi di Accompagnamento post Dimissione (PAD) di NPIA, Programmi Domiciliari integrati (PDI) di NPIA e di Psichiatria

I Programmi Domiciliari Integrati riconosciuti in regione Lombardia nell'area della Salute Mentale prevedono una dimensione di vita autonoma e per questo connotata in fascia di età superiore ai 18 anni. Richiamato quanto già previsto dalla DGR n. XII/3720/2024, con decorrenza 1° gennaio 2026, per l'area della NeuroPsichiatria Infanzia e Adolescenza, vengono attivati:

- PAD Programmi di Accompagnamento post Dimissione
- PDI Programmi Domiciliari Integrati (così come già previsto per l'età adulta con ex DGR n. 4221/2007, 7861/2008 e s.m.i. fino all'ultima DGR n. 2966 del 5 agosto 2024) riconoscendo la peculiare attività di accompagnamento alla dimissione dalle SRT con rientro al domicilio che ha come obiettivo il mantenimento della permanenza a casa e l'inserimento del minorenne nella propria dimensione di vita e sociale, identificando inoltre la possibilità che alcuni giovani raggiunta la maggiore età possano essere collocati in condizioni abitative condivise attraverso una progettualità individuale specifica.

Per il 2026 è riconfermato un impegno economico complessivo massimo di 1,38 milioni di euro. Le disposizioni per l'assegnazione dell'impegno economico, l'attivazione e realizzazione dei PAD e PDI della NeuroPsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza sono ricondotte a successivi provvedimenti.

Si riconferma, inoltre, l'impegno a definire specifiche indicazioni per il miglioramento dell'appropriatezza dei percorsi residenziali adulti e favorire il reinserimento sociale, per i quali sono stanziati sino a 1,38 milioni di euro per nuovi PDI nell'area Psichiatria, come stabilito dalla DGR N. 4221/2007 e modifiche (DGR n. 2966 del 5 agosto 2024).

9.1.7. Budget di Salute

L'introduzione dei programmi di budget di salute si realizza alla conclusione di una positiva fase sperimentale che ha coinvolto le ASST Santi Paolo Carlo e ASST Franciacorta (ex DDGR n. XI/1046/2018 e n. XI/2672/2019 e n. XI/4473/2021). I programmi di budget di salute uniscono il percorso di cura e il progetto di vita della persona sulla base delle valutazioni condotte in tutti gli assi di intervento: casa/habitat, formazione/lavoro, socialità e apprendimento, espressività e comunicazione.

Per quanto concerne gli interventi sanitari/sociosanitari erogati dai servizi della salute mentale, i programmi di BdS sono identificati per classi di intensità e trovano medesima classificazione nel SIPRL. Al fine di uniformare la rendicontazione, ridurre la frammentazione dei programmi a favore dell'utenza previsti per i servizi di Psichiatria degli adulti e alla luce delle specifiche caratteristiche, mantenendo invariato il processo di attivazione e il loro funzionamento, nel corso del 2026 la Classe di Programmi Domiciliari Integrati viene assimilata al Budget di Salute. Si rammenta a tal proposito che i Programmi Domiciliari Integrati prevedono la collocazione dell'utente in dimensioni abitative normate da precedenti atti (DGR n. 4221/2007, DGR n. 7867/2008, DGR n. 1827/2024, DGR n. 2966/2024) mentre i programmi di BdS di nuova istituzione sono pacchetti di prestazioni erogabili in qualunque dimensione residenziale domestica (non strutture residenziali).

I BdS saranno pertanto così distinti:

- Classe di Budget di Salute PDI
- Classe Budget di Salute ad Alta intensità
- Classe Budget di Salute a Media intensità
- Classe Budget di Salute a Bassa intensità

Nella componente sanitaria e per quanto di competenza dell'area della Salute Mentale di Psichiatria, le prestazioni di BdS sono rese nell'ambito dell'attività ordinaria delle Unità Operative di Psichiatria pubbliche e degli enti privati accreditati a contratto all'interno della disponibilità del budget già contrattualizzato. Le Classi di Budget di Salute verranno regolamentate con successivo provvedimento e rendicontate attraverso il Sistema Informativo della Psichiatria (SIPRL).

9.1.8. Struttura Residenziale Psichiatrica-Riabilitativa Forense - SRP-RF (EX SLIEV)

La DGR n. XII/1827 del 31/01/2024 ha stabilito la ripresa del percorso di accreditamento della struttura per l'Esecuzione delle misure di sicurezza in regime di licenza esperimento e per l'esecuzione penale esterna della libertà vigilata (cosiddetta SLIEV) di Castiglione delle Stiviere, utilizzata sin dalla sua realizzazione (precedente alla legge 9/2012) quale struttura intermedia da e verso il territorio.

Il tavolo di lavoro avviato con tale scopo ha esteso il lavoro all'attuale contesto che rileva la cogente necessità di potenziare l'offerta residenziale per i pazienti con diagnosi psichiatrica e coinvolti in vicende giudiziarie. Con specifica DGR verranno riconosciuti i requisiti di accreditamento della tipologia Struttura Residenziale Psichiatrica-Riabilitativa Forense (SRP-RF) che in prima istanza vede l'accreditamento della ex SLIEV.

È rinnovato l'impegno delle risorse già destinate con DGR n. XII/1827 del 31/01/2024 fino a 1,10 milioni di euro di FSR destinate per implementazione di posti nella SLIEV, in una logica di continuità e prossimità con l'attività esercitata dalla REMS.

9.1.9. Precisazioni ed integrazioni in merito alla DGR n. 4816 del 28/07/2025

In relazione all'allegato 1 della DGR 4816/2025, nello specifico dei dettagliati requisiti minimi autorizzativi e di accreditamento (organizzativi e strutturali specifici) delle macroattività, a carattere residenziale, per pazienti adulti e minori con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (SRP-DNA e SRT-DNA) si integra, per mero errore di mancato accodamento alle tabelle presenti in DGR, rispettivamente per ciascuna macroattività, il requisito sotto riportato:

REQUISITI ORGANIZZATIVI E STRUTTURALI SPECIFICI SRP-DNA

TIPO REQ	CODICE REQUISITO	DESCRIZIONE REQUISITO	U.O.	MACRO ATTIVITA'
ACCR	SSRESDNA05	In ogni struttura è garantita la presenza di un locale per visita medica, un locale per infermeria, oltre a locali da adibire ad atelier, laboratorio, attività riabilitativa, attività di gruppo, in numero adeguato agli ospiti?	Psichiatria	SRP-DNA

REQUISITI ORGANIZZATIVI E STRUTTURALI SPECIFICI SRT-DNA

TIPO REQ	CODICE REQUISITO	DESCRIZIONE REQUISITO	U.O.	MACRO ATTIVITA'
ACCR	SSRESDNA05	In ogni struttura è garantita la presenza di un locale per visita medica, un locale per infermeria, oltre a locali da adibire ad atelier, laboratorio, attività riabilitativa, attività di gruppo, in numero adeguato agli ospiti?	NPIA	SRT-DNA

Inoltre, in relazione al requisito OSRETDNA 06 di NPIA (SRT-DNA) e OSRESDNA06 di Psichiatria (SRP-DNA) "É garantita la presenza attiva di almeno 16 ore/settimana dal lunedì al venerdì di un medico di area internistica secondo specifica programmazione?" si precisa che per strutture afferenti al medesimo ente che prevedono più strutture allocate nel medesimo edificio deve essere garantita un'assistenza internistica di almeno 40 minuti/paziente/settimana.

REQUISITI ORGANIZZATIVI E STRUTTURALI SPECIFICI SRP-DNA

TIPO REQ	CODICE REQUISITO	DESCRIZIONE REQUISITO	U.O.	MACRO ATTIVITA'
ACCR	OSRESDNA06	É garantita la presenza attiva di almeno 16 ore/settimana dal lunedì al venerdì di un medico di area internistica secondo specifica programmazione? Per enti erogatori unici con più strutture collocate nel medesimo edificio è garantita un'assistenza internistica di almeno 40 minuti/paziente/settimana?	Psichiatria	SRP-DNA

REQUISITI ORGANIZZATIVI E STRUTTURALI SPECIFICI SRT-DNA

TIPO REQ	CODICE REQUISITO	DESCRIZIONE REQUISITO	U.O.	MACRO ATTIVITA'
ACCR	OSRETDNA06	É garantita la presenza attiva di almeno 16 ore/settimana dal lunedì al venerdì di un medico di	NPIA	SRT-DNA

		area internistica secondo specifica programmazione? Per enti erogatori unici con più strutture collocate nel medesimo edificio è garantita un'assistenza internistica di almeno 40 minuti/paziente/settimana?		

Si invitano pertanto le ATS a prevedere tale integrazione nelle istanze di autorizzazione e accreditamento delle suddette strutture.

Inoltre, preso atto e valutata la richiesta pervenuta da ATS Brianza in data 13/11/2025 con nota prot. n G12025.0044.749 si dà seguito alle attività progettuali proposte con un finanziamento sino a 2,5 milioni di euro finalizzato a sviluppare sia attività sperimentali di tipo semi-residenziale dedicate ai disturbi alimentari che una struttura residenziale (SRT-DNA oppure SRP-DNA sulla base delle necessità emerse nel territorio di appartenenza) rispondente ai nuovi requisiti ex DGR n. XII/4816 del 28/07/2025.

9.1.10. RISE

Con la DGR n. XII/4347 del 12/05/2025 hanno preso avvio i lavori nei Servizi Territoriali di Psichiatria (CPS), per i quali, con Decreto n. 14264 del 14/10/2025, sono stati liquidati nella quota del 20% in relazione della proporzione temporale, per la realizzazione di quanto previsto dallo specifico progetto con il coinvolgimento dell'agenzia POLIS per la componente formativa

Alla luce dello specifico atto che verrà emanato entro il 28 febbraio 2026 per l'assegnazione delle successive due annualità previste (massimo di 2,72 milioni di euro per ciascuno degli esercizi 2026/2027), gli enti si impegnano a garantire la continuità dei rapporti di lavoro avviati in ragione della realizzazione del progetto a valenza triennale. Nel 2026 verrà elaborato un primo monitoraggio dei risultati attesi dai due principali pilastri richiamati nella DGR XII/3720/2024.

9.1.11. Finanziamento delle co-progettazioni territoriali in salute mentale e dipendenze

A decorrere dall'anno 2026, è istituito un budget di 6 milioni di euro ripartito presso ciascuna ATS come budget dedicato per quota capitaria finalizzato al sostegno delle attività di co-progettazione, ai sensi del D. Lgs. 117/2017, in materia di salute mentale e dipendenze, in continuità con quanto previsto dalla DGR 3824/2025. Il budget, definito annualmente con deliberazione regionale, è destinato a finanziare interventi innovativi e integrati, realizzati attraverso processi di co-progettazione rivolti ai soggetti del Terzo settore. Potranno inoltre essere coinvolti in un processo di partnership e di rete altri soggetti pubblici e privati tra cui gli Ambiti distrettuali, le ASST e gli IRCCS di diritto pubblico o privato con specifiche competenze sul tema e altri soggetti territoriali rilevanti. Le ATS provvedono a pubblicare una manifestazione di interesse rivolta agli enti del terzo settore, finalizzata a raccogliere proposte di intervento coerenti con i bisogni territoriali emersi nei processi di co-programmazione e con le linee strategiche regionali.

- Le aree prioritarie di intervento comprendono, in particolare:
  - progetti di domiciliarità e soluzioni abitative innovative;
  - percorsi di prevenzione, presa in carico precoce e continuità assistenziale;
  - programmi di inserimento lavorativo e formativo;
  - azioni di supporto a minori, giovani adulti e famiglie;
  - integrazione dei servizi di salute mentale e dipendenze;
  - sperimentazioni territoriali per ridurre lo stigma e favorire inclusione sociale.
- Le ATS garantiscono che i percorsi di co-progettazione siano accompagnati da:
  - la definizione di obiettivi misurabili, indicatori di esito e di impatto;
  - un sistema di monitoraggio e valutazione condiviso con gli attori coinvolti;
  - modalità di governance trasparenti e partecipative.

Regione Lombardia, in sede di monitoraggio annuale, valuta l'efficacia delle azioni realizzate e ridefinisce, ove necessario, la ripartizione dei budget capitari tra le ATS, anche sulla base dei risultati raggiunti e delle specifiche criticità territoriali.

9.2. Dipendenze

9.2.1. Percorso di attuazione della Legge Regionale 23/2020

Sono in corso i lavori di riordino dei servizi ambulatoriali e residenziali per le dipendenze. La riforma, ai sensi della legge 23 del 2020 prevede lo sviluppo di una rete di servizi territoriali, pubblici e privati accreditati che lavorano in sinergia tra di loro, con la possibilità di aprire sedi distaccate agili e focalizzate, per riuscire a rispondere ai bisogni di quelle fasce di popolazione che oggi non trovano risposte sufficienti nei servizi tradizionali (giovani, nuove sostanze, dipendenze comportamentali). Per quanto riguarda i servizi residenziali, si passa da un sistema basato sulla classificazione diagnostica ad uno basato sull'intensità di cura, aggiornando i criteri di accreditamento e le tariffe. Si crea un'area ad alta intensità, che ha requisiti più stringenti in termini di personale sanitario, per rispondere ai bisogni della fascia di popolazione che usa sostanze e che presenta importanti comorbidità (con patologie psichiatriche, ma anche infettive o internistiche) e degli utenti multiproblematici (soggetti con procedimenti penali, giovani e giovanissimi). Si sviluppa poi un'area a media intensità e una a bassa intensità per favorire la riabilitazione e il reinserimento sociale.

Per sostenere il processo di riclassificazione dei servizi residenziali, oltre alle risorse derivanti dall'ipoproduzione delle medesime unità d'offerta e alle risorse del Nuovo Fondo Dipendenze Patologiche (vedi paragrafo successivo), si impegnano risorse di FSR fino a 6,5 milioni di euro.

Erogazione di buprenorfina nelle formulazioni impianto uso sottocutaneo e soluzione iniettabile a rilascio prolungato da parte dei servizi per le dipendenze pubblici e privati

In considerazione degli esiti positivi prodotti dal Progetto: Erogazione di buprenorfina nelle formulazioni impianto uso sottocutaneo e soluzione iniettabile a rilascio prolungato da parte dei SERD pubblici e nelle carceri lombarde previsto dal paragrafo 6.3.4. della DGR 3720 del 30/12/2024 si ritiene opportuno ampliare la sperimentazione oltre che ai Ser.D pubblici anche agli SMI (Servizi multidisciplinari integrati).

In ottemperanza a quanto previsto dalla LR 23/20 per la Riforma del Sistema per le Dipendenze che auspica una stretta sinergia fra gli attori del Sistema Pubblico e del Sistema Privato Accreditato seguiranno indicazioni operative successive che permettano agli SMI di erogare il farmaco, rimanendo l'acquisto in capo all'ASST di competenza territoriale, definendo specifici accordi.

9.2.2. Nuovo Fondo per le Dipendenze Patologiche

La legge 30 dicembre 2024, n. 207, ha istituito il Fondo per le dipendenze patologiche, con una dotazione di 94 milioni di euro annui di cui 16.215.932,81 euro annui assegnati a Regione Lombardia per tre annualità a decorrere dal 2025.

Il Fondo è finalizzato a garantire prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da dipendenze patologiche.

La stessa legge prevede la possibilità di destinare fino al 30% delle risorse del Fondo, su base annua, all'assunzione a tempo indeterminato di personale sanitario e sociosanitario da impiegare nei servizi pubblici per le dipendenze. Inoltre, una quota pari al 34,25 % delle risorse è riservata annualmente alla realizzazione dei piani regionali sul gioco d'azzardo patologico e un'ulteriore quota del 34,25 % ai piani regionali sulle dipendenze patologiche.

Con il Decreto del Ministro della Salute n. 152 del 10 luglio 2025, è stato definito, per il primo triennio di attuazione, il criterio di riparto del Fondo tra le Regioni, in accordo con la Conferenza Stato-Regioni.

Regione Lombardia, con nota prot.G1.2025.0041179 del 20/10/2025, ha trasmesso al Ministero della Salute il proprio Piano regionale triennale 2025-2027 per il gioco d'azzardo patologico e per le dipendenze patologiche.

Il Piano regionale triennale recepisce integralmente le indicazioni e gli schemi metodologici previsti dal Decreto Ministeriale 10 luglio 2025 e dal Decreto Ministeriale 1° agosto 2025, in coerenza con la cornice normativa e contabile di riferimento.

Le azioni per la realizzazione del Piano Triennale saranno declinate a seguito dell'approvazione del piano stesso da parte del Comitato tecnico, istituito con provvedimento del Ministero della Salute, e di successivi atti di Regione Lombardia coinvolgendo sul piano operativo le ATS, le ASST e il privato accreditato.

Il Fondo Triennale Dipendenze 2025/2028, per la sola quota relativa all'area GAP, verrà assegnato esclusivamente ai servizi pubblici delle dipendenze; il Fondo GAP Ministeriale 2024 verrà invece assegnato esclusivamente ai servizi delle dipendenze del privato sociale accreditato.

9.2.3. Avvio in forma sperimentale di sedi spoke

È prevista la possibilità di sperimentazione di sedi spoke dei Servizi Ambulatoriali per le Dipendenze, ovvero sedi distaccate più flessibili atte a rispondere ai diversi bisogni dell'utenza.

Le sedi SPOKE (sedi distaccate) potranno adattarsi più agilmente alle continue evoluzioni del fenomeno delle dipendenze, rispondendo a bisogni specifici che possono variare nel tempo. Ciascun servizio per le dipendenze (Ser.D./S.M.I.) potrà erogare specifiche prestazioni in sedi spoke connotandole sulle caratteristiche del target che si vuole raggiungere o dislocandole in prossimità di territori particolarmente a rischio o senza una adeguata offerta di cura. Gli spoke dovranno garantire professionalità, ma anche flessibilità e capacità di innovazione in tempi rapidi.

La sperimentazione di sedi spoke afferirà al CUDES del servizio Ser.D. o S.M.I. accreditato mantenendo il codice attività ai fini rendicontativi.

Per attivare una sperimentazione spoke sono necessarie tre condizioni:

- l'afferenza a un Ser.D./S.M.I. gestito dal medesimo Ente Pubblico o Privato accreditato;
- l'apertura della sede spoke nella medesima ATS di competenza del servizio a gestione privata o nella medesima ASST per servizio a gestione pubblica;
- l'autorizzazione e i requisiti strutturali di esercizio generali di cui al DPR 14.1.1997 e DGR X/2569/2014 allegato 1 –paragrafo 2.3.2.

REQUISITI ESERCIZIO	
Offerta di prestazioni	Le sperimentazioni spoke sono punti di erogazione decentrati dei servizi delle dipendenze Ser.D./S.M.I. flessibili e agili che rispondono a particolari bisogni di specifici target o di specifiche zone geografiche, in modo da rendere più capillare e fruibile l'offerta dei servizi. L'obiettivo macro permane quello dell'aggancio e della diagnosi precoce. La loro collocazione e le funzioni specifiche possono essere rivalutate in relazione alla evoluzione dei bisogni o della domanda connessa al consumo di sostanze stupefacenti e alcool, dei comportamenti additivi quali il Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) o delle altre dipendenze comportamentali.
Specifiche	Le sedi sperimentali spoke, in collaborazione con l'équipe multidisciplinare del proprio servizio di afferenza (Ser.D./SMI) garantiscono che le attività per cui sono state attivate siano svolte con i medesimi standard di qualità ed appropriatezza previste per le sedi principali. I FASAS, anche in formato elettronico, sono conservati, nel rispetto della normativa sulla privacy, nella sede di presa in carico dell'utente.
Personale	Nelle sperimentazioni spoke sono garantite le medesime figure professionali previste per la sede principale, garantendo in base al bisogno e alla tipologia di prestazione idoneo professionista. Per tutto l'orario di apertura deve essere garantita la copresenza di almeno due professionisti.
Funzionamento	Ogni sperimentazione spoke deve: ➢ rispondere a specifici target di popolazione in base ad analisi statistiche ed epidemiologiche del territorio a carico della ATS su cui insisterà la sperimentazione.

REQUISITI ESERCIZIO	
	Pertanto, sarà necessario un parere della Re.Di.Di. in raccordo con L'OCSMD del territorio; ➢ intervenire in specifici contesti particolarmente complessi (es. luoghi della notte, di aggregazione, di spaccio) favorendo l'aggancio a particolari target complessi quali quello dei minori. Va sempre garantita la possibilità di confronto nelle équipe multidisciplinari sulla presa in carico, con registrazione nel FASAS.

Per sostenere la sperimentazione e lo sviluppo delle sedi spoke si prevede l'utilizzo di risorse a valere sulla quota destinata alla realizzazione del Piano Regionale sulle dipendenze patologiche del Nuovo Fondo Dipendenze. Seguiranno successivi provvedimenti.

9.2.4. Avvio Sperimentazione Specialistica ad alta intensità assistenziale e terapeutico-riabilitativa

Al fine di attuare il disposto della L.R. n. 23/2020 (Nuovo sistema di intervento sulle dipendenze patologiche) e in attesa del prossimo atto regionale che definirà i nuovi requisiti di accreditamento dei servizi ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali, nonché le conseguenti tariffe, è disposta la possibilità di avviare sperimentazioni di moduli ad alta intensità assistenziale in strutture residenziali accreditate.

I moduli di alta intensità dovranno accogliere pazienti con elevata complessità, in particolare minori o giovani adulti, anche in comorbidità psichiatrica o con altre comorbidità. Dovranno lavorare in sinergia con le sperimentazioni ESOD, avere una modalità di accesso che preveda aggancio e inserimento precoce dell'utente, favorendo l'accesso anche agli utenti provenienti da contesti di grave marginalità, intercettati dalle unità mobili o dalle sperimentazioni "spoke mobili", così come declinato nel successivo paragrafo "Progetto Parchi".

Le ATS potranno emanare una manifestazione di interesse prioritariamente rivolta a strutture residenziali specialistiche o terapeutiche riabilitative che alla data del presente provvedimento abbiano posti soltanto accreditati e non contrattualizzati e che rispondano al requisito minimo illustrato in tabella ovvero disponendo di moduli di almeno cinque posti letto.

Potranno presentarsi anche le strutture residenziali che non dispongono di sufficienti posti non a contratto per soddisfare il criterio minimo del modulo funzionale. In tale caso potranno utilizzare posti già a contratto sospendendo temporaneamente il budget ordinario.

L'obiettivo è attivare sull'intero territorio regionale 20 posti letto ad alta intensità. Nella fase sperimentale saranno coinvolte quattro ATS, tre delle quali individuate per la sinergia con i progetti ESOD avviati (ATS Città Metropolitana di Milano, ATS Pavia, ATS Brianza) e una quarta alla luce della disponibilità dei posti offerti (ATS Valpadana). Ogni ATS potrà provvedere a definire contratti di scopo sulla base dell'esito della manifestazione di interesse mettendo a disposizione un modulo funzionale di cinque posti ciascuno. Se a conclusione del processo una o più ATS non saturerà i posti a disposizione, si potranno ampliare i posti delle ATS già coinvolte oppure estendere la sperimentazione ad altre ATS.

Si rimanda all' §Appendice 3: *Indicazioni operative sull'avvio della sperimentazione specialistica ad alta intensità assistenziale terapeutico riabilitativa*.

Per sostenere lo sviluppo della sperimentazione di moduli ad alta intensità assistenziale in strutture residenziali si prevede l'utilizzo di risorse a valere sulla quota destinata alla realizzazione del Piano regionale sulle dipendenze patologiche del Nuovo Fondo Dipendenze secondo la programmazione triennale inviata con nota prot.G1.2025.0041179 del 20/10/2025. Viene definita una tariffa sperimentale pari a 148 euro/die, in analogia alle strutture residenziali SRP1, erogata tramite contratto di scopo; la sperimentazione sarà finalizzata anche alla valutazione della sostenibilità del modello e della tariffa sperimentale.

9.2.5. Progetto Parchi

Nel 2025 si è ulteriormente rafforzato l'impianto organizzativo e metodologico del Progetto Parchi sul territorio di ATS Città Metropolitana di Milano – ente capofila del Progetto - individuando nelle aree del parco di Rogoredo le zone particolarmente attenzionate per la presenza di grave marginalità e tossico/alcooldipendenza. In seguito, all' analisi del report di valutazione sui risultati conseguiti sarà garantito, anche per il 2026, il proseguimento delle azioni. Le risorse necessarie per la settima annualità del progetto sono pari a massimo 600.000 euro finalizzati al potenziamento delle azioni relative alla presenza dell'unità mobile nei pressi del parco e all'ampliamento dei posti messi a disposizione dal progetto "Accoglienza transitoria-sollievo". Il budget sarà assegnato alla ATS Città Metropolitana di Milano in qualità di ente capofila del progetto.

Il progetto è complementare agli interventi realizzati nell'ambito dell'Avviso "Percorsi di prevenzione e limitazione dei rischi nei luoghi di aggregazione e di divertimento giovanile e di contrasto al disagio di giovani e adulti a rischio di marginalità, attraverso interventi di aggancio, riduzione del danno e inclusione sociale – biennio 2024/2026" (DGR n. 1800 del 29/01/2024), finanziato dal Programma Regionale Fondo Sociale Europeo Plus 2021-2027. Gli interventi, che si concluderanno nel 2026, sono rivolti a giovani e adulti a rischio o in condizione di esclusione e grave marginalità o senza fissa dimora, anche abusatori di sostanze. Nello specifico, sono previsti interventi volti a prevenire comportamenti devianti, in particolare nei contesti aggregativi, e azioni di pronto intervento sociale e presa in carico, al fine di contenere o ridurre il danno e avviare percorsi di inclusione sociale. Per favorire l'efficace sinergia tra i servizi di natura sociale e sanitaria i partenariati sono composti da enti pubblici e privati, tra cui necessariamente anche le ASST, mediante i Servizi per le Dipendenze (SerD), o i Servizi Multidisciplinari Integrati (SMI). Nel corso del 2026 si intende finanziare una nuova edizione (per il biennio 2026/2028) della misura rivolta allo stesso target e con i medesimi obiettivi e finalità.

Inoltre, per il 2026, si potranno attivare in via sperimentale anche sedi spoke mobili dotate di equipe multiprofessionali composte da personale dei Servizi ambulatoriali per le dipendenze pubblici o privati accreditati, in grado di attivare le prime fasi di aggancio propedeutiche alla presa in carico presso una delle sedi territoriali. Per l'attivazione degli spoke mobili si dovrà fare riferimento alle modalità organizzative descritte nel paragrafo dedicato alle sedi spoke; il servizio sperimentale dovrà essere attivo almeno due giorni alla settimana, nella fascia oraria di maggiore affluenza e potrà erogare le prestazioni sociosanitarie garantite dai LEA finalizzate alla valutazione e certificazione di tossicodipendenza mirata alla prosecuzione delle cure presso i Servizi ambulatoriali e a un eventuale inserimento presso le strutture residenziali. L'apertura dello spoke mobile dovrà essere promossa dalle ATS interessate, previa consultazione con la Re.Di.Di, in stretta sinergia con gli attori già operanti nelle aree interessate da grave marginalità sociale e alta frequentazione di tossicodipendenti, con i Servizi delle dipendenze pubblici e privati accreditati, gli enti del terzo settore presenti sul territorio, con il coinvolgimento eventuale di una o più strutture residenziali che, nell'ambito del modulo ad alta intensità declinato nel paragrafo dedicato, possano accogliere tale utenza.

I servizi spoke mobili, in forte connessione con le attività già svolte dalle unità mobili presenti sul territorio, e operando secondo le indicazioni presenti nel documento di ATS Milano "Modellizzazione Programma Progetto Parchi" che qui si intende pienamente recepito, completano le prestazioni sanitarie e di primo soccorso erogate a favore dei soggetti agganciati. Anche per sostenere la sperimentazione e lo sviluppo delle sedi spoke mobili si prevede l'utilizzo di risorse a valere sulla quota destinata alla realizzazione del Piano Regionale sulle dipendenze patologiche del Nuovo Fondo Dipendenze. Seguiranno successivi provvedimenti per le indicazioni attuative.

9.2.6. Aggiornamento del Nomenclatore Flusso Amb DGR n. XII/3720 Del 30/12/2024

In base al contesto attuale e alle proposte del Tavolo Tecnico approvate dal Comitato d'indirizzo (L.R. 23/2020), si prevede di potenziare la presa in carico ambulatoriale nell'area delle dipendenze, accelerando i tempi di accesso e favorendo l'aggancio precoce dei giovani nella fase iniziale della dipendenza.

Ogni servizio dovrà favorire l'accesso giovanile e ridurre i tempi di avvio del percorso terapeutico. A tal scopo Regione ha provveduto con DGR n. XII/3720 del 30/12/2024 alla revisione del nomenclatore tariffario (DGR n. VII/20586 del 11/02/2005) e all'aggiornamento del relativo tracciato AMB. Il tariffario è stato semplificato accorpando le prestazioni, come indicato anche dal flusso SIND (Servizio Informativo Nazionale Droghe). Nel 2026, la DG Welfare verificherà la fattibilità di un unico flusso informativo per le informazioni attualmente distribuite tra i flussi AMB-dipendenze e SIND. Si rimanda alla tabella in §Appendice 4: *Aggiornamento del Nomenclatore – Flusso Amb* che descrive le prestazioni tariffate così come previsto dalla DGR n. XII/3720 del 30/12/2024 e sostituisce quanto previsto nella DGR n. VII/20586 del 11/02/2005.

Le prestazioni sono valorizzate solo se l'operatore che le ha erogate è abilitato dall'unità d'offerta per la tipologia di prestazione. In caso di prestazioni erogate in copresenza, la valorizzazione è associata all'operatore che referta opportunatamente sul diario del paziente collegando la prestazione alla specifica attività realizzata.

Si conferma una quota forfettaria di 190,00 euro a trimestre. Per il riconoscimento di tale quota, devono essere erogate almeno tre delle seguenti prestazioni nel trimestre di riferimento: visita medica o visita medica specialistica, colloquio psicologico o psicoterapia, colloquio infermieristico, colloquio sociale, colloquio educativo, partecipazione ai gruppi. Se la stessa prestazione è erogata nella stessa giornata da diverse figure professionali, ciascuna contribuisce al calcolo per il riconoscimento della quota. La quota include attività di segreteria, amministrazione, équipe, prescrizioni, somministrazione di terapie farmacologiche, esami ematici e tossicologici di laboratorio e prestazioni fuori sede.

Così come previsto dalla DGR n. 2569/2014 e successive modifiche e/o integrazioni, la prestazione erogata deve avere riscontro nel diario giornaliero contenuto nel FASAS ed essere coerente con il P.I. e P.A.I. definito per l'assistito in oggetto.

Il nuovo nomenclatore, entrato in vigore il 1° gennaio 2025, e il flusso AMB sono lo strumento di analisi e monitoraggio dei Servizi per le dipendenze, per la valorizzazione della produzione e per il riconoscimento dei contratti. Le modifiche tecniche necessarie per gli adeguamenti saranno definite successivamente.

A seguito delle prime osservazione, rilevate negli incontri tecnici tra Regione Lombardia e operatori dei Servizi ambulatoriali delle dipendenze, si ritiene necessario integrare l'elenco delle prestazioni valorizzate previste dalla DGR n. XII/3720/2024; ciò in modo da uniformarle al flusso ministeriale Sistema Informativo Nazionale Droghe "SIND" e alla attività svolta dagli operatori nelle diverse unità d'offerta aggiungendo le seguenti prestazioni:

- Nell'ambito della prestazione 01_B certificazioni (con la stessa valorizzazione) è necessario specificare la prestazione 01_C Attestazione psicosociale a fini certificatori;
- Nell'ambito dei colloqui sociali 09_A e educativi 09_B (con la stessa valorizzazione) è necessario specificare la prestazione 12_D Colloqui di accompagnamento paziente nella fase di inserimento in strutture residenziali e semiresidenziali.
- Nell'ambito delle prestazioni di raccolta delle matrici cheratiniche 06_D (con la stessa valorizzazione) è necessario specificare la prestazione 06_H raccolta matrice cheratinica effettuata da OSS.

In tabella, sono indicate anche le prestazioni codificate SIND per una correlazione con le prestazioni previste nel tariffario AMB. Sono incluse anche altre tre figure professionali che operano negli organici dei Servizi: assistente sanitario, tecnico della riabilitazione psichiatrica, criminologo e OSS.

Come previsto dalle prestazioni LEA, nell'area della prevenzione, sarà possibile prendere in carico famigliari di soggetti tossicodipendenti/alcoldipendenti e di giocatori d'azzardo anche in assenza del soggetto interessato attribuendo un numero pratica.

Per le attività di consulenza che non esitano in una presa in carico, le stesse sono valorizzate e riconosciute come prestazioni occasionali (max due al trimestre) anche in assenza di PI e PAI.

Come indicato nella circolare flussi "Chiusura flussi informativi sociosanitari Anno 2025" - Prot. G1.2025.0040456 del 15 ottobre 2025 si è reso necessario uniformare le prestazioni relative ai soggetti temporaneamente appoggiati presso altri servizi ambulatoriali. L'appoggio in altri servizi deve essere considerata una attività temporanea e limitata a garantire la continuità terapeutica. L'appoggio deve essere comunicato formalmente dall'unità d'offerta che ha in carico il paziente all'unità d'offerta che riceve l'appoggiato con indicazione chiara delle terapie da somministrare. Eventuali prestazioni erogate all'assistito durante il periodo dell'appoggio sono registrate dall'ente che ha in appoggio il soggetto e a questi è riconosciuta la relativa quota forfettaria se, nel trimestre di riferimento, il servizio ha erogato almeno tre delle seguenti prestazioni: visita medica o specialistica, colloquio psicologico o psicoterapia, colloquio infermieristico, colloquio sociale ed educativo, partecipazione ai gruppi. Se la stessa prestazione è erogata nella stessa giornata da diverse figure professionali, ciascuna contribuisce al calcolo per il riconoscimento della quota. La quota include altresì attività di segreteria, amministrazione, équipe, prescrizioni, somministrazione di terapie farmacologiche, esami ematici e tossicologici di laboratorio e prestazioni fuori sede.

La fase di invio dei flussi informativi AMB e SIND mediante la piattaforma SMAF è autorizzata anche alle ASST e SMI; per tale motivo si rende necessario, in ottemperanza alle attuali normative sul trattamento dei dati, garantire che tutte le operazioni di trasmissione, gestione e conservazione dei dati personali avvengano nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs. 196/2003, assicurando adeguati livelli di sicurezza, riservatezza e integrità delle informazioni trattate.

9.2.7. Relazione annuale della Re.Di.Di.

L'insieme dei servizi per le dipendenze (ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali) sia pubblici sia privati accreditati, costituiscono una rete che deve lavorare in sinergia in funzione dei bisogni del territorio. La programmazione regionale individua nelle Re.Di.Di. (Rete Diffusa Dipendenze ai sensi dell'art 4. della legge 23/2020) delle ATS che si raccordano e relazionano negli OCSMD (Organismo di coordinamento per la Salute Mentale e per le Dipendenze) gli interlocutori principali per l'analisi del fabbisogno e dell'opportunità di promuovere le nuove articolazioni erogative valutandone l'appropriatezza e la necessità.

Al fine di sostenere la programmazione regionale, ogni ATS tramite la Re.Di.Di., produrrà una relazione annuale, secondo uno schema proposto con atti successivi da Regione Lombardia che consenta di:

- rispondere ai bisogni della popolazione nei tempi previsti;
- rispondere a specifici target di popolazione in base ad analisi statistiche ed epidemiologiche;
- intervenire in specifici contesti particolarmente complessi e delicati (es. luoghi della notte, di aggregazione, di spaccio);
- trattare specifici disturbi (es. comorbilità);
- evidenziare il fabbisogno di personale.

Entro il 30 giugno 2026 le ATS, ove non sia stato ancora adottato, dovranno dotarsi di un regolamento organizzativo e funzionale che definisca anche il rapporto con il OCSMD.

Di norma, il regolamento dovrà articolarsi nei seguenti articoli: costituzione e finalità; raccordo con OCSMD; funzioni; coordinamento della Re.Di.Di.; partecipazione alla Re.Di.Di.; partecipazione straordinaria ai lavori; segreteria tecnico organizzativa; convocazioni; modalità di svolgimento degli incontri; verbali incontri; sostituzione componente; durata.

9.2.8. Equipe Specializzate Ospedaliere per le Dipendenze (ESOD)

Prosegue per il secondo anno la sperimentazione delle Equipe Specializzate Ospedaliere per le Dipendenze (ESOD), in ottemperanza a quanto previsto dall'art.8 della L.R. 23/2020 e facendo seguito a quanto stabilito dalla DGR n. 2966/2024.

Entro il 30/06/2026 le ATS dovranno far pervenire, su un format predisposto da Regione Lombardia, un report per il monitoraggio finanziario ed operativo delle azioni svolte e dei conseguenti risultati, sottolineando eventuali criticità che ne hanno ritardato l'avvio.

9.2.9. Centri di Permanenza per il Rimpatrio (CPR)

Il Centro di Permanenza per il Rimpatrio di Via Corelli di Milano presenta situazioni di criticità nell'area della diagnosi, trattamento e assistenza di soggetti con problemi di dipendenza e salute mentale. Tale criticità, rilevata dai Servizi per la Salute Mentale, segnalata dalla Prefettura di Milano alla ATS Città Metropolitana di Milano e a Regione Lombardia, ha condotto alla predisposizione di un progetto d'intervento che prevede:

- l'erogazione di attività di certificazione di idoneità per la permanenza al Centro in capo alla ASST Fatebenefratelli
- le attività di diagnosi e cura dei disturbi nell'area mentale garantite dalla ASST GOM Niguarda
- le azioni a favore degli ospiti con problemi di dipendenza assicurate dalla ASST Santi Paolo e Carlo.

Gli enti potranno coinvolgere, nelle azioni di erogazione delle prestazioni, sia consulenti sia Enti del terzo settore accreditati per le dipendenze. ATS Milano governa e monitora l'andamento del progetto utilizzando risorse assegnate da Regione Lombardia con provvedimenti successivi sulla base dei costi effettivamente sostenuti sino ad un massimo di 250.000 euro.

9.2.10. Fondo 8 per mille Dipendenze

Il Ministero della Salute, con decreto del 5 agosto 2025 (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 229 del 2 ottobre 2025), ha istituito, per l'anno 2025, un fondo alimentato con le risorse residue della quota dell'otto per mille, destinato al finanziamento di interventi volti alla prevenzione e al recupero delle tossicodipendenze e delle altre dipendenze patologiche.

Al fine di garantire la realizzazione di tali interventi, nonché di favorire l'accesso alle prestazioni di cura e riabilitazione erogate ai pazienti dalle comunità terapeutiche accreditate, in misura aggiuntiva rispetto a quella già rendicontata dalle medesime strutture nell'anno 2024 e finanziata con le risorse del fabbisogno sanitario nazionale standard, il Ministero ha provveduto alla ripartizione di una somma pari a 3.904.213 euro in favore di Regione Lombardia.

Le attività di cui al comma 1 del citato decreto devono riguardare l'erogazione di prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza (LEA), rese ai propri assistiti da servizi residenziali specialistici, pedagogico-riabilitativi e terapeutico-riabilitativi, operanti nel territorio della medesima regione o provincia autonoma di residenza degli assistiti, ovvero presso altre regioni o province autonome.

Alla luce di quanto sopra evidenziato, Regione Lombardia provvederà a distribuire alle ATS le risorse disponibili utilizzando come criterio di riparto la quota capitaria. Le ATS potranno utilizzare le risorse per favorire l'accesso alle prestazioni di cura e riabilitazione erogate dalle comunità terapeutiche accreditate fuori regione e per garantire specifiche progettualità da parte degli enti gestori delle strutture residenziali specialistiche, pedagogico-riabilitative e terapeutico-riabilitative accreditate di regione Lombardia, nei seguenti ambiti:

- Attività finalizzate a favorire l'ingresso nelle strutture residenziali, in collaborazione con i Servizi territoriali invianti
- Attività finalizzate a sostenere il processo di dimissione dalla struttura residenziale e il rientro al domicilio

- Iniziative finalizzate al potenziamento delle attività riabilitative nel contesto del percorso residenziale (ad esempio gruppi terapeutico familiari)
- Sviluppo di progettualità residenziali dedicate a pazienti cronici, ancora in carico ai Servizi per le Dipendenze, ma con prevalenti bisogni assistenziali, anche in relazione alle comorbidità in esito al disturbo da uso di sostanze e/o alcool

Le ATS provvederanno ad indire specifiche manifestazioni d'interesse per recepire progettualità in merito agli ambiti sopra citati.

9.3. Psicologia

9.3.1. Servizio Psicologia Cure Primarie L.R. n.1/2024

Il Servizio di Psicologia delle Cure Primarie, istituito con atto deliberativo in ogni ASST in attuazione alla L.R. n.1/2024, è presente in ogni Casa di Comunità (CdC) con almeno n.1 Psicologo specializzato.

Entro il 31/03/2026, ai fini degli adempimenti previsti dall'art.7 della L.R. 1/2024, ogni ASST trasmette alla U.O. Rete Territoriale e all'Osservatorio i dati sullo stato attuativo della Legge, la strutturazione del servizio, le risorse umane assegnate, le prestazioni erogate alla utenza nell'anno 2025.

Regione Lombardia per l'anno 2026 ha destinato 12 milioni di euro per il personale del Servizio di Psicologia delle Cure Primarie. Seguirà decreto di riparto e assegnazione.

9.4. Sanità penitenziaria

9.4.1. Applicazione del nuovo modello della rete regionale dei servizi sanitari penitenziari per adulti

La nuova organizzazione della rete regionale dei servizi sanitari penitenziari, prevista dalla DGR n. 3621 del 16/12/2024, stabilisce che il servizio sanitario negli istituti penitenziari sia erogato in forma di Casa di Comunità afferente alla rispettiva ASST.

È prevista inoltre l'applicazione di modelli per la presa in carico del paziente detenuto anche con patologie croniche e problematiche di salute mentale.

La presa in carico, anche attraverso le procedure di identificazione anagrafica e sanitaria, si tradurrà in una continuità assistenziale anche dopo il rilascio sul territorio.

Il tipo di organizzazione proposta costituisce un'ulteriore implementazione dell'approccio multidisciplinare già in atto negli Istituti fra le figure sanitarie e sociosanitarie, del Terzo Settore e le figure penitenziarie e avrà come finalità:

- la valorizzazione dell'infermiere come case manager nelle Case di Comunità e negli Ospedali di Comunità;
- l'impiego di figure mediche, generaliste e specialistiche, in più ambiti territoriali (impegno penitenziario non esclusivo, ma come parte di un impegno territoriale globale);
- il maggior impiego di altre figure professionali, sanitarie e sociali, (psicologi, tecnici della riabilitazione psichica, educatori, OSS, assistenti sociali) per l'intervento multidisciplinare in favore del detenuto;
- l'impiego del personale delle COT anche per le attività relative agli istituti penitenziari.

La presa in carico del paziente detenuto

La presa in carico del paziente detenuto dovrà riprodurre i modelli già applicati per la popolazione generale, così come specificato nella DGR n. 3621/2024 di revisione dei servizi sanitari regionali.

Presupposti essenziali per l'attuazione di questa modalità di assistenza saranno:

- l'approccio di medicina d'iniziativa con l'identificazione, fin dal momento dell'entrata in istituto, dei bisogni di salute e la programmazione del relativo piano diagnostico e terapeutico;

- la sistematica applicazione degli interventi preventivi attraverso gli screening oncologici (mammella, utero, prostata, colon) e infettivologici, nelle fasce di età previste per la popolazione generale, con la collaborazione tra ASST e ATS (DGR n. 4845 del 01/08/2025);
- l'applicazione del calendario vaccinale secondo i criteri di stagionalità, età e fragilità;
- l'implementazione in alcuni istituti penitenziari allo scopo individuati di sezioni dedicate alla osservazione, diagnosi e trattamento dei detenuti affetti da problematiche di salute mentale (API), consolidando fra questi e gli altri istituti un circuito assistenziale che preveda anche una precoce programmazione della continuità socioassistenziale dopo il rilascio sul territorio;
- l'impiego sistematico e diffuso delle figure di supporto sociosanitarie e educative;
- lo sviluppo e l'implementazione dell'interoperabilità dei dati derivati dai sistemi informativi regionali sanitari, delle dipendenze e della salute mentale, nonché dal sistema informativo dell'anagrafica penitenziaria, in coerenza con quanto disposto dalla legge 112/2024, art. 6 bis;
- l'introduzione del prontuario farmaceutico regionale con particolare rilievo dei capitoli relativi alle modalità d'impiego degli psicofarmaci negli istituti penitenziari, con l'obiettivo di ridurre i fenomeni di abuso e misuso di tale categoria di farmaci. Allo stesso scopo, in collaborazione con la U.O. Farmaceutica e Dispositivi medici e in analogia a quanto disposto per i Ser.D. territoriali, viene autorizzato l'impiego, per la terapia sostitutiva da dipendenza da oppiacei, di buprenorfina long acting.

La telemedicina può concorrere a migliorare l'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari in particolare per quanto riguarda la presa in carico del paziente detenuto, contribuendo a ridurre i disagi e i costi aggiuntivi dovuti all'organizzazione delle traduzioni per prestazioni esterne, la difficoltà di gestione delle emergenze, nonché i tempi di attesa per gli accertamenti diagnostici/specialistici. La nuova organizzazione dei servizi sanitari penitenziari di cui alla DGR n. 3621/2024, che ne prevede l'erogazione avvalendosi delle funzioni e degli strumenti di una Casa di Comunità, fa sì che tutte le applicazioni relative alla telemedicina previste per la popolazione in generale possano essere erogate anche nell'ambito penitenziario.

I programmi di telemedicina per i servizi sanitari negli istituti penitenziari verranno adottati nell'ambito dei servizi di telecardiologia, tele radiologia e riabilitazione fisica e in ulteriori branche specialistiche in relazione alle peculiarità degli istituti.

Gestione personale sanitario degli istituti penitenziari

La corretta attuazione del modello di presa in carico del paziente detenuto richiede che il personale sanitario venga impiegato indifferentemente sia negli istituti penitenziari sia nel territorio, in modo da assicurare la continuità assistenziale.

A questo scopo si è provveduto, nel corso del 2025, in base a quanto stabilito dalla legge n. 112 del 4 agosto 2024, ad avviare procedure concorsuali per la stabilizzazione almeno dei ruoli principali, quali i coordinatori sanitari, in particolare i medici incaricati ai sensi della legge 740/70 e della Norma transitoria n. 2 (678/2022), gli eventuali vice coordinatori, le figure specialistiche principali, quali gli psichiatri, gli psicologi, i medici Ser.D. e gli infettivologi, i ginecologi, nonché i coordinatori infermieristici, gli infermieri case manager, i fisioterapisti, i tecnici della riabilitazione psichica, i tecnici di radiologia, i tecnici di laboratorio preposti alla gestione dei Point of Care (POCT). Tali procedure concorsuali potranno prevedere l'assunzione di personale a tempo indeterminato, anche non dotato di specializzazione, ma con almeno due anni di esperienza penitenziaria. Si propone che tali attività di stabilizzazione prosegua anche per il 2026.

Per quanto attiene al personale non stabilizzato si dovrà attuare un adeguamento delle tariffe delle diverse professioni, mediche, sanitarie non mediche e del comparto.

La carenza di personale, soprattutto infermieristico, rende difficile, al momento, procedere ad una progressiva riduzione della esternalizzazione dei servizi sanitari penitenziari.

9.4.2. Riorganizzazione dei servizi sanitari penitenziari per minori

A partire dal 2024, si è verificato un progressivo sovraffollamento degli istituti penali minorili, legato non solo all'aumento del numero degli arrestati, ma anche alla difficoltà di individuare percorsi alternativi alla detenzione sul territorio.

Presso l'IPM Beccaria di Milano si sta provvedendo ad effettuare una riorganizzazione della presa in carico sanitaria che da una parte tenga conto delle esigenze di salute mentale (potenziamento del servizio psichiatrico e neuropsichiatrico) e dall'altra degli aspetti di medicina preventiva quale l'educazione ai corretti stili di vita e l'applicazione del calendario vaccinale.

L'area sanitaria sta collaborando con l'amministrazione penitenziaria, anche attraverso progetti finanziati, allo scopo di offrire attività trattamentali.

Nell'ambito di apposito gruppo di lavoro misto aree sanitaria e penitenziaria è stato ultimato l'aggiornamento del protocollo regionale per la prevenzione del rischio suicidario per i minori e avviati i lavori per la definizione del protocollo sanità - giustizia minorile, in merito al collocamento dei minori in strutture terapeutiche residenziali.

Comunità sociosanitaria ad alta integrazione sanitaria per inserimento di minori e giovani adulti con disagio psichico e/o con disturbi da uso di sostanze in carico ai servizi sanitari/sociosanitari regionali e della giustizia minorile (CSGM)

L'anno 2025 ha segnato l'avvio delle prime due strutture dedicate all'accoglienza di minori e giovani adulti con disagio psichico e/o con disturbi da uso di sostanze, in carico ai servizi sanitari e sociosanitari regionali e alla giustizia minorile.

Una prima analisi effettuata sull'utenza accolta ha confermato l'elevata complessità gestionale di tali casi, caratterizzati frequentemente da gravi disturbi della condotta in associazione a uso di sostanze e da una tendenza a esprimere stati emotivi anche attraverso comportamenti impulsivi o disfunzionali, talvolta di notevole gravità. Tale complessità rende imprescindibile una stretta collaborazione interistituzionale con il Centro per la Giustizia Minorile, al fine di garantire la sicurezza e la continuità del percorso terapeutico-riabilitativo.

Al fine di sostenere la fase dell'inserimento, si prevede per il 2026 e per il 2027, in via sperimentale:

- che il budget riconosciuto alle strutture sia storicizzato, anche in caso di ipoproduzione;
- che, nei limiti del budget disponibile, le strutture ricevano una quota integrativa una tantum di 350 euro a paziente, per sostenere il periodo di inserimento, finalizzata al potenziamento delle azioni di accompagnamento e sostegno durante tale periodo, e una quota integrativa una tantum di 650 euro per ogni trimestre di effettiva durata del ricovero, per il raggiungimento di una reale stabilizzazione clinica e comportamentale. Per consentire l'applicazione della predetta metodologia le CSGM non possono aderire al budget di filiera ed è precluso il riconoscimento dell'iperproduzione.

Nell'ambito della Cabina di regia istituita con Decreto della DG Welfare n. 9568 del 04/07/2025, verranno ridefinite le modalità di gestione delle liste d'attesa, al fine di garantire maggiore equità e tempestività negli inserimenti.

Per favorire ulteriormente l'accesso alla rete CSGM, si prevede che anche i Servizi per le Dipendenze (Ser.D) possano proporsi come enti promotori di invio, a condizione che venga contestualmente avviata la presa in carico da parte della UONPIA di riferimento, assicurando così un intervento multidisciplinare integrato.

9.4.3. Misure a favore delle persone in esecuzione penale interna ed esterna

Nel solco della strategia regionale di contrasto alle disuguaglianze e di rafforzamento dell'inclusione sociale, le misure rivolte alle persone in esecuzione penale – interna ed esterna – assumono un ruolo

sempre più strutturale all'interno del Polo Territoriale, concorrendo alla definizione di un modello integrato di intervento sociale, sociosanitario e sanitario.

La complessità dei bisogni rilevati negli Istituti penitenziari lombardi e nel sistema dell'esecuzione penale esterna – caratterizzati da livelli crescenti di fragilità psico-sociale, vulnerabilità sanitaria, marginalità socio-abitativa, dipendenze e disturbi psicopatologici non trattati – richiede infatti un rafforzamento delle capacità di lettura integrata del bisogno, di presa in carico multidimensionale e di governance multilivello dei territori.

In coerenza con il quadro programmatorio nazionale e regionale, con le strategie del PR FSE+ 2021-2027 e con le normative di settore, Regione Lombardia promuove un insieme coordinato di misure finalizzate a:

- potenziare l'intercettazione precoce delle situazioni di fragilità, attraverso la collaborazione strutturale tra ASST, ATS, Servizi della Giustizia, Enti Locali e Terzo Settore;
- rafforzare l'integrazione socio-sanitaria, superando la frammentazione degli interventi e garantendo continuità assistenziale nei passaggi tra area penitenziaria interna, misure alternative e ritorno in comunità;
- riqualificare i contesti di cura e trattamento, attraverso azioni comunitarie e interventi territoriali a forte vocazione preventiva;
- promuovere percorsi personalizzati e multidimensionali, capaci di incidere sui fattori di rischio di recidiva e di generare empowerment personale, stabilizzazione psico-sociale e inclusione attiva.

In tale cornice si collocano due strumenti strategici che costituiscono l'architrave del sistema regionale degli interventi a favore delle persone sottoposte a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria: il Programma regionale "Spazio Zero" (DGR n. 4868/2025) e l'Avviso pluriennale 2025–2028 "Piani territoriali integrati per l'inclusione sociale" (DGR n. 4430/2025).

"Spazio Zero" rappresenta il programma regionale espressamente dedicato alla presa in carico socio-sanitaria integrata delle persone in esecuzione penale che presentano fragilità psicofisiche, vulnerabilità sociale o condizioni di marcata marginalità.

La misura si configura come un piano territoriale integrato, attuato attraverso partnership tra soggetti pubblici e privati, con il coinvolgimento attivo delle ASST e degli Ambiti territoriali.

Il Programma introduce nel sistema regionale un modello innovativo centrato su:

- presa in carico multidisciplinare integrata, che unifica dimensione sanitaria, psicologica, educativa e sociale;
- presìdi semiresidenziali e spazi di prossimità, interni ed esterni agli Istituti penitenziari, per la prevenzione, il trattamento della fragilità, la stabilizzazione clinico-psicologica e l'accompagnamento sociale;
- attivazione di percorsi terapeutici e riabilitativi complementari ai trattamenti penitenziari ordinari, integrando interventi di tipo clinico, educativo e formativo;
- soluzioni abitative ad alta intensità di supporto, finalizzate all'autonomia e alla gestione della quotidianità in condizioni di sicurezza e protezione;
- processi di valutazione multidimensionale, svolti in raccordo tra Istituti penitenziari, ASST, UEPE, USSM, Servizi sociali e ambiti sociosanitari;
- governance multilivello, orientata alla corresponsabilità tra attori e alla generazione di impatti sistemici nel medio-lungo periodo.

Nella prospettiva 2026, "Spazio Zero" consolida il proprio ruolo come perno del sistema di presa in carico delle fragilità in area penale, rappresentando il laboratorio regionale per la sperimentazione di forme avanzate di integrazione socio-sanitaria, in particolare nei confronti dei giovani adulti e delle persone incompatibili con il regime detentivo a causa delle loro condizioni psicofisiche.

L’Avviso pluriennale, finanziato nell’ambito della Priorità 3 del PR FSE+ 2021-2027, sostiene la realizzazione di ecosistemi territoriali di inclusione rivolti a persone adulte e minori sottoposte a provvedimenti dell’Autorità Giudiziaria.

La misura richiama e rafforza i principi fondanti dell’azione regionale: approccio integrato, prevenzione, sussidiarietà, governance condivisa, personalizzazione degli interventi.

Le 6 linee d’intervento dell’Avviso rappresentano una piattaforma unitaria di servizi, articolata in:

- Percorsi di sostegno alle fragilità personali e familiari, con interventi educativi, psicosociali e trattamentali.
- Sostegno alla genitorialità e mediazione dei conflitti, finalizzati a ridurre rischi relazionali e ricadute sui nuclei familiari.
- Percorsi di inclusione attiva e orientamento al lavoro, anche a vocazione territoriale, in raccordo con servizi al lavoro e formazione.
- Supporto all’autonomia abitativa, attraverso soluzioni abitative temporanee e accompagnate.
- Governance territoriale e regia condivisa, con il rafforzamento dei meccanismi locali di concertazione.
- Giustizia di comunità, con azioni riparative, partecipazione attiva e valorizzazione delle reti sociali.

L’Avviso, nella sua dimensione triennale, costituisce il quadro di riferimento operativo per la programmazione locale dei partenariati e il collegamento strutturale con il sistema di interventi sociosanitari delle ASST e con il Polo Territoriale.

Le misure per l’esecuzione penale interna ed esterna rappresentano, per il 2026, un ambito prioritario per:

- il consolidamento della filiera socio-sanitaria, con una particolare attenzione ai bisogni complessi (dipendenze, disturbi della sfera psichica, traumi, marginalità abitativa);
- lo sviluppo dei modelli territoriali di prevenzione, attraverso presìdi di prossimità, spazi semiresidenziali e interventi domiciliari integrati;
- la qualificazione dei percorsi di comunità in raccordo con la rete dei servizi socio-educativi;
- la costruzione di sistemi stabili di governance, basati sulla corresponsabilità tra Regione, ASST, ATS, Enti Locali, Giustizia e Terzo Settore.

In questa visione, l’area penale non è considerata un ambito straordinario, ma una componente strutturale del welfare territoriale, in cui l’integrazione tra dimensione sanitaria, sociale e comunitaria diventa essenziale per garantire continuità assistenziale, sostenibilità dei percorsi e impatto sul medio-lungo periodo.

10. POLO OSPEDALIERO

10.1. Accreditamento

10.1.1. Procedure di accreditamento

Le procedure di accreditamento prevedono che l'istruttoria per le ATS inizi solo dopo il ricevimento delle istanze da parte degli Enti gestori tramite PEC o consegna diretta. L'istruttoria tecnica si considera conclusa con l'invio alla DG Welfare del provvedimento, a cui dovrà essere allegata unicamente la scheda di sintesi, e il contestuale rilascio in atto emesso dei processi/istanze inseriti su SIGAUSS. I 60 giorni previsti per l'emanazione degli atti da parte della DG Welfare decorreranno solo in presenza di tutte le condizioni precedentemente citate.

Nel caso in cui la DG Welfare ritenga necessaria la sospensione dei termini procedimentali relativi agli atti pervenuti dalle ATS, decorso il termine di 60 giorni dal ricevimento delle integrazioni/chiarimenti richiesti, in assenza di riscontro, si disporrà l'archiviazione dell'atto.

Considerata la giacenza da più anni sulla piattaforma SIGAUSS (ex ASAN), di istanze nello stato "inserito" (vale a dire firmate dagli Enti gestori) e non prese in carico da ATS o in fase di inserimento da parte degli Enti gestori e non inviate ad ATS, ormai obsolete, la DG Welfare procederà, a partire da gennaio 2026, ad una verifica graduale delle stesse al fine di procedere, previa verifica da parte della ATS competente per territorio, alla loro eliminazione.

10.1.2. Nuova tipologia di istanza "Ampliamento strutturale – dl 34/2020 – PNRR"

Si procede a modificare la DGR n. 3312/2001, al fine di monitorare l'avvenuta esecuzione dei lavori per la realizzazione di posti letto di terapia intensiva. Viene istituita una nuova fattispecie di istanza "AMPLIAMENTO STRUTTURALE – DL 34/2020 – PNRR", in via sperimentale, circoscritta alle macroattività "Attività di rianimazione e terapia intensiva" e "Degenza Semintensiva A" e "Degenza Semintensiva B". I requisiti associati a questa tipologia di istanza saranno quelli strutturali specifici già previsti. Seguirà da parte della DG Welfare una circolare esplicativa.

10.1.3. Sospensione temporanea attività

Rispetto alle macro-attività, branche specialistiche, posti letto accreditati e a contratto, che risultano sospese, si ribadisce che devono avere adeguata motivazione approvata dalla ATS a corredo di adeguato cronoprogramma di riattivazione, in caso contrario dovranno essere eliminate dall'assetto accreditato su SIGAUSS al fine di evitare dati di attività e strutturali non coerenti con gli assetti, fatto salvo diverse considerazioni da parte della DG Welfare.

Per quanto riguarda le proposte di sospensione temporanea dell'intera struttura sanitaria privata accreditata, non dotata di posti letto, dovrà essere motivata e avere un cronoprogramma per la loro riattivazione che dovrà avvenire entro 1 anno dalla sospensione. Si ricorda che la sospensione temporanea delle attività deve essere considerata come sospensione dell'accreditamento; pertanto, tutti i requisiti dovranno essere verificati nel momento della riattivazione.

Procedura semplificata per la richiesta di nulla osta al trasferimento temporaneo di attività sanitarie delle ASST

La procedura semplificata prevista dalla DGR n. 1025/23 viene estesa per analogia anche per lavori con specifici fondi non derivanti dal PNRR e per il periodo circoscritto all'attuazione degli stessi, in relazione ai quali possono essere necessari spostamenti contestuali di molteplici attività sanitarie.

DDO

Nel corso del 2026 è prevista una revisione della modalità di verifica degli standard di dotazione organica per l'accreditamento delle Strutture sanitarie pubbliche e private (DDO ex Relocals) prevista

dalla DGR n. 38133/1998 e per l'accertamento quadrimestrale di cui agli artt. 2 degli allegati 1 e 2 alla delibera n. 47508 del 29/12/1999.

Si demanda pertanto all'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA) l'elaborazione di una proposta di procedura semplificata da condividere con la DG Welfare.

10.1.4. Omogeneizzazione procedure di accreditamento sanitario e sociosanitario

Nel corso del 2026, il gruppo di lavoro nominato con decreto del Direttore Generale DG Welfare, e composto da rappresentanti della DG Welfare, di ATS e professionisti del settore, procederà ad omogeneizzare, laddove possibile, le procedure di accreditamento sanitarie e sociosanitarie anche tramite l'utilizzo della piattaforma SIGAUSS.

10.1.5. Elenco aggiornato

Entro il 31/01/2026 deve essere inviato alla DG Welfare e ad ACSS l'elenco aggiornato dei funzionari che si occupano di accreditamento e vigilanza delle ATS, riferito all'avvio dell'esercizio 2025 e successivamente aggiornato a seguito di ogni eventuale variazione nella composizione del gruppo.

10.2. Accreditamento sociosanitario

Si richiama quanto previsto dalla DGR n. 3720/2024 e dalla DGR n. 4938/2025 anche per il 2026 l'accreditamento di nuovi posti residenziali/semiresidenziali nell'area anziani e disabili sarà consentito esclusivamente nei territori ASST con posti accreditati sottoindice regionale (come riportato in §Appendice 6*: Indicatori di copertura posti letto accreditati*). Restano altresì confermate le esclusioni dal blocco degli accreditamenti e le modalità operative per le deroghe agli indici regionali previste dalle sopracitate DDGR.

Si stabilisce che fino alla conclusione del riordino non saranno possibili modifiche dell'assetto accreditato né nuovi accreditamenti di Cure Intermedie.

Anche per l'area delle dipendenze (residenziale, semiresidenziale e ambulatoriale) fino alla conclusione del riordino non sono possibili nuovi accreditamenti e/o ampliamenti, ad eccezione di quanto previsto dal presente provvedimento in merito alla sperimentazione di sedi spoke e lo sviluppo del DM 77/2022.

Nel 2026 si procede ad un aggiornamento dei requisiti dei Consultori Familiari.

10.2.1. OCSMD

In riferimento alla legge 5 agosto 2022, n. 118 e al DM 19 dicembre 2022, per l'accreditamento di nuove strutture sanitarie, di psichiatria e di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, è necessario che l'OCSMD esprima un parere basato sulla valutazione della rete d'offerta e dei bisogni assistenziali del territorio. Qualora il parere sia negativo, le motivazioni dovranno essere indicate nel verbale della seduta.

Tale parere è necessario ma non vincolante per l'accoglimento o meno della richiesta di accreditamento; si ricorda che l'accreditamento non conferisce di per sé il diritto alla messa a contratto, ma è uno strumento per elevare il livello qualitativo dell'offerta, oltre a rimanere comunque precondizione per l'eventuale accesso alla contrattualizzazione, secondo le indicazioni regionali attuative delle politiche in materia.

In caso di richiesta di contrattualizzazione, questa è subordinata alla preventiva verifica da parte della DG Welfare della coerenza con la programmazione regionale e alla disponibilità economica.

I tempi di verifica della ATS si ritengono sospesi fino all'espressione del parere da parte dell'OCSMD e dell'eventuale validazione da parte della Direzione nel caso di richiesta di contrattualizzazione.

10.2.2. UdO sociosanitarie in Casa di Comunità

Si stabilisce che la procedura di nulla osta prevista dalle DDGR n. 1025 e 1827/2024 possa essere utilizzata anche per le UdO sociosanitarie ubicate o che prevedono di trasferirsi presso una Casa di Comunità, anche se sono in corso lavori di adeguamento strutturale.

10.2.3. Procedura semplificata per l'accreditamento degli ospedali di Comunità in attuazione del PNRR

Al fine di supportare il raggiungimento degli obiettivi previsti dal PNRR, è disposta l'attivazione di una procedura semplificata di accreditamento degli Ospedali di Comunità (OdC) a gestione delle ASST, che prevede una riduzione delle tempistiche rispetto a quelle ordinariamente stabilite dalla DGR n. 2569/2014 e s.m.i. e dalla DGR n. 4938/2025.

Il percorso di accreditamento da seguire è differenziato, con le nuove tempistiche e le modalità sotto riportate, in funzione della conformità dei requisiti strutturali dell'Ospedale di Comunità. In particolare, per gli OdC che accedono all'accreditamento in deroga ai requisiti strutturali, si applica l'iter definito dalla DGR n. 4938/2025. Per gli OdC in possesso di tutti i requisiti strutturali previsti dalla normativa vigente, resta invece applicabile la procedura delineata nella DGR n. 2569/2014 e successive modificazioni e integrazioni.

ATS, entro 30 giorni dalla data di ricezione della SCIA con contestuale richiesta di accreditamento, approva il provvedimento di parere di accreditamento e lo trasmette, nelle tempistiche definite dalla DGR 2569/2014 e s.m.i., alla Direzione Generale Welfare.

A seguito della ricezione del provvedimento di parere di ATS, entro i successivi 30 giorni, viene approvato il decreto regionale di accreditamento. La decorrenza dell'accreditamento, che verrà riportata nel decreto regionale, coinciderà con la data di protocollo di ricezione della SCIA.

ATS entro 60 giorni dalla ricezione del decreto effettua, come di consueto, il sopralluogo di post accreditamento presso l'OdC, accertando il possesso di tutti i requisiti, ad esclusione di quelli in deroga, come da procedura DGR 4938/2025.

10.2.4. Modifiche requisiti CSGM

In riferimento alla DGR 2676/2024 – Allegato 1, si dispone la modifica del requisito di accreditamento ES. 2.2.4 "Dotazione e standard di personale", prevedendo:

- per la fascia oraria 20:00 – 8:00, la presenza di due operatori, di cui uno Infermiere e, quale secondo, un operatore qualificato tra quelli previsti dalla DGR sopra citata;
- per la fascia oraria 8:00 – 20:00, un rapporto minimo di un operatore ogni tre utenti (1:3), comprendente almeno un Infermiere e due Educatori Professionali Socio-sanitari o Socio-pedagogici, oppure Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica.

10.3. Tracciamento delle Case della Comunità

Considerato che tali Strutture rappresentano un'offerta territoriale che integra funzioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, fondamentali per garantire la presa in carico globale della persona, si procederà all'accreditamento delle Case della Comunità. Verrà pertanto identificata all'interno del sistema di accreditamento sanitario e del relativo registro regionale (SIGAUSS) una nuova tipologia di Struttura territoriale denominata "Casa della Comunità" che ricomprenda tutte le funzioni previste dal DM77 e smi. Verrà inoltre definito un modello organizzativo unitario evolutivo rispetto al disposto della DGR 6760/2022 come declinato al capitolo Polo Territoriale. È prevista la fruizione della proroga dei requisiti strutturali generali correlati all'edifico di riferimento per il quale sia già in essere un piano di adeguamento. Si dà mandato alla Direzione Generale Welfare per l'emanazione delle successive indicazioni operative.

10.4. Riabilitazione per acuti

10.4.1. Tempistiche di presa in carico in reparto di Riabilitazione per acuti del paziente trasferito da altro reparto per acuti nella giornata del venerdì

A seguito dell'accettazione del paziente in reparto con apertura del fascicolo di ricovero, il Fisiatra o altro medico specialista facente parte dell'equipe riabilitativa provvede alla stesura del Progetto Riabilitativo Individuale (P.R.I.) e del programma riabilitativo individuale (p.r.i.) con scala/e di valutazione della disabilità/necessità riabilitativa.

Tale valutazione, in linea generale, deve essere effettuata al massimo entro e non oltre il giorno successivo all'ingresso in reparto.

Allo stesso modo, l'inizio dell'iter riabilitativo programmato deve avvenire al massimo entro e non oltre il giorno successivo all'ingresso in reparto.

Fatte salve le descritte indicazioni generali, il tavolo di lavoro sulla riabilitazione, attivo presso la DG Welfare, ha concordato che:

- nel caso in cui non venga effettuato il trattamento riabilitativo nella giornata di sabato, il NOC riconoscerà come valido un solo fine settimana (sabato e domenica), all'inizio (fase d'ingresso) o al termine (fase di dimissione) della degenza;
- è indispensabile che la cartella clinica documenti le motivazioni cliniche e non (es. esecuzione di esami diagnostici ecc.) per cui il paziente non ha potuto sottoporsi al trattamento riabilitativo;
- in caso di impossibilità ad effettuare il trattamento riabilitativo per motivi clinici, si distinguono i seguenti casi:
  - All'inizio della degenza:
    - per il paziente che proviene dall'interno della struttura, si ritiene che la stessa si faccia carico del corretto invio in riabilitazione. In caso contrario, verrà ricondotto tutto al precedente ricovero;
    - se il paziente giunge da altro ospedale o dal domicilio, la struttura valuterà la possibilità di assisterlo per un periodo di circa una settimana.
  - Durante la degenza:
    - se il paziente presenta uno o più episodi di acuzie durante il ciclo di riabilitazione, le giornate in cui non effettua la riabilitazione verranno ugualmente riconosciute;
    - se la fase di acuzie dovesse prolungarsi oltre i 5 gg lavorativi consecutivi, il paziente dovrà essere trasferito in reparto idoneo e le giornate eccedenti il 5° giorno non verranno riconosciute.

Se le valutazioni relative alla stesura di P.R.I. e p.r.i. non sono condotte entro il giorno successivo all'ingresso (es. dopo il primo week-end o dopo giornate festive), esse devono essere condotte il primo giorno lavorativo utile, contestualmente al primo trattamento riabilitativo.

Se le suddette valutazioni sono invece regolarmente condotte entro il giorno successivo all'ingresso e se motivato in cartella, sarà possibile avviare i trattamenti riabilitativi nella giornata successiva alla redazione di P.R.I. e p.r.i.

A scopo esemplificativo, si descrivono degli esempi e eventuali correzioni previste:

Esempio

Venerdì	*ingresso*
Sabato	*riposo*
Domenica	*riposo*
Lunedì	*valutazione, redazione PRI e pri*
Martedì	*prima seduta Fkt*
Mercoledì	*seconda seduta Fkt*
ecc.	

Criticità: il paziente inizia il trattamento il quarto giorno dopo l'ingresso. L'inizio del trattamento riabilitativo deve avvenire al massimo entro e non oltre il giorno successivo all'ingresso in reparto di Riabilitazione.

Correzione: decurtazione di 1 giornata di ricovero.

Esempio

Venerdì	*ingresso*
Sabato	*riposo*
Domenica	*riposo*
Lunedì	*valutazione, redazione PRI e pri, prima seduta Fkt*
Martedì	*seconda seduta Fkt*
ecc.	

Assenza di criticità.

10.4.2. Modalità di presa in carico in reparto di Riabilitazione per acuti del paziente trasferito da degenza in Osservazione Breve Intensiva (OBI)

L'accesso in reparto di Riabilitazione per acuti è consentito per trasferimento da altro reparto per acuti, come per provenienza da strutture assistenziali e/o residenziali o dal domicilio su prescrizione (come previsto da DGR n.VII/19883/2004 e successive).

Il Piano Socio-Sanitario 2023-2027, nel richiamare il quadro normativo nazionale, fa riferimento al decreto DM 5 agosto 2021, cosiddetto "DM Appropriatezza", che, in attesa della sua entrata in vigore, prevede la sperimentazione della SDO-R.

La citata sperimentazione, applicata sia ai ricoveri di riabilitazione conseguenti ad un evento acuto sia a quelli non conseguenti ad un evento acuto, definisce criteri di appropriatezza di "correlazione clinica" e di "intervallo temporale", oggettivabili sia in termini di patologie trattate che di distanza dal relativo evento indice.

Alla luce di tali riferimenti, e considerando sia la normativa regionale sia gli orientamenti nazionali più recenti, non esistono elementi ostativi al trasferimento in Riabilitazione per acuti di un paziente proveniente da Osservazione Breve Intensiva (OBI), quando l'evento acuto gestito in OBI costituisce l'evento indice del successivo bisogno riabilitativo.

Un esempio potrebbe essere il caso di un paziente con TIA (attacco ischemico transitorio), gestito tramite degenza breve in OBI e successivo trasferimento in reparto di riabilitazione per acuti con codice 56 (MDC01 *Recupero e Riabilitazione Funzionale per malattie e disturbi del sistema nervoso*).

In questo caso, infatti, l'evento vascolare acuto è da considerarsi evento indice e - se presenti obiettivi riabilitativi derivanti dall'evento stesso (rivolti ad es. al recupero della deambulazione divenuta meno sicura e alla gestione della maggior dipendenza nelle autonomie funzionali) - il trasferimento diretto in riabilitazione risulta appropriato, soddisfacendo anche il criterio temporale previsto.

10.5. DM 70/2015 e riorganizzazione rete ospedaliera

Con DGR n. 4890 del 1° agosto 2025 la Giunta regionale ha incaricato la DG Welfare di predisporre tutti gli atti necessari per adempiere completamente a quanto previsto nel DM 70 del 2015. Si è già provveduto a produrre documenti contenenti il dettaglio della Rete dei Laboratori e il provvedimento inerente all'organizzazione regionale dei Punti Nascita.

Viene confermata l'organizzazione ospedaliera Hub e Spoke prevista dalla DGR n. 3720 del 30/12/2024, l'attività deve prevedere oltre alla gestione del personale, anche la definizione di progetti clinico assistenziali, utili a diffondere le competenze e a migliorare la presa in carico dei pazienti.

Il lavoro prosegue nel corso dei primi mesi del 2026 affrontando:

- la riclassificazione dei Presidi Ospedalieri, DEA II livello, DEA I livello e PS
- la valutazione e rimodulazione delle strutture complesse in adeguamento agli standard previsti nel DM70, con particolare attenzione alle Cardiologie, emodinamiche e chirurgie.
- l'autorizzazione alla copertura delle Strutture Complesse, solo se coerenti con il DM 70.

Per quanto concerne la classificazione degli Ospedali, si pone particolare attenzione al rapporto in funzione degli abitanti e alle discipline presenti.

10.6. Assistenza ai degenti

La presenza dei parenti nelle strutture sanitarie verrà sempre garantita nel rispetto delle regole stabilite dalla Direzione Sanitaria.

In coerenza con la L.R. 48/1988 e S.m.i., si specifica che al fine di garantire il supporto assistenziale ai pazienti grandi anziani o con disabilità nei Pronto Soccorso, l'accesso ai familiari/caregiver deve essere sempre consentito anche oltre l'orario stabilito per gli altri utenti dalle Direzioni sanitarie.

10.7. Tavoli di ottimizzazione allocazione delle risorse

Nel corso del 2026, con il fine di favorire l'ottimizzazione delle risorse disponibili e la valorizzazione delle diverse professionalità che contribuiscono all'erogazione delle prestazioni per il SSR, saranno istituiti tavoli di lavoro per la valutazione e il confronto degli standard in essere tra le varie realtà ospedaliere.

Il tavolo coordinato dalla Dg Welfare (U.O. Polo Ospedaliero, U.O. Programmazione e controllo delle risorse del SSR, U.O. Organizzazione progetti trasversali e ricerca) coinvolgerà le direzioni sanitarie e mediche di presidio, le direzioni aziendali delle professioni sanitarie e sociosanitarie e le funzioni di gestione operativa.

10.8. Controlli NOC

Si ricorda e si ribadisce che le ATS, come previsto dal *Decreto-legge 25 giugno 2008 n. 112*, procedano, all'interno del 12,5% dei controlli sui ricoveri, al controllo del 10% delle SDO riferibili al singolo anno solare di produzione per ente erogatore, come registrato nel flusso HSP 11.

Restano invariate le modalità di campionamento previste dalle regole di sistema (6% mirato di congruenza, 3,5% autocontrollo di congruenza, 3% autocontrollo di qualità).

10.9. Indicatori NSG

Si prosegue con il monitoraggio degli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) che vengono costantemente aggiornati su Tableau. I dati vengono resi disponibili a tutte le strutture, al fine di migliorare la performance complessiva del sistema.

Nel corso del 2026 verranno attivati tavoli di confronto tra clinici, al fine di migliorare i risultati complessivamente.

10.10. Progetti speciali

10.10.1. Aziende Ospedaliere

Nel corso del 2026 inizierà il percorso di potenziale valutazione per identificare eventuali Aziende Ospedaliere rispetto alle specificità di alta qualificazione come declarate dalle disposizioni normative.

10.10.2. Ospedali classificati

Nel corso del 2026, Regione Lombardia potrà attivare progetti speciali in collaborazione con gli ospedali classificati, finalizzati al miglioramento dell'offerta sanitaria. L'attivazione di questi progetti dovrà garantire coerenza con la programmazione regionale e con gli obiettivi di efficienza, qualità e sostenibilità del Servizio Sociosanitario Lombardo

10.10.3. Banca del latte umano donato

Promozione delle strategie per migliorare l'efficienza del sistema delle Banca del Latte Umano Donato (BLUD) ai sensi dell'Accordo Stato Regioni 28 novembre 2024 "Disponibilità del latte umano donato in Italia" al fine di promuovere la donazione, facilitare la raccolta e ottimizzare l'uso del latte umano. Sia l'allattamento sia il latte umano donato sono la prima scelta nell'alimentazione di un neonato tanto da essere considerato un presidio terapeutico in particolare per alcune categorie di neonati (es. peso inferiore a 1,5Kg; malformazioni cardiache, malformazioni del tratto gastrointestinale ecc.). In virtù della survey (G1.2025.0040561 del 16/10/2025), gli Enti sono chiamati ad efficientare il sistema di donazione, ottimizzare l'organizzazione e l'efficienza del sistema di raccolta e ritiro a domicilio.

10.10.4. Dipartimento funzionale interaziendale di radioterapia avanzata e di teranostica oncologica (DIARTe)

Considerato che Centro Nazionale di Adroterapia Oncologica (CNAO), IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori e IRCCS San Matteo di Pavia, collaborano da anni in ambito clinico, scientifico e didattico, condividendo protocolli di ricerca e attività cliniche nell'ambito dei tumori rari, sarcomi, tumori testa e collo, pediatria oncologica e radioterapia avanzata, nonché la partecipazione comune alle reti EURACAN e RTR e ACC; si è convenuto istituire un *"Dipartimento Funzionale Interaziendale di Radioterapia Avanzata e di Teranostica Oncologica (DIARTe)"* quale struttura funzionale integrata dedicata alla gestione coordinata, ricerca, formazione e sperimentazione in ambito radioterapico e teranostico oncologico.

10.10.5. Dipartimento funzionale interaziendale di otorinolaringoiatria macroarea territoriale ASST Grande Ospedale Metropolitano di Niguarda

Nella macroarea territoriale in cui l'ASST Grande Ospedale Metropolitano di Niguarda opera come ospedale hub è definito un progetto volto a ridurre le liste di attesa per patologie di pertinenza otorinolaringoiatrica e a favorire la diffusione delle competenze specialistiche.

Il progetto vedrà coinvolti gli specialisti afferenti alla ASST GOM, ASST Valtellina, ASST Fatebenefratelli Sacco, ASST Milano Nord, ASST Rhodense.

10.10.6. Prestazioni proton terapia

Si confermano le previsioni già assunte con i precedenti atti di programmazione regionale quindi per l'attività svolta dal Centro Nazionale di Adroterapia Oncologica (CNAO), si prevede la possibilità a consuntivo, del riconoscimento della produzione effettivamente erogata, senza abbattimenti di sistema o regressione tariffaria, tenuto conto della produzione a favore dei pazienti fuori regione rendicontata nel flusso 28/SAN.

Nelle more della conclusione delle attività proprie del gruppo di lavoro regionale costituito con ddg del 14/2/2024 in attuazione alla DGR n. XII/1440/2023 "Determinazioni in merito all'erogazione delle prestazioni di protonterapia", in particolare per quanto attiene i criteri di eleggibilità dei pazienti e del numero di procedure da somministrare, si prevede per l'Ente Istituto Europeo di Oncologia SrL così come per l'Ente Humanitas Mirasole SpA, quest'ultimo solo a seguito del perfezionamento del percorso di accreditamento, la identificazione di un budget sperimentale come previsto già dalla DGR XII /1440/2023, pari a 1,2 Milioni di euro a favore dei pazienti residenti in Lombardia. Si conferma altresì per entrambi gli enti quanto indicato con nota del Direttore Generale Welfare del 06/02/2025 ovvero il riconoscimento della produzione effettivamente erogata in merito alle prestazioni di protonterapia per i pazienti extraregionali.

10.11. Servizi di medicina di laboratorio

10.11.1. Riorganizzazione complessiva dei Servizi di Medicina di Laboratorio

L'intervento già avviato nel 2022 con la DGR n. XI/6330/2022, per l'anno 2026 si articola nelle seguenti azioni di efficientamento organizzativo e quali-quantitativo:

- completamento dell'implementazione del progetto di potenziamento della rete informatica dei Servizi di Medicina di Laboratorio "Order Manager Regionale" (OMr) con finanziamento dedicato ai sensi della DGR n. XI/7672/2022, e della DGR n. XII /2560 del 17/06/2024 e DGR n. XII/3693 del 20/12/2024, di concerto con la U.O. Sistemi Informativi e Sanità Digitale prevedendo, considerata la complessità delle attività previste, entro la fine del 2027 il completamento dell'interfacciamento del Sistema Informativo di Laboratorio (Laboratory Information System- LIS) dei Laboratori Clinici pubblici e privati accreditati e contrattualizzati con l'OMr con la completa operatività del progetto;
- implementazione del coordinamento della Rete della Medicina di Laboratorio pubblica ai sensi del decreto 13807 del 07/10/2025;
- completamento dell'aggiornamento della DGR n. VIII/9097 del 13/03/2009 "Determinazioni in merito alla ricerca di sostanze stupefacenti e psicotrope nei materiali biologici e al dosaggio dell'etanolo".

10.11.2. Aggiornamento tecnologico dei Servizi di Anatomia Patologica e del trasporto del materiale biologico nella Rete della Medicina di Laboratorio pubblica

Ai sensi del Decreto 13807 del 07/10/2025, che istituisce la Rete dei Servizi di Medicina di Laboratorio pubblica e ne disciplina la riorganizzazione e l'efficientamento delle attività diagnostiche, si ritiene necessario procedere alla pianificazione di un aggiornamento tecnologico integrato, definendo percorsi regionali coerenti con le diverse realtà territoriali

Tenendo conto anche dell'evoluzione del Sistema Informativo di Laboratorio (LIS) e dell'implementazione del Sistema Informativo Unico di Anatomia Patologica — comprensivo delle componenti di Digital Pathology — sarà necessario definire:

- i fabbisogni per l'aggiornamento tecnologico finalizzato a garantire l'implementazione dell'automazione dei processi diagnostici di Anatomia Patologica, Cito-istologica e Molecolare;
- i criteri di allocazione delle relative risorse;
- le soluzioni tecnologiche per la gestione della logistica dei campioni, adeguate a supportare la piena operatività della Rete della Medicina di Laboratorio pubblica.

10.11.3. Appropriatezza Diagnostica

A seguito della realizzazione del progetto regionale di cartella clinica informatizzata e dell'entrata in vigore del nuovo Nomenclatore Tariffario, il Comitato Regionale dei Servizi di Medicina di Laboratorio (CReSMeL) (rif. Decreto della DG Welfare n. 11490/2023), provvederà alla predisposizione dell'istruttoria tecnica per migliorare l'appropriatezza prescrittiva ed erogativa delle prestazioni di Medicina di Laboratorio.

10.11.4. Armonizzazione del referto di Medicina di Laboratorio

Per quanto attiene il referto di Medicina di Laboratorio ai sensi della DGR n. XII/2227/2024 sarà mantenuto attivo il monitoraggio propedeutico all'integrazione dei contenuti dell'Allegato Tecnico e dei relativi sub allegati con particolare attenzione ai contenuti del referto di Medicina di Laboratorio per le aree specialistiche di Genetica Medica, Anatomia Patologica e Immunoematologia.

10.11.5. Gestione del "Controllo di Qualità Interno"

Per quanto attiene la gestione del Controllo Qualità Interno dei Servizi di Medicina di Laboratorio sarà mantenuto attivo monitoraggio propedeutico al supporto dei Servizi di Medicina di Laboratorio di Regione per la corretta applicazione e gestione del Controllo Qualità Interno.

10.11.6. Monitoraggio degli indicatori regionali della Medicina di Laboratorio

Al fine di armonizzare e semplificare le richieste dei dati ai Servizi di Medicina di Laboratorio, come previsto dalla DGR n. XI/7044/2022 e s.m.i., le scadenze e le periodicità di rendicontazione, tramite il portale/sito web del Centro Regionale di Coordinamento della Medicina di Laboratorio, sono rimodulate a partire dall'anno 2026 come segue:

- **Assetti organizzativi dei Servizi di Medicina di Laboratorio**. Il monitoraggio sarà effettuato con periodicità semestrale (e non più quadrimestrale), fine giugno e fine dicembre di ogni anno. L'autocertificazione, sottoscritta dal legale rappresentante, dovrà essere trasmessa entro il mese successivo, rispettivamente entro fine luglio e fine gennaio di ogni anno.
- **Tempi di refertazione.** È confermato il monitoraggio semestrale:
  - I semestre: dal 1° gennaio al 30 giugno;
  - II semestre: dal 1° luglio al 31 dicembre.

  I dati dovranno essere resi disponibili entro la fine del mese successivo alla scadenza (ossia entro fine luglio ed entro fine gennaio). L'autocertificazione, sottoscritta dal legale rappresentante, dovrà essere trasmessa al massimo entro il mese successivo, rispettivamente entro fine agosto e fine febbraio di ogni anno.
- **Volumi di attività analitica complessiva**. Il monitoraggio è annuale e riguarda:
  - il volume complessivo delle attività analitiche (produzione);
  - il numero di campioni analizzati con tecniche di sequenziamento massivo parallelo (Next Generation Sequencing – NGS);
  - il numero di prestazioni eseguite con codice Nomenclatore Tariffario Regionale G9.01 "CONSULENZA GENETICA ASSOCIATA AL TEST. Consulenza Genetica in paziente con ipotesi diagnostica specifica già formulata e con prescrizione di test genetico. Consulenza pre-test: spiegazione dei vantaggi e dei limiti del test genetico e somministrazione dei consensi informati (se non effettuati nell'ambito della visita). Consulenza post-test: spiegazione del risultato del test genetico";
  - il numero di prestazioni eseguite con codice Nomenclatore Tariffario Regionale 91.38.L "Consulenza Clinico Diagnostica relativa a casi oncologici, oncoematologici e per la diagnosi genetica di malattia: Include: valutazione del caso sottoposto al MTB (Molecular Tumor Board) o revisione diagnostica isto-citologiche di preparati allestiti in altra sede (prescrivibili separatamente massimo una volta per lo stesso episodio patologico) o la ri-analisi di sequenze genomiche dell'intero genoma o esoma".

  I dati dovranno essere resi disponibili entro la fine di febbraio di ciascun anno, in conformità alle indicazioni del Centro Regionale di Coordinamento della Medicina di Laboratorio. L'autocertificazione, sottoscritta dal legale rappresentante, dovrà essere trasmessa entro la fine del mese successivo (marzo) dello stesso anno.
- **Volumi di attività analitica di dettaglio (produzione).** Il monitoraggio sarà effettuato con periodicità biennale e trasmissione dei dati entro la fine di luglio dell'anno successivo a quello oggetto di rilevazione (prossimo monitoraggio anno 2026 con rendicontazione 2027). Le attività di rendicontazione devono essere effettuate in conformità alle indicazioni del Centro Regionale di Coordinamento della Medicina di Laboratorio. L'autocertificazione, sottoscritta dal legale rappresentante, dovrà essere trasmessa entro il mese successivo (agosto).
  Si precisa che, una volta operativo il progetto OMr, per i Laboratori Clinici che avranno completato correttamente l'interfacciamento con la piattaforma OMr, non sarà più richiesta la rendicontazione

periodica di cui ai punti C) e D), in quanto i dati saranno acquisiti in modo continuativo attraverso OMr e saranno resi disponibili complessivamente al Centro Regionale di Coordinamento della Medicina di Laboratorio e ai singoli Laboratori Clinici i propri dati.

10.11.7. Applicazione della Telemedicina in ambito della Medicina di Laboratorio

Nell'ambito del progetto regionale di Telemedicina, in coerenza con gli scenari di applicazione dei servizi minimi, il Gruppo di Lavoro nominato con Decreto della DG Welfare n. 11490/2023 di concerto con la U.O. Sistemi Informativi e Sanità Digitale attiverà i seguenti tavoli tecnico scientifici per la predisposizione delle relative istruttorie tecniche:

- Televisita:
  - Area Genetica Medica con la finalità di gestire la consulenza pre e post test, inclusa la valutazione per una corretta gestione del consenso informato ai test genomici
  - Area Microbiologia e Virologia Clinica, con la finalità di gestire la consulenza pre e post test per i soggetti che intraprendono il percorso di diagnosi per sospetta infezione HIV;
- Teleconsulto:
  - Area Anatomia Patologica nello sviluppo dell'applicazione della transizione alla Digital Pathology;
  - Area Microbiologia e Virologia Clinica per la gestione condivisa della refertazione mirata dell'antibiogramma e antimicogramma al fine di concorrere al contrasto dell'Antibiotico-Resistenza e nello sviluppo della microscopia digitale, della tele refertazione;
  - Area Patologia Clinica nello sviluppo della microscopia digitale, della tele refertazione;
- Teleassistenza e Telemonitoraggio:
  - Area Patologia Clinica Trombosi Emostasi, gestione dell'assistenza nella terapia anticoagulante orale (TAO) quale supporto per il paziente e il caregiver.

10.11.8. Accreditamento dei Centri/punti prelievo afferenti ai Laboratori con sede extra-regione

Entro fine marzo 2026 saranno definiti i requisiti autorizzativi e di accreditamento dei Centri/punti prelievo afferenti ai Laboratori con sede extra-regione e le relative procedure di presentazione delle istanze.

10.12. Sistema Regionale Trapianti

10.12.1. Programma Regionale Procurement Organi e Tessuti

Condizione necessaria per il miglioramento del programma regionale di donazione di organi e tessuti è l'attivazione della S.C. Coordinamento Regionale di Procurement (CRP) c/o AREU, previa autorizzazione del fabbisogno di personale relato, entro il 31/12/2025. A seguito della suddetta attivazione, si dà mandato al CRP c/o AREU:

- di formalizzare il documento "Programma Regionale donazione a cuore fermo 2026-2027, entro il 30 aprile 2026.
- di pianificare entro il 28/02/2026, di concerto con il CoRe, l'attivazione dei percorsi di donazione di organi e tessuti nel privato accreditato, che saranno oggetto di contrattazione con gli EPAA su base ATS. Il risultato atteso è l'ulteriore incremento del procurement di organi e di donazioni multi-tessuto nelle strutture sanitarie in generale e nel privato accreditato in particolare

10.12.2. Ampliamento e potenziamento delle attività svolte presso la SC Trapianti Lombardia – NITp

Adeguamento, ad 3,5 milioni di euro del finanziamento massimo previsto per garantire le attività svolte dalla S.C. Trapianti Lombardia-NITp, destinato alla Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, come indicato nella DGR n. XI/6150 del 21/03/2022. L'importo massimo delle

risorse è stato determinato sulla base della stima dei costi necessari a coprire fabbisogni per il funzionamento del Centro, calcolati in base alle spese riportate nelle rendicontazioni annuali presentate dalla Fondazione alla DG Welfare, integrate con le previsioni di spesa per il 2026. E' infatti prevedibile, per l'anno 2026, la necessità di un adeguamento organizzativo (personale, strumentazione e reagenti) del Laboratorio di Immunologia dei Trapianti e della Centrale operativa di coordinamento, alle indicazioni previste delle nuove Linee Guida del Centro Nazionale Trapianti sulla valutazione immunologica del trapianto di organo, alle indicazioni del Registro nazionale IBMDR sui tempi di esecuzione della tipizzazione HLA dei potenziali donatori di CSE iscritti al Registro regionale, e più in generale al progressivo aumento dell'attività di donazione e trapianto in Regione Lombardia.

10.12.3. Programma Regionale Trapianto Organi

Azione necessaria per l'implementazione del "Programma regionale di trapianto organi 2026-2027" è la validazione del documento di indirizzo "Programma regionale di trapianto di rene" entro il 31/12/2025. Al fine di aumentare l'efficienza del processo di presa in carico degli assistiti con indicazioni al trapianto, di gestione delle liste d'attesa e di buon uso degli organi disponibili, si dà mandato al CRT di predisporre, entro il 30/04/2026, gli indicatori di processo per le linee "trapianto fegato" e "trapianto cuore". In seno al Polo Ospedaliero, verranno di seguito attivati i tavoli tecnici "Cardiologie e Trapianti" e "Epatologie e Trapianti", finalizzati alla stesura di linee di indirizzo regionali per il percorso diagnostico-terapeutico di rete tramite il lavoro congiunto delle strutture di gestione dell'insufficienza d'organo e le strutture di trapianto regionali, tramite afferenze territoriali definite. Risultati attesi sono la riduzione dei tempi di inserimento in lista d'attesa degli assistiti residenti in Lombardia, l'armonizzazione della presa in carico sul territorio, l'aumento quanti-qualitativo dei trapianti eseguiti annualmente in Lombardia.

10.12.4. Banca Regionale Tessuti

Prosegue nel 2026 il piano di realizzazione della Banca Regionale Tessuti (BRT) presso ASST GOM Niguarda. Condizioni necessarie per lo sviluppo della BRT (attese entro il 31/12/2025) sono la DGR di istituzione della Banca Regionale Tessuti e l'approvazione dell'impegno di spesa/adeguamento fabbisogno di personale (compresa l'equipe di prelievo multi-tessuto). Entro il 31/12/2025 le sedi attuali di banca delle cornee (c/o IRCCS Fondazione San Gerardo dei Tintori e IRCCS Fondazione Policlinico San Matteo di Pavia) trasmettono a DG Welfare la tariffa unica di rimborso dei tessuti distribuiti, che sarà valida a partire dal 1° gennaio 2026, e il compendio delle convenzioni richieste da strutture exta-regionali in tema di distribuzione dei tessuti oculari. Il risultato atteso nel biennio 2026-2027 è l'aumento quali/quantitativo dei prelievi di tessuti e l'incremento del numero di tessuti distribuiti a livello nazionale/internazionale.

10.12.5. Programma Regionale Perfusione organi ed Equipe regionale prelievo organi addominali

Al fine di rendere disponibili contenitori a norma per la conservazione degli organi prelevati a scopo di trapianto (cuore, fegato, polmoni, pancreas, intestino) si dà mandato ad AREU di predisporre entro il 30 aprile 2026 gli elementi tecnici utili alla predisposizione di gara centralizzata. Per la valutazione di sistemi di preservazione dinamica, si dà mandato al Centro Regionale Trapianti (CRT), di predisporre, entro il 30 aprile 2026, l'analisi tecnico-organizzativa dei flussi di processo (strutture di prelievo-allocazione-perfusione-trapianto) propedeutico alla scelta del modello regionale da implementare in ragione della complessità del sistema regionale trapianti e in applicazione del principio di buon uso delle risorse umane e tecnologiche disponibili. Lo scopo è realizzare la standardizzazione/armonizzazione di processi e percorsi in materia di conservazione, perfusione e valutazione della qualità degli organi destinati al trapianto.

10.12.6. Qualificazione e valorizzazione dell'attività chirurgica di prelievo di organi

Prosegue il lavoro iniziato nel 2025 con le strutture di prelievo/trapianto e il Centro Regionale Trapianti in seno al Polo Ospedaliero, finalizzato alla razionalizzazione delle èquipes di prelievo degli organi addominali e al contestuale "accreditamento" del prelievo per conto terzi. Si dà mandato al Polo Ospedaliero di sviluppare, in sinergia con il CRT e gli specialisti delle strutture di trapianto, un percorso formativo di qualificazione dei chirurghi prelevatori con il coinvolgimento di Polis. L'obiettivo è l'aumento quali/quantitativo degli organi utilizzati e il buon uso dell'expertise chirurgica di prelievo.

10.12.7. Programma Regionale Trapianto di Cellule Staminali Emopoietiche (CSE)

In Lombardia l'efficienza di arruolamento dei donatori di CSE nel Registro è significativamente più bassa rispetto ad altre regioni italiane. Allo scopo di migliorare tale efficienza, si dà mandato al CoRe, di concerto con il Centro Regionale Sangue, di predisporre entro il 30 aprile 2026 gli elementi tecnici di misurazione della potenzialità di arruolamento dei donatori di CSE nelle strutture trasfusionali lombarde, propedeutica alla definizione di obiettivi specifici per le Direzioni di AST/IRCCS. Risultati attesi sono l'aumento dell'indice di arruolamento dei donatori di CSE nel Registro Regionale e l'aumento del numero di sacche di CSE "unrelated" distribuite a livello nazionale/internazionale. Contestualmente è necessaria la revisione organizzativa del modello di tipizzazione HLA del Registro Regionale presso il Policlinico di Milano, da efficientare con il contributo dei Laboratori di Immunogenetica già attivi per la tipizzazione HLA presso alcuni Centri Donatori CSE. Il CoRe contestualmente a formulare la proposta del board del Comitato Tecnico-Scientifico Regionale di trapianto CSE e a fornire l'elenco delle strutture attive nel trapianto di CSE, per la successiva DGR, in linea con la normativa nazionale vigente.

10.12.8. Anatomie Patologiche e Sistema Regionale Trapianti

Allo scopo di incrementare l'efficienza della valutazione della sicurezza e qualità anatomopatologica dei donatori di organi in Lombardia, si avvia un percorso pilota di revisione organizzativa volto a valutare i vantaggi della centralizzazione dell'attività, preliminarmente su due strutture di riferimento. Si identificano a questo proposito la Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano e ASST Grande Ospedale Metropolitano di Niguarda quali "strutture sede di Anatomie Patologiche di II livello del sistema regionale trapianti".

Si dà mandato al Centro Regionale Trapianti di produrre, entro il 30 aprile 2026, il "Regolamento Operativo per il funzionamento della rete delle Anatomie Patologiche (di I e di II livello) al servizio del sistema regionale trapianti", in raccordo con il Centro di Riferimento per la Medicina di Laboratorio e con il supporto di un tavolo tecnico composto dagli specialisti coinvolti nel percorso di procurement, allocazione e trapianto. Nel regolamento operativo saranno definiti i requisiti quali-quantitativi delle anatomie patologiche, le attività da svolgere secondo principi di efficientamento dell'utilizzo delle risorse professionali e tecnologiche e della semplificazione dei flussi di lavoro, i percorsi formativi per anatomopatologi e tecnici sanitari necessari al mantenimento delle indispensabili competenze tecniche e diagnostiche e la stesura di raccomandazioni e istruzioni operative per una corretta analisi dei prelievi e loro refertazione.

10.12.9. Campagna Regionale di informazione sulla donazione di organi

L'aumento rilevante della percentuale di dichiarazioni di volontà negative rilasciate dai cittadini presso gli uffici anagrafe e di riflesso negli sportelli delle ASST, richiede una campagna di informazione rivolta ai cittadini, parallelamente all'opera di formazione/sensibilizzazione svolta nei 1500 Comuni lombardi su base ATS. Allo scopo di valutare l'impatto della suddetta campagna, si dà mandato a DG Welfare-Polo Ospedaliero, di formulare gli elementi (es. fabbisogno di trapianto, tassi di donazione e indice del dono nei Comuni su base provinciale, sviluppo di piattaforma web di comunicazione con i cittadini), iniziative dii rinforzo con le Associazioni di settore) entro il 30/04/2026.

10.13. Attività trasfusionale

Per mantenere elevati standard di qualità e sicurezza nel Sistema Trasfusionale regionale, gli indirizzi prioritari per il 2026 saranno attuati dalle ASST/IRCCS in coordinamento con la Struttura Regionale di Coordinamento per le attività trasfusionali (SRC) presso AREU. L'obiettivo è raggiungere l'autosufficienza regionale e nazionale, garantendo sicurezza, standardizzazione dei sistemi qualità, rispetto dei principi etici della donazione gratuita e sostenibilità del sistema sanitario pubblico. Un aspetto fondamentale per garantire il ricambio generazionale e la durabilità stessa del sistema trasfusionale è il rafforzamento dell'attrattività della Disciplina di Medicina Trasfusionale, nelle sue tre aree storiche di attività (produzione emocomponenti, attività clinico assistenziali e diagnostica di laboratorio) con ambiti definiti di competenza multispecialistica.
La Rete Trasfusionale lombarda contribuisce alla sicurezza trasfusionale e all'efficienza organizzativa, influenzando cure e sorveglianza sull'appropriatezza trasfusionale. L'organizzazione in Dipartimenti di Ematologia e Medicina Trasfusionale (DMTE) e il coordinamento della SRC attualmente presso AREU, consentono una visione unitaria delle attività trasfusionali, e una operatività a processi integrati sia internamente alla rete trasfusionale, sia con molteplici attività sanitarie della Rete Ospedaliera.
Di seguito sono indicati gli obiettivi di programmazione regionale in cui si concentrerà nel 2026 l'azione delle Direzioni di ASST/IRCCS sede di SIMT, sulla base delle indicazioni e con il coordinamento della SRC attualmente presso AREU, con l'indicazione dei relativi interventi prioritari, relativamente ai quali, ove necessario, la SRC richiederà opportuna documentazione di riscontro.
Gli obiettivi prioritari delle Direzioni aziendali delle ASST/IRCCS sede di Servizio Trasfusionale (SIMT) sono:

- Rafforzamento della raccolta di plasma
  La Regione, in coerenza con gli obiettivi nazionali di autosufficienza in ambito di emoderivati, destinerà le economie derivanti dalla nuova gara di conferimento del plasma all'industria al potenziamento delle attività di raccolta, con priorità per le strutture trasfusionali, sia ospedaliere sia associative, che abbiano dimostrato capacità e volontà di investimento.
- Sostegno all'autosufficienza nell'area metropolitana di Milano
  È confermata l'attenzione al fabbisogno trasfusionale dell'area metropolitana di Milano, che rappresenta il principale polo di utilizzo regionale. Saranno promosse azioni di supporto interaziendale e associativo per garantire un livello adeguato di autosufficienza, anche attraverso la compensazione intra-regionale e l'eventuale ridefinizione dell'afferenza di alcuni centri di raccolta.
- Risposta ai nuovi patogeni (incluse arbovirosi): test stagionali e tecnologie di riduzione patogeni
  Al fine di assicurare la sicurezza trasfusionale in caso di emergenza epidemiologica, è prevista l'attivazione stagionale di test specifici *on demand* in almeno 3-4 CLV a partire dal periodo primaverile, con l'obiettivo di ridurre al minimo le sospensioni per soggiorni in aree endemiche. Contestualmente, sarà valutata la disponibilità e l'impiego mirato di tecnologie di riduzione patogeni (PRT), da attivare in caso di necessità.
- Sviluppo e valutazione di soluzioni automatizzate per la produzione di emocomponenti
  Si avvia un percorso di innovazione volto a introdurre soluzioni di automazione nei processi di produzione degli emocomponenti. Le iniziative pilota, inizialmente attivate presso Centri di Lavorazione e Validazione con sede in IRCCS, saranno monitorate attraverso indicatori di qualità, efficienza e sicurezza, al fine di valutarne la potenziale estensione a livello regionale.
- Appropriatezza trasfusionale e Patient Blood Management (PBM)
  Saranno potenziati i programmi di Patient Blood Management (PBM) in tutte le ASST e IRCCS, valorizzando il ruolo dei team multidisciplinari e garantendo il monitoraggio regionale degli indicatori di appropriatezza, al fine di ridurre i rischi per i pazienti, assicurare l'uso razionale delle risorse e contribuire all'autosufficienza regionale.

- Avvio della revisione del Piano Sangue Regionale
  Nel corso del 2026 sarà avviata la revisione del Piano Sangue Regionale, con l'obiettivo di elaborare un nuovo documento di programmazione aggiornato al contesto epidemiologico, organizzativo e normativo, in coerenza con gli indirizzi nazionali e con il Programma di autosufficienza.
- Integrazione con le altre SoHO (Substances of Human Origin)
  In coerenza con gli sviluppi normativi europei, la Regione intende favorire l'integrazione del sistema trasfusionale con le altre reti SoHO, promuovendo modelli organizzativi coordinati e garantendo standard comuni di qualità e sicurezza.

10.13.1. Attività trasfusionali - Banca del sangue raro

Per l'esercizio 2026, è previsto un finanziamento massimo di 1,3 milioni di euro per garantire le attività della Banca del sangue raro, destinato alla Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, come indicato nella DGR n. XI/5803 del 29/12/2021. L'ammontare massimo delle risorse è stato determinato sulla base della stima dei costi necessari a coprire i fabbisogni per il funzionamento della Banca, calcolati in base alle spese riportate nelle rendicontazioni annuali presentate dalla Fondazione alla DG Welfare.

10.13.2. Attività trasfusionali – Banca del cordone ombelicale

Per l'esercizio 2026 è previsto un finanziamento massimo di 2,6 milioni di euro per garantire le attività della Banca del cordone ombelicale nelle due sedi regionali ubicate presso la Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano e presso la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia, come indicato dalla DGR n.XII/4177 del 07/04/2025.

A favore di ognuna delle due Fondazioni IRCCS, è riconosciuto un corrispettivo massimo pari ad 1,3 milioni di euro. La previsione dell'ammontare massimo delle risorse deriva dalla stima dei costi necessari a coprire i fabbisogni per le attività in cui si articola il funzionamento della Banca del sangue cordonale, calcolati in base alle spese riportate nelle rendicontazioni annuali presentate dalle Fondazioni alla DG Welfare.

10.13.3. Sistema regionale trapianti – S.C. Trapianti Lombardia – NITp

Per l'esercizio 2026, è previsto un finanziamento massimo di 2,85 milioni di euro per garantire le attività della S.C. Trapianti Lombardia-NITp, destinato alla Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, come indicato nella DGR n. XI/6150 del 21/03/2022. L'importo massimo delle risorse è stato determinato sulla base della stima dei costi necessari a coprire i fabbisogni per il funzionamento del Centro, calcolati in base alle spese riportate nelle rendicontazioni annuali presentate dalla Fondazione alla DG Welfare. I costi del Coordinamento Regionale Trapianti, che opera presso la DG Welfare-Polo Ospedaliero, andranno rendicontati su CdR separato.

Allo scopo di incrementare l'efficienza della valutazione della sicurezza e qualità anatomopatologica dei donatori di organi in Lombardia, si avvia un percorso pilota di revisione organizzativa volto a valutare i vantaggi della centralizzazione dell'attività, preliminarmente su due strutture di riferimento.

Si identificano a questo proposito la Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano e ASST Grande Ospedale Metropolitano di Niguarda quali "strutture sede di Anatomie Patologiche di II livello del sistema regionale trapianti"

Si dà mandato al Centro Regionale Trapianti di produrre, entro il 30 aprile 2026, il "Regolamento Operativo per il funzionamento della rete delle Anatomie Patologiche (di I e di II livello) al servizio del sistema regionale trapianti", in raccordo con il Centro di Riferimento per la Medicina di Laboratorio e con il supporto di un tavolo tecnico composto dagli specialisti coinvolti nel percorso di procurement, allocazione e trapianto. Nel regolamento operativo saranno definiti i requisiti quali-quantitativi delle anatomie patologiche, le attività da svolgere secondo principi di efficientamento dell'utilizzo delle

risorse professionali e tecnologiche e della semplificazione dei flussi di lavoro, i percorsi formativi per anatomopatologi e tecnici sanitari necessari al mantenimento delle indispensabili competenze tecniche e diagnostiche e la stesura di raccomandazioni e istruzioni operative per una corretta analisi dei prelievi e loro refertazione.

10.14. HTA (Health Technology Assessment)

Il paragrafo 4.7 “HTA (Health Technology Assessment) DGR n. XII/3720 del 30/12/2024 (Indirizzi di Programmazione 2025) viene così modificato, anche rispetto alla DGR n. XII/4938 – Seduta del 04/08/2025.

Con la legge regionale n. 23/2015, Regione Lombardia ha attivato un programma di HTA per supportare l'uso consapevole dei Dispositivi Medici e delle tecnologie sanitarie, coordinato dalla DG Welfare. Inoltre, con la legge regionale n. 22/2021, in collaborazione con le strutture sanitarie, è stato adottato un sistema di mappatura delle tecnologie del SSL per programmare le acquisizioni in base ai fabbisogni, includendo le metodologie di valutazione HTA.

La DG Welfare ha riorganizzato l'HTA regionale, ampliando la partecipazione degli stakeholder. L’obiettivo del programma è favorire l’adozione di tecnologie efficaci, sicure ed efficienti, sostituendo quelle meno performanti, con modalità trasparenti e verificabili.

Il processo di valutazione si applica alle tecnologie innovative o emergenti che potrebbero influire sul SSR e a quelle che modificano o ampliano il loro utilizzo. La U.O. Polo Ospedaliero, per il tramite del Centro Regionale di HTA e della Commissione Regionale, integrata con altre U.O. della DG Welfare, esamina e prioritizza le richieste degli stakeholder, tra cui le Reti di Patologia, ATS, ASST, IRCCS e produttori di tecnologia. Le ASST/IRCCS e le Reti di Patologia saranno coinvolte nella realizzazione dei rapporti tecnici di HTA (assessment), con tavoli tecnici appositamente istituiti e a seguito di consultazione pubblica. ASST Niguarda con apposita convenzione fornisce supporto tecnico e istruttorio Centro Regionale e verrà inoltre istituito con apposito decreto un gruppo ristretto di esperti delle commissioni aziendali a supporto del Centro Regionale.

La Commissione HTA multidisciplinare, istituita con decreto del 12 luglio 2024, produce un giudizio di appropriatezza d’uso (appraisal) basato su evidenze. Le Reti di Patologia partecipano al processo di assessment e appraisal. La commissione HTA può anche assumere un ruolo proattivo, valutando autonomamente nuove tecnologie e proponendo soluzioni innovative. Se necessario, si attiveranno collaborazioni con esperti esterni per garantire una valutazione integrata. L’attività del Centro Regionale HTA supporterà la Commissione ASAT come parte integrante. Gli esiti di valutazione delle tecnologie potranno fornire indicazioni sulla revisione delle codifiche di rimborso in collaborazione con altre U.O. della DG Welfare e istituendo tavoli specifici.

Il processo fornirà informazioni strategiche alla DG Welfare, alle sue strutture e alle organizzazioni per le attività di procurement. Su richiesta, il monitoraggio potrà essere supportato dall'Agenzia di Controllo del Sistema Socio-Sanitario Lombardo.

La DG Welfare, attraverso il Centro collaborativo di HTA, risulta tra i Centri collaborativi di Agenas, come indicato nella conclusione della procedura di selezione per l’istituzione dell’Albo dei Centri Collaborativi regionali e dei Soggetti pubblici e privati disponibili a collaborare al PNHTA DM 2023-2025 (consultabile al link: https://www.agenas.gov.it/aree-tematiche/hta-health-technology-assessment/albo-dei-centri-collaborativi-hta). Tale collaborazione sarà regolata dall'Accordo di Collaborazione ai sensi dell'ex art. 15 Legge n. 241/1990. Questo coinvolgimento riguarderà sia la produzione di report a livello nazionale sia l'implementazione di programmi di formazione di base sulla metodologia HTA, in collaborazione anche con AGENAS.

10.15. Innovazione tecnologica

Nel 2026, la DG Welfare, per il tramite della ASAT, avvierà un programma di investimenti per l'innovazione tecnologica nelle strutture del Sistema Sanitario Regionale (SSR), con focus su tecnologie avanzate per la medicina personalizzata. Le principali aree di intervento includono:

- PET-CT: Tecnologie diagnostiche avanzate per esaminare tutto il corpo del paziente, attraverso una corretta distribuzione di tali tecnologie in Lombardia. Ciò potrà riguardare sia un piano di investimenti regionali per tecnologie digitali "standard" che di tecnologia a grande campo di acquisizione (total body)
- MR-linac: Investimento in tecnologie per il trattamento preciso dei tumori, con un bando per la selezione di un secondo centro pubblico in Lombardia;
- Terapia con protoni: Investimento in tecnologie per il trattamento preciso dei tumori, con un
- bando per la selezione di un centro pubblico in Lombardia;
- Aggiornamento delle medie-basse tecnologie: Progetti di rinnovo e implementazione delle tecnologie ospedaliere, continuando gli investimenti del 2025.

Nell'ambito sanitario deve essere valutata con grande attenzione l'introduzione dell'Intelligenza Artificiale (IA), importante innovazione tecnologica ormai ampiamente presente in diversi settori diagnostici e terapeutici.

Regione Lombardia sta avviando dei pilota per valutare pro e contro nell'affiancamento alla refertazione dello stroke (nell'ambito degli HUB/SPOKE dello stroke), alla refertazione della RM per lo screening della prostata e dello screening della mammella (nell'ambito dei progetti della prevenzione).

In relazione a tali progetti pilota, nel 2026 si valuterà se attivare gare europee che dare un supporto alle strutture sanitarie coinvolte, utilizzando soluzioni IA per le diverse tecniche diagnostiche.

Nel corso del 2026 entrerà in attività il Virtual Network Archive (VNA) che permetterà di accedere alle immagini diagnostiche e terapeutiche DICOM presenti nei PACS aziendali tramite il Fascicolo Elettronico di Regione Lombardia.

Si auspica che le Direzioni Strategiche rendano disponibili le risorse aziendali per una corretta realizzazione dell'archivio regionale che permetterà un fondamentale interscambio di informazioni sanitarie dei pazienti (sia referti che immagini presenti nel FSE) le cui prestazioni di imaging possono così essere svolte in diversi ospedali regionali.

10.16. Robotica

Nel 2026, la DG Welfare estenderà il programma di formazione sulla chirurgia robotica, come previsto dalla DGR n. 2966/2024. Saranno definiti i criteri per la formazione delle equipe chirurgiche presso i centri hub, che includono GOM Niguarda, IRCCS Policlinico di Milano, Spedali Civili di Brescia, IRCCS San Matteo, Papa Giovanni XXIII di Bergamo, Sette laghi di Varese, IRCCS San Gerardo di Monza. I centri riceveranno un potenziamento tecnologico per la formazione, e il personale delle strutture "spoke" (chirurghi, anestesisti, infermieri) verrà formato inizialmente presso gli hub.

Nel 2026, nel contesto dei centri Hub, saranno identificate le strutture presso le quali avviare programmi sperimentali finalizzati all'ottimizzazione delle risorse di personale che compongono l'équipe delle sale operatorie robotiche.

10.17. Risk Management

Le iniziative del Centro regionale del rischio sanitario e sicurezza del paziente sono allineate agli standard del WHO Global Safety Action Plan 2021-2030, con un avvio progressivo delle attività in linea con gli obiettivi del piano e in collaborazione con la Commissione Salute e AGENAS.

Per lo sviluppo di temi specifici e la definizione dei piani aziendali di risk management, si rimanda alle “Linee Operative regionali di Risk Management” predisposte annualmente dal Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente.

Alla luce dei risultati della Survey condotta in collaborazione con l’Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario, nel corso dell’anno 2026 verrà istituito, nell’ambito del Centro Regionale per la gestione del rischio sanitario e sicurezza delle cure un gruppo di lavoro finalizzato a redigere un documento che dettagli un modello organizzativo di riferimento per la funzione di Risk Management all’interno degli enti del SSR con posti letto che dettagli ruolo, attività, rapporti e risorse (un modello sostenibile e scalato in funzione del numero di posti letto e numero di presidi).”

10.17.1. Sicurezza in area ostetrica e perinatale

Ogni ASST deve gestire il rischio clinico nel processo di travaglio/parto segnalando i triggers materno/fetali nei CEDAP e analizzandoli tramite audit, con azioni di miglioramento da riportare nei piani annuali di rischio. Gli eventi trigger che diventano eventi sentinella devono essere segnalati anche in SIMES. Proseguiranno le attività regionali sulla sorveglianza della mortalità materna e dei near miss ostetrici in collaborazione con l'ISS (progetto ItOSS). Nel 2026 continuerà il progetto di "peer review" per migliorare la sicurezza e l'appropriatezza nei punti nascita del SSR, e rimarrà attiva la sorveglianza della mortalità perinatale, con l'importanza dell'esecuzione del SEA o del debriefing clinico, secondo le indicazioni del risk manager aziendale. Proseguirà nel 2026 il progetto di formazione con simulazione sul rischio ostetrico e in collaborazione al risk management, coinvolgendo professionisti dei punti nascita Hub&Spoke, in collaborazione con AREU e secondo le risorse assegnate con specifico. In ambito di rischio neonatologico sarà implementato un piano formativo con la collaborazione di Polis e si valuterà la necessità di implementare un progetto di formazione con simulazione, in collaborazione con AREU.

10.17.2. Implementazione di un sistema per la gestione del rischio in ambito sociosanitario e territoriale

Il Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente continuerà, in collaborazione con i risk manager delle ATS, a supportare le UdO sociosanitarie nell’implementazione dei requisiti di sicurezza e qualità delle cure, come definito dal D.M. del 19/12/2022. Le attività includeranno formazione per i referenti del risk management, la realizzazione di strumenti di supporto (es. check list, modelli di Incident Reporting) e il miglioramento della gestione dei seguenti ambiti: gestione sicura del farmaco, infezioni correlate all’assistenza, gestione degli eventi inattesi, e violenza sugli operatori. Le ATS, inoltre, implementeranno attività di risk management, in particolare per la violenza sugli operatori, e analizzeranno i rischi per migliorare i processi di screening e prevenzione delle malattie infettive. Le ASST dovranno garantire gli stessi strumenti di gestione del rischio sanitario anche per le Cure Primarie, con attenzione alle segnalazioni di Incident Reporting, violenza sugli operatori e l'avvio dei nuovi Distretti (Case di Comunità e Ospedali di Comunità), oltre allo sviluppo della telemedicina. In collaborazione con la U.O. Prevenzione si dovranno prevedere lo svolgimento di almeno un audit con applicativo Herm Lomb.

10.17.3. Sviluppo della gestione del “full risk based thinking” (HERM)

Nell'ambito del risk management, continuerà l'implementazione del modello Healthcare Enterprise Risk Management (HERM) per una gestione integrata dei rischi in sanità, applicato ad almeno tre processi aziendali, seguendo le indicazioni del Decreto DG Welfare n. 20638 del 21/12/2023. L'attivazione del modello HERM e eventuali audit sui rischi principali, previsti nel PARM (Piano Annuale di Risk Management), saranno supportati da formazione e tutoraggio offerti dal Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario. Il Risk Manager avrà il compito di stimolare e supportare le direzioni aziendali nella valutazione e gestione dei rischi, superando la visione separata e aggregando i risultati per presentare i rischi in modo univoco e prioritizzato, aiutando il Comitato di Gestione del Rischio

nell'adozione delle azioni necessarie. A tale scopo si ritiene utile l'implementazione di procedura integrata con le funzioni di internal auditing.

10.17.4. Gestione delle crisi e continuità operativa (linee di indirizzo)

Nel corso dell'anno 2026 i Risk Manager devono proporsi attivamente con tutti gli attori coinvolti nelle unità di crisi, per condividere ed adottare idonei strumenti di "business continuity" e "crisis management" in coerenza con le linee di indirizzo regionali ed i piani di emergenza pandemica e successivamente con gli altri piani di emergenza previsti dalla normativa (PEI, PEMAF, ec.).

10.17.5. Prevenzione infezioni correlate all'assistenza e sepsi

Con il Decreto DG Welfare n. 20674 del 21/12/2023, aggiornato rispetto al precedente Decreto n. 7517/2013, le strutture sanitarie sono invitate a rivedere i propri PDTA aziendali, adattandoli alle realtà locali e implementando un sistema di allerta precoce per la gestione della sepsi e shock settico, come indicato nelle Linee Guida 2021 della "Surviving Sepsis Campaign". Il programma di miglioramento include lo screening dei soggetti a rischio, trattamenti codificati e formazione dedicata. È stata fornita una Scheda di Audit per facilitare e standardizzare l'audit, che dovrà essere rendicontato nel PARM e analizzato da un gruppo regionale per aggiornare una nuova Check List Logistico-Organizzativa. Le strutture devono condurre audit su un campione di cartelle cliniche, aderire alla compilazione della nuova Check List e partecipare alla formazione regionale. Inoltre, i risk manager aderenti alla Carta per la qualità e sicurezza delle cure di FIASO-Cittadinanza Attiva sono invitati a coordinare le attività previste, coinvolgendo i rappresentanti dei pazienti, e a condividere i risultati con il Centro regionale per la Sicurezza del Paziente. Vista la DGR n. XII/4562 "Presa d'atto e approvazione delle "linee di indirizzo regionali per la profilassi antibiotica peri-operatoria (pap) nel paziente adulto", il risk manager deve coordinarsi con la Direzione Aziendale e in particolare con il referente CIO per il recepimento del provvedimento e il monitoraggio dell'applicazione, nonché nelle misure correttive definite dalla stessa.

10.17.6. Sistema di monitoraggio delle attività di risk management

Sono disponibili nella sezione *Indicatori- Gestione del Rischio* della piattaforma regionale Tableau, i dati relativi all'andamento della sinistrosità nonché i patient safety indicator sviluppati secondo specifici raggruppamenti. È in via di implementazione l'area di indicatori legati alla raccolta dati derivanti dall'incident reporting regionale presenti nella piattaforma HERMLomb. Il monitoraggio periodico di questi indicatori fornisce ai Risk Manager informazioni utili per identificare aree di miglioramento, che saranno considerate nella definizione dei piani annuali di risk management. Vista la DGR n. XII/4562 "Presa d'atto e approvazione delle "linee di indirizzo regionali per la profilassi antibiotica peri-operatoria (pap) nel paziente adulto", il risk manager deve coordinarsi con la Direzione Aziendale e in particolare con il referente CIO per il recepimento del provvedimento e il monitoraggio dell'applicazione, nonché nelle misure correttive definite dalla stessa.

10.17.7. Applicativo di incident reporting- HERMLOMB e gestione segnalazioni

Nel 2026, il nuovo applicativo regionale di Incident Reporting - HERMLomb, sviluppato con la U.O. Prevenzione, deve essere definitivamente implementato nelle strutture pubbliche tramite i Risk Manager. Questi dovranno coinvolgere tutto il personale per segnalare near miss, eventi avversi, cadute accidentali, atti di violenza ed esiti di audit. L'incident reporting fornisce informazioni per gestire i rischi e consente al Centro Regionale di raccogliere dati aggregati, utili per misurare la rischiosità e soddisfare gli obblighi informativi previsti dalle Leggi nn. 24/2017 e 113/2020, inclusi i monitoraggi sugli agiti violenti in collaborazione con l'Agenzia di Controllo del Servizio Socio-Sanitario Lombardo. La rendicontazione delle azioni di miglioramento predisposte e messe in atto per gli eventi sentinella dovrò essere rendicontato nel PARM.

In caso di eventi critici con impatto significativo sull'organizzazione o mediatico, saranno attivati audit di terzo livello congiunti con l'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario per identificare carenze organizzative che necessitano di azioni correttive da parte della DG Welfare o delle ATS.

10.17.8. Formazione dei risk manager/network di risk management

Nel 2026, in collaborazione con Accademia Polis, saranno avviate eventi formativi (uno per semestre) per i Risk Manager e gli attori del sistema su temi come: rischio ostetrico e materno-infantile, rischio neonatale, sviluppo di non technical skills con particolare attenzione al tema delle aggressioni, simulazione per il risk management, formazione per CVS, mediazione di conflitti, FAD su infezioni correlate all'assistenza e attività di risk management per le UdO sociosanitarie. Inoltre, si terranno i Network trimestrali di Risk Management per aggiornamenti regionali e lo scambio di buone pratiche.

10.17.9. Gestione del contenzioso/copertura assicurativa RCT/RCO

In attesa dei decreti attuativi della Legge n. 24/2017, si confermano le seguenti azioni:

- Le procedure di copertura assicurativa RCT/RCO saranno gestite tramite la Centrale d'Acquisto Regionale di ARIA, con il progetto di centralizzazione della gara che annualmente vede primariamente coinvolti gli enti con polizza in scadenza;
- I Comitati di Valutazione Sinistri dovranno essere adeguatamente strutturati per la gestione dei sinistri, in linea con il Decreto DG Welfare n. 15406/2022, che fornisce le linee guida per la gestione del contenzioso sanitario;
- Con decreto n.2007 del 17/02/2025 è stato rivisitato l'assetto dei Raggruppamenti legali e medici legali e con la nota 2025.0027923 del 11/07/2025, sono stati individuati i nuovi coordinatori che hanno il compito di diffondere all'interno dei Raggruppamenti i temi condivisi dal gruppo ristretto regionale per favorire una gestione più integrata e condivisa dei sinistri. L'attività di ciascun raggruppamento dovrà essere rendicontata annualmente.
- Le Direzioni Strategiche dovranno attuare le linee guida per la mediazione dei conflitti, creando una rete regionale di mediatori per migliorare i processi di ascolto e risoluzione delle controversie; a tal fine è importante individuare all'interno degli enti i professionisti idonei a questo ruolo favorendo inoltre la partecipazione degli stessi ai corsi di formazione specifici.

10.17.10. AREU

Nell'ambito dei progetti di risk management, si mantiene l'implementazione dell'attività di monitoraggio dei percorsi di STAM e STEN che devono svolgersi secondo le modalità previste dalla normativa regionale di riferimento (DGR n. 2396 del 11/11/2019 "Rete Regionale per l'Assistenza materno-Neonatale: determinazioni in merito al Sistema di Trasporto Materno Assistito (STAM) e al Sistema di Trasporto in Emergenza del Neonato e del Lattante").

10.17.11. Rischio nutrizionale

Si chiede ai Risk Manager di verificare l'applicazione della Deliberazione n. XII/812 del 29/01/2024, che attiva il percorso di screening nutrizionale nelle strutture del SSR e a domicilio. Inoltre, dovranno rendicontare l'adozione di procedure aziendali e buone pratiche locali. Sono raccomandate iniziative formative per sensibilizzare sull'importanza dello screening nutrizionale e sulla segnalazione di near miss, eventi avversi e sentinella, sia in ambito ospedaliero che territoriale.

10.17.12. Raccomandazioni ministeriali

Si sottolinea l'importanza di completare l'implementazione delle raccomandazioni ministeriali dove ancora parziale, aggiornando le procedure e i protocolli per il monitoraggio annuale promosso da AGENAS, essenziale per il parametro LEA punto Rischio Clinico AS.1. L'implementazione della raccomandazione richiede che siano soddisfatti tre requisiti:

- adottare con provvedimento formale la procedura di recepimento o la revisione della stessa;
- formare gli operatori con evidenza della avvenuta formazione;
- effettuare almeno un monitoraggio degli indicatori di processo.

10.18. Mobilità sanitaria interregionale

10.18.1. Accordi bilaterali obbligatori tra con le Regioni/PA per il governo della mobilità sanitaria e delle correlate risorse finanziarie

L'Articolo 1, comma 319 legge 207/2024 stabilisce: "Per il conseguimento del livello di appropriatezza nell'erogazione e nell'organizzazione dei servizi di assistenza ospedaliera e specialistica, è fatto obbligo a ciascuna regione e a ciascuna delle province autonome di Trento e di Bolzano di sottoscrivere accordi bilaterali, per il governo della mobilità sanitaria interregionale e delle correlate risorse finanziarie, con tutte le altre regioni e province autonome con le quali la mobilità sanitaria attiva o passiva assuma dimensioni che determinano fenomeni distorsivi nell'erogazione dell'assistenza sanitaria."

Alla DG Welfare è demandata la sottoscrizione degli accordi per il governo della mobilità sanitaria di seguito riportati. Gli eventuali effetti economici dovuti agli abbattimenti sulle produzioni che tali accordi ricadranno sulle strutture erogatrici delle prestazioni.

10.19. Mobilità sanitaria internazionale

Le ASST, IRCCS e le strutture private accreditate, che erogano prestazioni ambulatoriali o di ricovero e cura a favore di cittadini comunitari o extracomunitari provenienti da paesi con cui vigono accordi bilaterali con l'Italia, devono fornire alla ATS di riferimento ogni elemento utile alla fatturazione alla cassa mutua estera.

In mancanza di TEAM, attestato di diritto UE o attestato previsto dagli accordi bilaterali, si deve procedere alla richiesta di pagamento delle prestazioni erogate al cittadino che ha usufruito delle prestazioni sanitarie.

I referenti ATS per la mobilità sanitaria internazionale verificano e monitorano la fatturazione attiva, passiva e la gestione delle contestazioni negli applicativi ministeriali ASPE e NSMI-EESSI.

Il codice STP - Straniero Temporaneamente Presente - è uno strumento che permette l'applicazione del diritto all'assistenza sanitaria urgente e indifferibile anche ai cittadini extraUE irregolarmente presenti sul territorio italiano. I codici STP, da indicazioni ministeriali, possono essere rilasciati esclusivamente da ATS, ASST, ASL, strutture ospedaliere pubbliche, policlinici universitari e IRCCS. Le strutture private accreditate, non essendo autorizzare a rilasciare in autonomia i codici STP, devono concordare con la propria ATS di riferimento la modalità dello stesso rilascio. La composizione del codice deve attenersi alle indicazioni ministeriali più volte richiamate da note regionali. L'errata composizione del codice e/o il rilascio da parte di soggetti non autorizzati è causa di mancato rimborso delle prestazioni fruite da parte del Ministero della Salute a Regione Lombardia.

10.20. Funzioni non tariffate

Parallelamente al percorso di revisione ed aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di ricovero e cura e di specialistica ambulatoriale, Regione Lombardia ha condotto una progressiva rivisitazione delle attività da finanziare mediante l'istituto delle funzioni non tariffate. Già nel corso del 2024, infatti, a seguito dei rilievi emersi dal Tavolo degli adempimenti, con DGR XII/2854 del 29/07/2024 sono cessate le FnT relative a "Anziani in acuzie", "Formazione personale infermieristico, della riabilitazione e tecnico sanitario" e "Complessità di gestione File F". L'attività di razionalizzazione delle funzioni è proseguita nel corso del 2025 (DGR XII/ 4678 del 7/07/2025), prevedendo la cessazione delle funzioni "Rete d'offerta specialistica extraospedaliera", "Attività consultoriali sul livello distrettuale" e "Sistema Vaccinale".

Le funzioni assistenziali da remunerare verranno aggiornate sulla base di standard organizzativi e di costi unitari predefiniti dei fattori produttivi, tenendo conto, quando appropriato, del volume dell'attività svolta. Al fine di migliorare il sistema di finanziamento delle prestazioni sanitarie, le funzioni saranno ulteriormente razionalizzate, mantenendo la coerenza dell'impianto delle funzioni non tariffate alle

caratteristiche generali identificate dall'art. 8-sexies c.2 del D-Lgs. 502/1992 e prediligendo, ove possibile, la remunerazione "a tariffa".

Si ricorda che l'attività di rivisitazione delle funzioni non tariffate si basa sui dati di contabilità analitica che ogni erogatore, sia pubblico che privato, deve rendere; per tale motivazione, l'acquisizione dei dati rimane condizione necessaria ed indispensabile per poter accedere all'istituto di finanziamento delle funzioni non tariffabili.

10.21. Maggiorazioni tariffarie

Nel corso del 2025 è stato avviato l'iter legislativo per innovare l'impianto delle maggiorazioni tariffarie, con l'obiettivo di favorire l'integrazione dei processi di diagnosi e cura con le attività di didattica e di ricerca sanitaria presso le fondazioni IRCCS di diritto pubblico e di diritto privato accreditate a contratto e le strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate a contratto, che siano convenzionate con le università sedi di facoltà di medicina e chirurgia.

L'aggiornamento delle maggiorazioni tariffarie prevede la definizione di nuovi criteri per il riconoscimento del beneficio economico, che tengano conto degli aspetti organizzativi, gestionali, tecnologici ed economici correlati alle attività di didattica e di ricerca, nonché dell'impatto di queste attività sulla qualità delle cure prestate. Il rinnovamento dell'impianto delle maggiorazioni, che può prevedere successivi aggiornamenti triennali, rimane coerente con la normativa statale di riferimento (d.lgs. 517/1999 "Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università", con particolare riguardo all'art. 7, comma 2) e con le disposizioni degli articoli 28 e 29 della stessa l.r. 33/2009, relative alla rete regionale dell'assistenza, della didattica, della formazione e della ricerca e ai protocolli d'intesa tra la Regione e le Università. La previsione di un aggiornamento triennale dei criteri di accesso e di riconoscimento delle maggiorazioni tariffarie consente ai beneficiari di programmare le attività sanitarie con un orizzonte temporale congruo e quindi una migliore integrazione con le attività di didattica, formazione e ricerca.

Con l'entrata in vigore dell'art. 27 bis della L.R. n. 33/2009 di nuova formulazione, la Giunta regionale definirà, oltre ai criteri per il riconoscimento del beneficio della maggiorazione, le modalità ed i termini che gli Enti pubblici e privati dovranno seguire per presentare l'istanza di accesso. In particolare, nel presentare l'istanza, gli Enti richiedenti si impegnano ad assolvere al debito informativo, connesso allo svolgimento dell'attività istruttoria relativa alla concessione del beneficio, con particolare riguardo ai rendiconti economici e di contabilità analitica, oltre che alla pubblicazione dei bilanci d'esercizio sul proprio sito.

La ragione per la quale si richiede l'assunzione di tale impegno è da ricercare nella necessità di disporre di dati economici (bilancio d'esercizio, rendicontazioni e contabilità analitica) e qualitativi (es. numero studenti, impact factor, numero di trial clinici, ecc.) in grado misurare le risorse impiegate e il valore dei costi indotti dalle attività di didattica e di ricerca sull'attività assistenziale; i dati economici e qualitativi sono fondamentali per definire ed aggiornare i costi standard, consentendo di controllare l'utilizzo delle risorse del fondo sanitario regionale.

Alla spesa complessiva si provvede con risorse del Fondo sanitario regionale, mediante stanziamenti che garantiscano il rispetto dell'equilibrio economico finanziario di sistema e dei vincoli di finanza pubblica (art. 15 comma 14 del DL 95/2012), che vengono stimati in 273 milioni di euro.

10.22. Negoziazione sanitaria

I contratti sottoscritti hanno durata giuridica biennale (validità 2025 e 2026), salvo eventuali modifiche e integrazioni. L'accordo economico, scheda budget, avrà rivalutazione annuale.

La procedura per la negoziazione e la sottoscrizione dei contratti con tutti gli Erogatori di prestazioni sanitarie, prevede la sottoscrizione della scheda di budget per l'annualità 2026 entro il 31 marzo 2026. I contratti del 2025 sono prorogati fino alla sottoscrizione della suddetta scheda di budget per permettere l'erogazione delle prestazioni e il riconoscimento degli acconti agli erogatori pubblici e privati.

La definizione dei budget verrà fatta partendo dai valori presenti nei contratti attuali aggiornati e rimodulati dai criteri delineati nei seguenti paragrafi.

Si ricorda che non dovranno essere considerate le eventuali rimodulazioni non storicizzabili disposte nel corso del 2025, tenuto necessariamente conto dei vincoli discendenti dalla normativa nazionale in tema di monitoraggio della spesa e di quelli di acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza sanitaria ospedaliera e ambulatoriale.

In caso di trasformazione di posti letto di degenza ordinaria in posti tecnici e/o in caso di variazione del setting assistenziale di alcune prestazioni, le ATS possono procedere alla rimodulazione e all'adeguamento dei valori di budget (ricoveri e specialistica ambulatoriale) a parità di risorse complessivamente contrattualizzate con la struttura/ente unico richiedente la trasformazione.

Nel caso, per validi motivi gli enti dovessero cessare l'offerta di alcune attività fondamentali nella programmazione regionale, ATS in concerto con la DG Welfare può valutare di:

- Chiedere di rimodulare il case-mix al fine di rispondere alla domanda territoriale;
- Ridistribuire parte del budget legato a tale attività, verso altri Erogatori al fine di garantire la presa in carico dei pazienti.

I dati relativi ai flussi informativi devono essere inviati entro le scadenze determinate, ulteriori invii non comporteranno oneri al sistema e avranno quindi solo valore epidemiologico.

I posti letto necessari per onorare gli impegni contrattuali annualmente negoziati dagli erogatori con le ATS sono i posti letto accreditati e a contratto (DGR n. XI/1046/2018 e s.m.i), i ricoveri dovuti a situazioni di emergenza/urgenza, adeguatamente documentati, potranno determinare una presenza di pazienti superiore al numero dei posti letto a contratto, considerando la media quadrimestrale, nel limite di quelli accreditati. Per i ricoveri in regime di day hospital-day surgery, il numero dei pazienti ricoverati non può superare il doppio del numero complessivo dei posti letto autorizzati per ricoveri a ciclo diurno.

Per l'anno 2026 sono possibili per gli erogatori privati:

- le rimodulazioni di budget per le risorse contrattualizzate per gli enti unici, finanziando eventuale attività di ricovero relativamente ad altre strutture appartenenti al medesimo ente unico.
- Lo spostamento del 3% dell'importo del singolo budget da ricovero per cittadini extraregione al budget per i ricoveri dei cittadini lombardi (Quale base si considera il valore 2025 come aggiornato dalle regole 2024-2025).

Per le strutture pubbliche sono permesse rimodulazioni per il riconoscimento completo della produzione erogata.

Tali operazioni sono da considerarsi non storicizzabili.

In caso di non completo utilizzo delle risorse negoziate, le ATS, nel rispetto dei tetti contrattuali, potranno, con riferimento all'ultimo trimestre, previe verifiche sulla completezza dei flussi informatici, in accordo con l'erogatore e previa autorizzazione della DG Welfare, riorientare le risorse presso altri Erogatori dello stesso comparto (pubblico su pubblico, privato su privato), ridefinendo fino ad un valore pari al 10% del budget del singolo erogatore coinvolto.

Le rimodulazioni potranno essere chieste dagli erogatori alle ATS oppure proposte da ATS agli erogatori e concordate con gli stessi. L'eventuale segnalazione dell'esigenza di modificare il budget dovrà essere inviata dall'Erogatore, entro e non oltre il 31 ottobre dell'anno in corso alla ATS di

riferimento. Le istanze pervenute dagli erogatori oppure le proposte delle ATS agli erogatori stessi dovranno essere trasmesse entro e non oltre il 15 novembre alla DG Welfare, unitamente ad una propria valutazione. Per le istanze di rimodulazione che riguardano diversi ambiti territoriali, la valutazione deve essere svolta e condivisa da tutte le ATS coinvolte. Successivamente, entro il 30 novembre, la DG Welfare provvederà a comunicare l'eventuale approvazione delle rimodulazioni alle ATS territorialmente competenti.

10.22.1. Attività di ricovero e cura

Situazioni di ipoproduzione protratte per due anni consecutivi porteranno a valutazioni da parte della ATS competente e di dg welfare per la riattribuzione del budget all' interno dello stesso territorio.

Ciò vale per i budget incrementali e per quelli ordinari, la misura massima di decurtazione e i criteri di ridistribuzione saranno oggetto di analisi da parte del tavolo negoziazione e a seguito di specifico provvedimento.

EROGATORI DI DIRITTO PUBBLICO

Il sistema di negoziazione con gli erogatori di diritto pubblico prevede un budget complessivo indipendentemente dalla residenza e dalla nazionalità.

Per adeguare i budget alla capacità produttiva del settore pubblico e riequilibrare le risorse regionali, gli erogatori pubblici dovranno concordare con le ATS una proposta di budget 2026 per ciascuna attività, accompagnata da una relazione di massimo 20 righe.

Le proposte, condivise con le ATS, dovranno essere inviate alla DG Welfare entro il 31 gennaio 2026 per la validazione e la firma della scheda di budget entro il 31 marzo 2026.

EROGATORI PRIVATI ACCREDITATI A CONTRATTO

Si conferma che anche per il 2026, sono previsti due budget separati: per "Cittadini residenti in Regione Lombardia" e per "Fuori Regione". La scheda di budget sarà sottoscritta entro il 31 marzo 2026.

Cittadini residenti in regione Lombardia

Nell'ambito del budget per residenti lombardi sarà composto dai seguenti elementi:

- Budget ordinario storico presente nell'esercizio 2024 (a seguito budget "ordinario").
- Budget Breast e Pancreas con gli aumenti presenti nei contratti 2025 su linee dedicate per le strutture hub nella rete Pancreas e Breast Unit. Gli importi attribuiti con linea dedicata sono i medesimi determinati nell'esercizio precedente e non sono storicizzabili. Il riconoscimento di questa produzione avverrà con il risultato degli indicatori condivisi. (#rimando al capitolo BU e PU).
- Budget "incrementale" con gli aumenti presenti nei contratti 2025 su linee dedicate dovuti al raggiungimento degli obiettivi ed alla iperproduzione degli esercizi pregressi. Gli importi sono i medesimi determinati nell'esercizio precedente e non sono storicizzabili. Il riconoscimento di questa produzione sarà finalizzato alle prestazioni di ricovero critiche sul territorio. Saranno identificate prestazioni o aree specifiche da parte della ATS identificando un target da erogare come differenziale rispetto alla produzione dell'anno precedente.
- Budget "incrementale" con gli aumenti per abbattimento delle liste d'attesa. Gli importi saranno determinati a livello di sistema sullo storico del raggiungimento degli obiettivi e della sovrapproduzione degli ultimi anni. Il riconoscimento di questa produzione sarà finalizzato alle prestazioni di ricovero critiche sul territorio. Saranno identificate prestazioni o aree specifiche da parte della ATS identificando un target da erogare come differenziale rispetto alla produzione dell'anno precedente.

La somma degli importi dei budget incrementali di cui sopra costituirà una linea specifica nei contratti.

Nel budget "ordinario" sarà previsto un sotto-budget dedicato ai ricoveri ordinari urgenti di area medica (con esclusione dei 108 DRG ad elevato rischio di inappropriatezza e delle aree materno-infantile,

riabilitazione e lungodegenze), sul quale verrà garantita una flessibilità pari alla produzione 2024 incrementata del 6%, i criteri di identificazione saranno oggetto di specifica comunicazione. I sotto-budget hanno importi assegnati distinti, entro il 31 ottobre le strutture erogatrici potranno presentare alle ATS istanza per ridestinare parte del sotto-budget non utilizzato. Le ATS valuteranno le istanze pervenute sulla base dei dati di monitoraggio della produzione e dei dati epidemiologici relativi ai "picchi" di iperafflusso stagionali entro il 15 novembre autorizzando o negando lo spostamento di tali risorse. Sarà data possibilità anche di destinare la parte incrementale ad altre tipologie di ricovero urgente, secondo le indicazioni che verranno definite da DG Welfare, in collaborazione con il Gruppo di lavoro Negoziazione.

La tematica sarà oggetto di analisi specifica gli approfondimenti condotti saranno discussi nel primo semestre 2026 con il gruppo negoziazione per la condivisione dei criteri che permetteranno un eventuale spostamento automatico di tale budget.

Riguardo il budget “ordinario” in linea con il fine di favorire i ricoveri medici derivanti dal percorso dell’emergenza-urgenza, si prevede inoltre di riequilibrare il budget assegnato agli enti sede di PS o DEA, considerando quali criteri il numero di accessi di Pronto Soccorso e la percentuale di DRG medici prodotti per accedere al riconoscimento di una quota dell'iperproduzione storica.

Una quota pari al 7% del budget ordinario per i cittadini residenti in Regione Lombardia è legata al raggiungimento di specifici obiettivi definiti da ATS, ricomprendendo anche quelli a valenza biennale 2025/2026 che si intendono confermati.

I budget incrementali saranno utilizzati per il riconoscimento della produzione secondo i target specifici dopo l’esaurimento dei meccanismi del budget ordinario.

Fuori regione

Sono storicizzati i budget 2025 come incrementati dall’applicazione delle regole 2024-2025.

Il consolidamento di questi anni dei budget suddiviso tra alta e bassa complessità, le nuove politiche nazionali sulla mobilità, l’avanzare degli iter riguardanti gli accordi la mobilità tra regioni e l’attenzione alla appropriatezza portano a ridefinire un aumento della percentuale di regressione tariffaria che passa dal 3,5% sino al 6,5% a seconda della specifica area.

Le modifiche tariffaria in divenire e potenziale di alcuni DRG ed eventuali revisioni di tariffe nazionali che saranno introdotte porteranno alle differenziazioni nelle regressioni delle varie aree.

La tematica sarà oggetto di analisi specifica, gli approfondimenti condotti saranno discussi nel primo trimestre 2026 con il gruppo negoziazione e porteranno ad un provvedimento con la differenziazione di regressione.

Erogatori privati non IRCCS

Nel 2026 il budget per i residenti fuori regione per le prestazioni di alta complessità sarà incrementato del 10% sulla base del budget di alta complessità consolidato nei contratti 2025, mentre il tetto di bassa complessità rimarrà invariato.

IRCCS

Nel 2026 verrà introdotto nei contratti un livello minimo di DRG di alta complessità da garantire.

Il budget per i residenti fuori regione sarà:

- incrementato del 10% sulla base della produzione erogato 2025 per le prestazioni di alta complessità da garantire,
- aumentato il budget per l’area tematica di riferimento con % variabili sulla base della produzione erogata 2025. Le % saranno identificate con specifico atto della DG welfare.

10.22.2. Attività ambulatoriale

Situazioni di ipoproduzione protratte per due anni consecutivi porteranno a valutazioni da parte della ATS competente e di dg welfare per la riattribuzione del budget all' interno dello stesso territorio.

Ciò vale per i budget incrementali e per quelli ordinari, la misura massima di decurtazione e i criteri di ridistribuzione saranno oggetto di analisi da parte del tavolo negoziazione e a seguito di specifico provvedimento.

Erogatori di diritto pubblico

Il sistema di negoziazione con gli erogatori di diritto pubblico prevede un budget complessivo indipendentemente dalla residenza e dalla nazionalità.

Per adeguare i budget alla capacità produttiva del settore pubblico e riequilibrare le risorse regionali, gli erogatori pubblici dovranno concordare con le ATS una proposta di budget 2026 per ciascuna attività, accompagnata da una relazione di massimo 20 righe.

Le proposte, condivise con le ATS, dovranno essere inviate alla DG Welfare entro il 31 gennaio 2026 per la validazione e la firma della scheda di budget entro il 31 marzo 2026.

Ogni ATS valorizza il budget di screening al fine di garantire il pieno rispetto dei LEA nel proprio territorio (DPCM 2017).

Al fine di garantire la corretta programmazione dello screening per il 2026 ogni ATS propone entro il 15 febbraio 2026 alla UO Prevenzione la proposta complessiva (erogatori di diritto pubblico e privato) di offerta per una valutazione della corretta programmazione (seguiranno indicazioni).

Erogatori privati accreditati a contratto

Si conferma che anche per il 2026, sono previsti due budget separati: per "Cittadini residenti in Regione Lombardia" e per "Fuori Regione". La scheda di budget sarà sottoscritta entro il 31 marzo 2026.

Cittadini residenti in Regione Lombardia

Nell'ambito del budget per residenti lombardi sarà composto dai seguenti elementi:

- Il Budget ordinario storico presente nell'esercizio 2024 (a seguito budget "ordinario").
- Budget Breast e Pancreas con gli aumenti presenti nei contratti 2025 su linee dedicate per le strutture hub nella rete Pancreas e Breast Unit. Gli importi attribuiti con linea dedicata sono i medesimi determinati nell'esercizio precedente e non sono storicizzabili. Il riconoscimento di questa produzione avverrà con il risultato degli indicatori condivisi (DGR n. XI/7755 del 28/12/2022 e §10.1.1)
- Quota incrementale con gli aumenti presenti nei contratti 2025 su linee dedicate dovuti al raggiungimento degli obiettivi ed alla iperproduzione degli esercizi pregressi. Gli importi sono i medesimi determinati nell'esercizio precedente e non sono storicizzabili. Il riconoscimento di questa produzione sarà finalizzato alle prestazioni ambulatoriali critiche sul territorio. Saranno identificate prestazioni o aree specifiche da parte della ATS identificando un target da erogare come differenziale rispetto alla produzione degli esercizi di riferimento precedenti.
- Quota incrementale per abbattimento delle liste d'attesa. Gli importi saranno determinati a livello di sistema sullo storico del raggiungimento degli obiettivi e della sovrapproduzione degli ultimi anni. Il riconoscimento di questa produzione sarà finalizzato alle prestazioni critiche sul territorio. Saranno identificate prestazioni o aree specifiche da parte della ATS identificando un target da erogare come differenziale rispetto alla produzione agli esercizi di riferimento precedenti.

La somma degli importi dei budget incrementali di cui sopra costituirà una linea specifica nei contratti.

Il budget ordinario sarà suddiviso in differenti macro-raggruppamenti ai quali saranno assegnati i relativi sotto-budget e le percentuali di regressione. I sotto-budget hanno importi assegnati distinti e non sono spostabili a meno delle regole espresse nei paragrafi seguenti:

- Pronto Soccorso e indistinto: Le prestazioni di PS e le restanti prestazioni non degli insiemi di screening e laboratorio (come definite nei successivi paragrafi) saranno riconosciute con abbattimento del 30% tra il 97% e il 103% e abbattimento del 60% tra il 103% e il 106%, ad eccezione delle prestazioni PNGLA e delle prestazioni obiettivo identificate dalla ATS che non saranno abbattute fino al 106%.
- Nel tavolo negoziazione si strutturerà un meccanismo per il riconoscimento della crescita del valore di produzione delle prestazioni di PS sino al 5% tra il 2025 e il 2026 (l'applicazione sarà oggetto di specifico provvedimento).
- Laboratorio (i criteri di identificazione saranno oggetto di comunicazione specifica): le prestazioni di laboratorio con abbattimento del 80% tra il 97% e il 106%, oltre non sarà riconosciuta la eventuale produzione erogata. Nel caso vi sia una sovrapproduzione superiore al 120% del budget la percentuale abbattimento sarà del 75% tra il 97% e il 106%. Nella definizione del budget e dei criteri saranno valutate le strutture sede di PS e DEA.
- Screening: saranno riconosciute senza abbattimento tariffario sino al 106%.

I sotto-budget di riferimento saranno identificati sulla base della produzione storica identificando preliminarmente le prestazioni di PS e quelle restanti ed infine quelle di laboratorio sino al raggiungimento del tetto di budget. In fase di costruzione dei sotto-budget per il mantenimento della completezza dell'offerta saranno valutate dal gruppo negoziazioni criteri di eccezione specifici.

Il sotto-budget di screening riporterà il valore storico come aggiornato dalla DG Welfare. Eventuali spostamenti del budget di screening al budget Pronto Soccorso e indistinto seguiranno le indicazioni della U.O. Prevenzione.

Una quota pari al 10% del budget ordinario per i cittadini residenti in Regione Lombardia è legata al raggiungimento di specifici obiettivi definiti da ATS, ricomprendendo anche quelli a valenza biennale 2025/2026 e che si intendono confermati.

Si confermano inoltre gli obiettivi relativi al mantenimento dei volumi di visite di controllo e dell'incremento/mantenimento dei volumi di colonscopie, che verranno aggiornati tenendo conto degli andamenti di produzione del biennio 2024/2025.

Il raggiungimento del 95% degli obiettivi relativi all'incremento/mantenimento dei volumi delle prestazioni PNGLA, al mantenimento dei volumi di visite di controllo e all'incremento/mantenimento dei volumi di colonscopie permetterà l'accesso alle risorse destinate alle prestazioni individuate dalle ATS per far fronte a specifiche criticità territoriali. Per le prime visite sarà considerata ulteriore tolleranza del 5%.

I budget incrementali saranno quindi utilizzati per il riconoscimento della produzione secondo i target specifici dopo l'esaurimento dei meccanismi del budget ordinario "indistinto" (oltre il 106%).

Fuori regione

Sono riconfermati i budget 2025. Le prestazioni erogate saranno riconosciute con abbattimento del 30% tra il 97% e il 103% e abbattimento del 60% tra il 103% e il 106% oltre non sarà riconosciuta la eventuale produzione erogata. Diversamente le prestazioni di laboratorio saranno riconosciute con abbattimento del 80% tra il 97% e il 106%, oltre non sarà riconosciuta la eventuale produzione erogata.

10.22.3. Manifestazioni di interesse

Una quota parte delle risorse destinate alle Liste di Attesa sarà finalizzata alle Manifestazioni di Interesse per l'acquisto di prestazioni di prima visita PNGLA e non e sulla base delle necessità territoriali individuate dalle ATS, da Enti Erogatori Privati Accreditati a contratto e non.

Le prestazioni saranno identificate nei flussi con la lettera J.

Le risorse economiche finalizzate a tale attività ammontano a massimo 10 milioni di euro.

Manifestazioni di Interesse per le prestazioni di visite oculistiche e dermatologiche

Si dà mandato alle ATS di procedere a far data dal primo gennaio 2026 con la pubblicazione di avvisi pubblici di manifestazione di interesse rivolti agli Enti privati accreditati erogatori di prestazioni di specialistica ambulatoriale, a contratto e non a contratto, interessati a sottoscrivere accordi/addendum contrattuali per l'acquisizione di prestazioni aggiuntive di visite (prime visite e controlli) oculistiche e dermatologiche finalizzate al recupero delle liste di attesa, a favore degli assistiti lombardi.

Le risorse economiche finalizzate all'attività di cui sopra sono un di cui dei 10 milioni di euro.

Tutti gli erogatori privati, a contratto e non, dovranno garantire le agende alla Rete Regionale di Prenotazione (RRP), al fine di consentire l'avvio della prenotabilità da parte degli utenti.

Gli enti erogatori dovranno utilizzare le seguenti modalità per la rendicontazione delle prestazioni aggiuntive di cui al seguente paragrafo:

- Enti erogatori non a contratto:
- invio ad ATS di competenza del flusso 28/SAN e incarico ad ATS di trasmettere tramite SMAF il flusso relativo (inserire flag recupero tempi di attesa "J");
- Enti erogatori a contratto:
- invio con modalità attuale delle nuove prestazioni oggetto della presente delibera attraverso la 28/SAN (inserire flag recupero tempi di attesa "J").

10.22.4. Attività di subacuti

La scheda di budget sarà sottoscritta entro il 31 marzo 2026.

I valori di riferimento sono quelli del contratto 2025 saranno eventualmente aggiornati, in accordo con la DG Welfare, considerando l'andamento delle attività avvenute nel corso del 2025.

10.23. Ricognizione posti letto subacuti

Si dà mandato alle ATS di effettuare una ricognizione sul territorio al fine di quantificare il fabbisogno di dotazione di posti letto subacuti per facilitare le dimissioni ospedaliere per pazienti clinicamente stabili ma ancora bisognosi di cure mediche e infermieristiche quotidiane, monitoraggio e completamento diagnostico prima del rientro a domicilio.

La ricognizione sarà prodromica alla eventuale pubblicazione di bandi da parte delle ATS.

11. GESTIONE DEL PERSONALE

11.1. Costi del personale

Si conferma anche per l'anno 2026 la determinazione del budget unico per il personale dipendente a tempo indeterminato e determinato che costituisce limite invalicabile per gli Enti.

Oltre all'assegnazione da BPE, ulteriori risorse potranno rendersi disponibili previa autorizzazione regionale, sulla base di specifiche disposizioni normative e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica previsti per i costi del personale.

Nel quadro di razionalizzazione dei costi, le azioni di efficientamento riguarderanno anche i costi del personale strutturato e non strutturato.

Si richiamano le Aziende/Enti alla puntuale osservanza delle sotto riportate indicazioni.

11.1.1. Indennità di vacanza contrattuale

L'IVC 2022-2024 e l'IVC 2025-2027, fino alla sottoscrizione definitiva dei CC.CC.NN.LL. delle relative aree contrattuali, devono essere erogate a tutto il personale a tempo indeterminato, determinato con le consuete modalità utilizzando i valori individuati nelle apposite tabelle pubblicate dalla RGS.

11.1.2. Accantonamenti per rinnovi contrattuali

I competenti uffici regionali forniranno specifiche indicazioni al fine di prevedere l'accantonamento delle quote riguardanti i rinnovi contrattuali delle aree del Comparto e delle Dirigenze per i trienni 2022-2024 e 2025-2027, ove gli stessi risultassero ancora non sottoscritti.

Relativamente agli accantonamenti per i rinnovi contrattuali, la quantificazione degli stessi verrà comunicata come di consueto in sede di bilancio consuntivo.

11.1.3. Personale gravante sulle voci di costo "beni e servizi"

Anche per il 2026, verrà individuato un budget per il reclutamento di personale il cui costo grava su "beni e servizi" nelle macro-classi "B.2.A.14) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie – Totale" e "B.2.B.2) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie – Totale".

Il reclutamento di tale tipologia di professionisti dovrà essere limitato alle particolari condizioni organizzative previste dalla normativa vigente da rappresentare in nota integrativa descrittiva, in ogni caso, ove possibile, dovranno essere privilegiate le assunzioni di personale dipendente.

Il ricorso al lavoro somministrato dovrà essere limitato a quelle figure professionali e alle condizioni organizzative per le quali si evidenziano sostanziali difficoltà alla copertura dei fabbisogni tramite il ricorso all'ordinario rapporto di lavoro subordinato, quali i picchi stagionali e la necessità di sostituzione di breve periodo estemporanea ed immediata. In nessun caso il lavoro somministrato può essere equiparato alle esternalizzazioni.

Il ricorso a personale gravante sulla voce beni e servizi dovrà essere limitato ai casi previsti per legge, anche con riferimento alle liste d'attesa ed alle specifiche disposizioni regionali.

Il trasferimento di risorse disponibili per il personale gravante sulle voci di costo "beni e servizi" a copertura di eventuali aumenti di costo del personale strutturato non può comportare oneri aggiuntivi per il sistema. Con riferimento a quanto rappresentato si evidenzia che tale trasferimento non può dar luogo ad aumenti di fondi contrattuali anche in relazione all'applicazione dell'art. 11 del D.L. 35/2019. In caso di nuove assunzioni che non comportano il superamento del limite di spesa 2018, l'impatto economico dell'operazione di trasferimento di risorse deve essere valutato considerando la capienza dei fondi contrattuali in relazione alle voci economiche che gravano sugli stessi.

In considerazione che l'utilizzo di personale gravante su beni e servizi e relativi costi è strettamente legato alle dinamiche del personale dipendente a tempo indeterminato e determinato, un incremento dei predetti costi deve trovare una contestuale riduzione nei costi del personale strutturato la cui quantificazione sarà valutata in sede di assestamento.

11.1.4. Personale della ricerca

Con riferimento allo status giuridico dei ricercatori operanti nel settore pubblico, si rammentano i contenuti dell'art. 1, commi 422 e 434 della Legge n. 205/2017 con la quale si è inteso garantire e promuovere il miglioramento della qualità e dell'efficienza dell'attività di ricerca sanitaria e fornire un'organica disciplina dei rapporti di lavoro del personale del Sistema Sanitario Nazionale.

La norma ha istituito un ruolo non dirigenziale della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca presso gli IRCCS pubblici con apposite procedure riservate per l'assunzione di tale personale; in merito, si rimanda a quanto disposto nel CCNL triennio 2016-2018 sottoscritto in data 11/7/2019, al CCNL 2019-2021 sottoscritto in data 21/02/2024 e al CCNL 2022-2024.

Tale personale è compreso nei PTFP ed è monitorato nel Modello A.

11.1.5. Risorse aggiuntive regionali

In merito alla definizione delle progettualità attinenti alle risorse aggiuntive regionali, si invitano gli Enti a considerare che le prestazioni richieste per il loro conseguimento, devono essere comunque commisurate alle risorse spettanti in caso di raggiungimento degli obiettivi assegnati.

11.1.6. Prestazioni aggiuntive

Con riferimento sia alla carenza di personale sanitario, alla riduzione delle liste di attesa e del ricorso alle esternalizzazioni è previsto anche l'utilizzo da parte degli Enti delle prestazioni aggiuntive.

Tale istituto deve essere applicato in conformità al dettato contrattuale vigente per il personale della dirigenza e del comparto e a quanto stabilito in sede di confronto regionale, e i cui verbali sono recepiti con specifiche deliberazioni della Giunta Regionale.

In merito alla quantificazione delle risorse destinate a tale istituto, in sede di Bilancio Preventivo 2026 saranno assegnate le risorse previste dalla vigente normativa nazionale quali Legge di Bilancio 213/2023 Allegato III (articolo 1, comma 220), previsioni della Legge di Bilancio 2026 e CC.CC.NN.LL. vigenti; pertanto, la programmazione annuale delle attività da parte degli Enti dovrà essere effettuata sulle risorse assegnate in sede di BPE.

A seguito di eventuali disposizioni stabilite in altri provvedimenti normativi, che prevedono ulteriori incrementi di risorse destinate al finanziamento di prestazioni aggiuntive, saranno effettuate dai competenti uffici regionali ulteriori assegnazioni sulla base delle quali gli Enti potranno integrare la loro programmazione annuale.

Le linee di indirizzo in materie di prestazioni aggiuntive sono oggetto di confronto regionale, dove in attesa degli esiti dello stesso per l'anno 2026, al fine di mantenere continuità nella programmazione, sono confermati i criteri e le tariffe stabilite in sede di confronto per l'anno 2025.

In ogni caso si ribadisce che le specifiche assegnazioni in materia costituiscono limiti invalicabili per gli Enti e pertanto si richiamano gli enti ad un'attenta programmazione delle risorse attribuite.

Si conferma per le ATS la possibilità di utilizzare la tipologia di prestazioni aggiuntive previste dall'art. 14 della LR. n. 4/2023, per il personale sanitario che presta attività aggiuntive nell'ambito della vigilanza in tema salute e sicurezza sui luoghi di lavoro.

La materia delle prestazioni aggiuntive per il personale assegnato allo PSAL è stata recentemente regolamentata nell'art. 16 del Decreto-legge n.159 del 31/10/2025 e a seguito della conversione in legge dello stesso verranno fornite dai competenti uffici regionali ulteriori indicazioni in merito.

11.2. Determinazioni in ordine agli obiettivi di prevenzione collettiva per le ATS

Per il 2026 per le ATS si conferma l'attivazione di progettualità nell'ambito della prevenzione collettiva finalizzate alle attività di controllo la cui copertura finanziaria è a valere su specifici fondi dedicati per la Sicurezza Alimentare (Veterinaria e Prevenzione) e per la Sicurezza sui luoghi di lavoro (Prevenzione)

11.2.1. Area Prevenzione

- Con riferimento all'art. 60-quater co. 2 L.R. n. 33 del 30/12/2009, per il 2026 si prevede: nell'ambito dei servizi PSAL delle ATS, l'utilizzo delle prestazioni aggiuntive per l'anno 2026 per le attività di controllo svolte nell'ambito di progettualità di prevenzione collettiva (tra cui il sostegno alle attività previste per le Olimpiadi invernali Milano – Cortina 2026). La remunerazione, in continuità con quanto definito per l'anno 2025, prevede le seguenti tariffe:
  - per la dirigenza area sanità: 100 euro/ora;
  - per il personale del comparto ruolo sanitario: 50 euro/ora;
- Per la remunerazione delle prestazioni aggiuntive, i fondi dedicati, a norma dell'art. 60-quater, co. 1 lett. a) punto 1 L.R. n. 33 del 30/12/2009, sono quelli derivanti dall'irrogazione di ammende e sanzioni a seguito dell'attività di vigilanza in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro di cui all'art. 13 co. 6, D. Lgs. n. 81 del 09/04/2008 (Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro).
- Nell'ambito dei piani di controllo aziendali pluriennali ex art. 15 D. lgs. n. 32 del 02/02/2021, per il 2026 si prevede che i Servizi di Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN), a norma del già richiamato art. 60-quater co. 1, lett. b), predispongono e attuano progetti mirati, quali obiettivi aggiuntivi per i controlli ufficiali e le altre attività ufficiali (tra cui il sostegno alle progettualità previste per le Olimpiadi invernali Milano – Cortina 2026), anche su richiesta dell'operatore, in orario compreso tra le ore 18:00 e le ore 06:00 e nei giorni festivi. Le tariffe previste per tale attività sono:
  - per la dirigenza area sanità: 100 euro/ora
  - per il personale del comparto ruolo sanitario: 50 euro/ora
  - per il personale del comparto altri ruoli: 25 euro/ora.
- Per le progettualità sopra indicate le ATS provvedono ad apposita programmazione nell'ambito dei PIC (Piani Integrati di Controllo, vedere capitolo Prevenzione) nonché provvedono ad avere evidenza e rendicontazione della loro attuazione. Le attività di controllo previste dagli obiettivi aggiuntivi dovranno effettuarsi sottoforma prevalentemente di ispezioni e non dovranno implicare una diminuzione delle attività ispettive effettuate durante l'ordinario orario di lavoro da parte delle unità coinvolte. Le risorse dedicate agli obiettivi aggiuntivi sono comprese nella quota del 90% degli introiti derivanti dalla riscossione delle tariffe di cui all'art. 15 del decreto richiamato (come già indicato nella XII/DGR N. 2966/2024). Per tali attività, concernenti i controlli ufficiali di cui ai vigenti Regolamenti della U.E. e alla correlata normativa nazionale e regionale, da svolgersi al di fuori dell'ordinario orario di lavoro, si prevede il finanziamento con risorse a carico del Fondo di cui all'art. 103 Fondo premialità e condizioni di lavoro del CCNL 2019-2021 del personale del comparto e del Fondo di cui all'art. 95 Fondo per la retribuzione di risultato del CCNL 19/12/2019 Area sanità, corrispondentemente incrementati nella loro parte variabile con oneri a carico della quota di introiti derivanti dalla riscossione delle tariffe spettante alle Aziende di cui all'art. 15, co. 2, lett. a) D.Lgs. n. 32 del 02/02/2021 e s.m.i..

11.2.2. Area veterinaria

Per l'anno 2026 è prevista, per lo svolgimento di controlli ufficiali, secondo le previsioni del dettato contrattuale di riferimento, la predisposizione delle ATS di specifiche progettualità "Obiettivi Prestazionali Incentivati".

Al fine di mantenere uniformità di comportamento fra le ATS è necessario prevedere un nuovo Protocollo d'Intesa per la definizione di linee guida per la gestione degli Obiettivi Prestazionali Incentivati per lo svolgimento di controlli ufficiali dei dirigenti veterinari.

Nelle more della predisposizione del nuovo documento si confermano le prescrizioni del protocollo già condiviso nel corso del 2024 dalle ATS lombarde (Prot. ATS PV n. 60646/2024 del 06/08/2024).

È possibile prevedere l'estensione delle predette progettualità anche al personale dell'area del comparto delle strutture coinvolte nei controlli, come indicato nel CCNL 2022-2024 del comparto sanità.

Per tali attività, concernenti i controlli ufficiali di cui ai vigenti Regolamenti della U.E. ed alla correlata normativa nazionale e regionale, da svolgersi al di fuori dell'ordinario orario di lavoro, si prevede il finanziamento con risorse a carico del Fondo di cui Art. 103 Fondo premialità e condizioni di lavoro del CCNL 2019-2021 del personale del comparto e del Fondo di cui all'art. 95 Fondo per la retribuzione di risultato del CCNL 19.12.2019 Area sanità, corrispondentemente incrementati nella loro parte variabile con oneri a carico della quota di introiti derivanti dalla riscossione delle tariffe spettante alle Aziende di cui all'art. 15, comma 2, lett. a) del D. Lgs. 2.2.2021 n. 32 e s.m.i.

11.3. Linee guida per la determinazione della spesa delle assunzioni integrative e dei fondi contrattuali

Gli Enti del SSL sono tenuti ad una corretta quantificazione dei Fondi contrattuali anche con riferimento alle disposizioni normative in materia di assunzioni e ai rinnovi contrattuali.

Ai fini di un'uniforme applicazione dei trattamenti accessori si richiama al rispetto delle Linee Guida per la determinazione dei Fondi contrattuali di cui allo specifico paragrafo successivo.

In linea con le regole di sistema per gli anni 2024 e 2025 si riportano di seguito le linee guida con i debiti aggiornamenti e integrazioni per l'anno 2026.

11.3.1. Incrementi variabili di assunzioni ex articolo 11 del Decreto-legge n. 35/2019

Le assunzioni disposte nel rispetto del PTFP 2025-2027 e successivi aggiornamenti che risultano aggiuntive rispetto al numero di unità in servizio al 31/12/2018 sono finanziate, previa autorizzazione regionale, dalle risorse ex articolo 11 del Decreto-legge n 35/2019.

Tale finanziamento è destinato alla corresponsione dei trattamenti retributivi fondamentali ed accessori unitamente agli oneri riflessi a carico dell'amministrazione e sarà oggetto di specifiche rilevazioni/monitoraggi regionali durante l'anno.

In merito al trattamento accessorio, l'art. 11 sopra richiamato e la circolare del Mef del 07/08/2020, avente ad oggetto "Richiesta di parere relativamente alla gestione dei vincoli di spesa del personale a seguito della disciplina di cui all'articolo 11 del Decreto-Legge 30 aprile 2019, n. 35 e successive modifiche ed integrazioni", indicano che il limite di cui all'art. 23 del Decreto Legge 75/2017 sia adeguato, in aumento in conseguenza di assunzioni aggiuntive rispetto al personale in servizio alla data del 31/12/2018 - ovvero in diminuzione, in corrispondenza di cessazioni di personale - per garantire l'invarianza del valore medio pro-capite della retribuzione accessoria complessiva registrato nell'anno 2018.

Il trattamento fondamentale, in analogia a quanto riportato per il trattamento accessorio, dovrà tenere conto dei valori previsti dal CCNL 2016-2018 con riferimento all'anno 2018. Rimangono esclusi dal conteggio le indennità di specificità infermieristica, l'indennità di tutela del malato e promozione della salute.

La misura dell'incremento del limite a seguito dell'assunzione a tempo pieno di una singola unità di personale, è quantificato dal rapporto tra le seguenti due grandezze:

- fondo per la contrattazione integrativa 2018, come certificato dal Collegio dei revisori dei conti ai sensi dell'articolo 40-bis, primo comma del decreto legislativo n. 165/2001 e come trasmesso ai fini della compilazione della Tabella 15 "Fondi per la contrattazione integrativa" del Conto Annuale 2018, valutato al netto delle poste variabili che non rilevano ai fini della verifica del limite in oggetto (es. risorse non utilizzate fondi anni precedenti, incentivi per le funzioni tecniche di cui all'articolo 113 del decreto legislativo n. 50/2016, eccetera);
- personale in servizio al 31 dicembre 2018 (teste) destinatario del fondo di cui al punto precedente (andrà quindi a titolo esemplificativo compreso il personale a tempo determinato, il personale con rapporto di lavoro part-time, il personale comandato presso l'amministrazione che accede al fondo, ed escluso il personale comandato esternamente all'amministrazione che non vi accede, ecc.).

La quantificazione che precede trasmessa in una specifica rilevazione regionale, scheda SK FONDI 2023, rimane valida per tutte le assegnazioni relative al decreto 35/2019 a partire dal 2023.

Il limite ex art. 23 del D Lgs. 75/2017 va adeguato annualmente in aumento in modo proporzionale agli incrementi di personale individuati dalla norma in eccesso rispetto al personale in servizio alla data del 31/12/2018.

Ai fini della individuazione delle unità presenti nell'anno di riferimento, si ritiene necessario considerare l'effettiva presenza in servizio rilevata sulla base dei cedolini stipendiali erogati al personale che accede ai fondi della contrattazione integrativa. In base a tale approccio 12 cedolini stipendiali corrispondono ad una unità di personale a tempo pieno in servizio nell'anno. Pertanto il numero dei cedolini stipendiali dei dipendenti che accedono alle risorse accessorie individuate dalla norma diviso 12 restituisce il numero di dipendenti in servizio nell'anno di riferimento utile ai fini dell'applicazione della norma in questione, ferma restando la necessità di ricondurre gli stessi al tempo pieno, rapportando i cedolini con la percentuale di part-time del dipendente in servizio (a titolo esemplificativo, due dipendenti in part-time al 50% corrispondono alla fine dell'anno ad un dipendente a tempo pieno).

Si specifica che per anno di riferimento (2019 e successivi) si intende anno solare e le risorse accessorie sono esclusivamente quelle di competenza del medesimo anno; pertanto, la liquidazione di fondi contrattuali arretrati (relativi a anni precedenti) per il personale cessato non devono essere conteggiati fra i cedolini utili al calcolo.

Esempio anno 2023

Per l'anno riferimento 2023 il numero cedolini liquidati da considerare sono quelli di competenza 2023 quindi a mero titolo esemplificativo al netto di cedolini erogati a personale cessato ante 2023, cedolini liquidati a personale in aspettativa/congedi non retribuiti nel 2023 a cui sono liquidate competenze accessorie ante 2023.

La quantificazione dell'incremento di unità di personale in servizio nell'anno di riferimento è determinata, a seguito di opportune verifiche operate a consuntivo, dalla differenza tra il numero di cedolini stipendiali effettivamente erogati nell'anno di riferimento diviso 12 (numero dei dipendenti su base annua) e le corrispondenti unità di personale in servizio al 31 dicembre 2018 (vedi IV paragrafo a relativo rapporto due grandezze - punto b), arrotondate al secondo decimale ove necessario.

Esempio

Unita in servizio al 31/12/2018 (teste): 150

Fondo per la contrattazione integrativa 2018: 500.000,00

Valore pro-capite del trattamento accessorio: euro 3.333,33

Unità in servizio al 31/12/2023 (numero di cedolini stipendiali effettivamente erogati nell'anno di riferimento n. 1980/12): 165 unità

Unità aggiuntive: 165-150= 15

Aumento fondo: 15*3.333,33=49.999,95

Si evidenzia che il complessivo valore medio pro-capite per area contrattuale deve essere suddiviso per quota fra i relativi fondi contrattuali al fine di garantire uno sviluppo equilibrato negli stessi. La suddivisione delle quote fra i fondi viene definita una sola volta, nella scheda SK Fondi 2023 e rimane valida per tutte le assegnazioni relative al decreto 35/2019 a partire dal 2023.

Il valore definito in sede di assestamento 2025 sarà altresì oggetto di assegnazione nel BPE 2026, con la previsione di verifica intermedia in sede di assestamento 2026 e individuazione dei valori definitivi in sede di preconsuntivo 2026. Si precisa che, a fronte di un'anticipazione assegnata agli Enti, il valore definitivo per l'anno 2026 dovrà essere determinato dagli Enti in sede di preconsuntivo.

11.3.2. Incrementi stabili di assunzioni

Sono considerati incrementi stabili di assunzioni quelli previsti dalla seguente normativa:

- D.L. 34/2020 - art. 1 comma 4 (unità di personale dedicato a ADI)
- D.L. 34/2020 - art. 1 comma 5 e DM 77/2022 (IFEC)
- D.L. 34/2020 - art. 1 comma 8 (unità di personale dedicato a Centrali Operative Regionali)
- D.L. 34/2020 - art. 2 comma 1 (unità di personale dedicato a Terapie intensive)
- D.L. 34/2020 - art. 2 comma 5 (unità di personale dedicato a Trasporti per trasferimenti secondari)
- D.L. 73/2021 - art. 50 comma 1 (unità di personale dedicato a Servizi di prevenzione per la sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro)
- Legge 234/2021 - art. 1 comma 274 (potenziamento assistenza territoriale)
- Legge 207/2024 - art. 1 comma 368 (dipendenze patologiche – serd)

Tali finanziamenti sono finalizzati ad assunzioni di personale a tempo indeterminato per finalità vincolate e destinati alla copertura dei trattamenti retributivi fondamentali ed accessori unitamente agli oneri riflessi a carico dell'amministrazione e saranno oggetto di specifiche rilevazioni/monitoraggi regionali durante l'anno.

Per quanto relativo al trattamento accessorio, la metodologia proposta per il calcolo del valore pro-capite dello stesso validata per gli incrementi previsti dal decreto 35/2019, deve essere utilizzata anche per il decreto 34/2020, il decreto 73/2021 e per eventuali successivi nuovi provvedimenti legislativi che prevedono incrementi di personale e che saranno comunque oggetto di specifica autorizzazione regionale e di integrazioni delle rilevazioni regionali.

Si precisa che al fine di definire il numero di unità destinate al finanziamento di cui al D.L. 35/2019, il conteggio del personale in servizio nell'anno di riferimento risultante dal calcolo dei cedolini erogati (con la metodologia sopra definita) va considerato al netto delle assunzioni stabili disposte dalla normativa individuata nel presente capitolo.

Esempio

Unità in servizio al 31/12/2018 (teste) 150

Unità in servizio al 31/12/2023 (numero di cedolini stipendiali effettivamente erogati nell'anno di riferimento n. 1980/12): 165 unità

Unità aggiuntive finanziate da risorse stabili ex lege: 12

Unità aggiuntive D.L. 35/2019: 165-150- 12= 3

FTE* 2023 (A)	NUMERO TESTE 31/12/2018 (B)	FTE* DL34/DM77/DL 73 (C)	FTE* DL35/2019 (A-B-C)
165	150	12	3

*da calcolarsi con il metodo dei cedolini

11.3.3. Assegnazioni finanziamenti

Le linee di finanziamento sopra individuate, sono da considerarsi in deroga ai tetti di spesa per i costi del personale previsti dalla vigente normativa e pertanto si riconoscono gli enti in base alla loro puntuale rendicontazione.

Il finanziamento previsto, in seguito a monitoraggio dello specifico reclutamento, progressivamente nei prossimi 3 esercizi a decorrere dal 2024, sarà assegnato in via definitiva sulla base delle effettive assunzioni e con riferimento al numero massimo autorizzato da Regione e indicato in sede di PTFP e successivi aggiornamenti. Le assegnazioni annuali progressive di risorse avranno carattere di stabilità anche per quanto relativo all'incremento dei fondi contrattuali. In considerazione della finalità vincolata, eventuali cessazioni negli anni successivi rispetto alle assunzioni effettuate nei tre anni dovranno essere considerate quale turn-over della dotazione stabile.

11.3.4. I fondi contrattuali da CCNL

Si considerano stabili i fondi contrattuali storicamente costituiti secondo i dettati contrattuali sottoscritti negli anni.

Tali fondi sono oggetto di una specifica rendicontazione nel template e devono essere rappresentati separatamente rispetto alle integrazioni di risorse previste dalla seguente normativa:

- D.L. 30-4-2019 n. 35 art. 11
- D.L. 19-5-2020 n. 34 - art. 1 comma 4
- D.L. 19-5-2020 n. 34 - art. 1 comma 5 e DM 77/2022
- D.L. 19-5-2020 n. 34 - art. 1 comma 8
- D.L. 19-5-2020 n. 34 - art. 2 comma 1
- D.L. 19-5-2020 n. 34 - art. 2 comma 2
- D.L. 25-5-2021 n. 73 - art. 50 comma 1
- Legge 234/2021 - art. 1 comma 261 (unità di personale dedicate a PANFLU)
- Legge 234/2021 - art. 1 comma 274 (potenziamento assistenza territoriale)
- Legge 207/2024 - art. 1 comma 368 (dipendenze patologiche – serd)
- L. 27-12-2017 n. 205 art.1 comma 435 e comma 435 bis
- L. 30-12-2018 n. 145 art. 1 comma 527 (certificazioni INAIL)
- D. Lgs. n. 178/2012 art. 6 comma 7 e DGR n.XI/1864 del 09.07.2019 (personale ESACRI)

Si precisa che nella parte variabile del Fondo Premialità del comparto e del Fondo Risultato della dirigenza Area Sanità, gli Enti indicano l'indennità di Pronto Soccorso prevista dalla Legge 234/2021 art. 1 comma 293 e richiamata nei rispettivi CC.NN.NN.LL. nella misura definita annualmente dai competenti uffici regionali a seguito dell'esito del confronto regionale con le organizzazioni sindacali di categoria.

11.3.5. Integrazioni annuali dei fondi contrattuali

Si considerano risorse integrative dei fondi contrattuali quelle previste dalle seguenti normative:

- L. 27-12-2017 n. 205 art.1 comma 435 e comma 435 bis
- L. 30-12-2018 n. 145 art. 1 comma 527 (certificazioni INAIL)

I finanziamenti di cui alla L. 27-12-2017 n. 205 art.1 comma 435 e comma 435 bis si consolidano di anno in anno sui fondi contrattuali di competenza, diversamente dai finanziamenti di cui alla L. 30-12-2018 n. 145 art. 1 comma 527 che non si consolidano nella parte stabile dei fondi in quanto oggetto di assegnazioni annuali.

Il D.L. 159/2025 all'art. 16 prevede una possibile nuova integrazione annuale nella parte variabile dei fondi contrattuali dove si individua con riferimento ai residui degli introiti di cui al comma 6 che gli stessi possono essere destinati al personale del comparto e della dirigenza dei servizi per la prevenzione e la sicurezza negli ambienti di lavoro con funzioni di vigilanza delle aziende sanitarie

locali, quale trattamento accessorio in misura non superiore al 15 per cento dello stipendio tabellare lordo, i cui criteri di attribuzione saranno definiti nell'ambito dei rispettivi contratti collettivi nazionali di lavoro nei limiti delle risorse che si renderanno annualmente disponibili a decorrere dall'anno 2025.

11.3.6. Ulteriori integrazioni annuali dei fondi contrattuali rilevati nel conto annuale

Si considerano in questa sezione le risorse quantificate ai sensi di legge dalle singole aziende che, pur non rientrando nell'assegnazione regionale del budget del personale, sono oggetto di rendicontazione nelle tabelle 15 del Conto Annuale quali, a solo titolo esemplificativo, gli incentivi tecnici e i compensi dell'avvocatura. In tale sezione deve essere inoltre indicata la RIA, oggetto di decurtazione ai sensi dell'art. 23 del D. lgs. n. 75/2017.

11.3.7. Trasferimenti di personale

Al fine di individuare il numero di unità destinate al finanziamento di cui al D.L. 35/2019, l'eventuale trasferimento di personale fra aziende sanitarie, avvenuto con decreti di assegnazione regionale, non deve essere considerato ai fini del calcolo del valore medio pro-capite del trattamento accessorio 2018 del personale del comparto.

In analogia con quanto definito al paragrafo precedente, al fine di definire il numero di unità destinate al finanziamento di cui al D.L. 35/2019, il conteggio del personale in servizio nell'anno di riferimento risultante dal calcolo dei cedolini erogati (con la metodologia sopra definita) va considerato al netto dei trasferimenti (in entrata o in uscita) disposti dai decreti di assegnazione.

11.3.8. Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

A seguito della costituzione della Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori, i relativi fondi contrattuali sono stati costituiti prevedendone l'implementazione progressiva negli anni per giungere ai valori definitivi stabiliti nella rispettiva delibera di costituzione.

11.3.9. Fondi contrattuali e limite ex art. 23 del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75

La retribuzione accessoria è soggetta alla verifica del limite disposto dall'articolo 23, comma 2 del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75 che prevede "[…] *a decorrere dal 1° gennaio 2017, l'ammontare complessivo delle risorse destinate annualmente al trattamento accessorio del personale, anche di livello dirigenziale, di ciascuna delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, non può superare il corrispondente importo determinato per l'anno 2016*".

Si sottolinea che al fine di evitare che le nuove assunzioni si traducano in una penalizzazione della retribuzione accessoria del personale già in servizio, i finanziamenti previsti dalle norme richiamate nei capitoli precedenti sono da intendersi in deroga al predetto limite.

11.3.10. Certificazione dei fondi

Ai sensi dell'art. 40-bis del D.Lgs. 165/2001 il controllo sulla compatibilità dei costi della contrattazione collettiva integrativa con i vincoli di bilancio e quelli derivanti dall'applicazione delle norme di legge, con particolare riferimento alle disposizioni inderogabili che incidono sulla misura e sulla corresponsione dei trattamenti accessori è effettuato dal Collegio Sindacale.

È prevista, da parte del Collegio sindacale, la certificazione dei fondi contrattuali al momento della costituzione ad inizio anno e successivamente in sede di Bilancio consuntivo.

Gli specifici accordi sindacali, successivi alla costituzione, che implicano eventuali movimentazioni stabili dei fondi contrattuali, nel rispetto dell'art. 23 del D. Lgs. 75/2017 e comunque a invarianza complessiva degli stessi, dovranno essere comunicati ai competenti uffici regionali previa validazione dell'accordo da parte del Collegio Sindacale.

11.4. Flussi informativi del personale

Si sottolinea l'importanza di provvedere ad una corretta compilazione di tutti i flussi informativi derivanti da disposizioni nazionali quali, Conto Annuale, Allegato al CE, elenco nazionale dei dirigenti di struttura complessa del ruolo sanitario, Relazione al Conto Annuale, e regionali, con particolare riferimento ai Flussi A/B e C (Flu.Per) e modello A – bilancio, al fine di assicurare il raccordo delle informazioni presenti nei diversi flussi del personale. Si rammenta che gli stessi sono utilizzati per la definizione di indicatori di efficienza, efficacia ed economicità degli enti sanitari, nonché ai fini del computo dei fabbisogni di personale.

Si evidenzia, pertanto, la necessaria coerenza:

- dei dati contenuti nei Flussi Ministeriali rispetto ai dati di costo rilevati nel Bilancio in nota integrativa, nel Modello A e riportati nel Flu.Per.;
- dei dati di Flu.Per. con le anagrafiche HSP ministeriali e correlati flussi di produzione anche al fine del progetto di definizione del fabbisogno di personale;
- delle ore lavorate comunicate nel flusso Ministeriale Relazione al Conto Annuale con i dati presenti nel flusso B;
- degli assetti organizzativi fra l'assetto POAS e Flu.Per (l'ente ha l'onere di tenere allineati gli assetti).

La qualità dei dati dei flussi informativi sopra menzionati sarà oggetto di specifiche verifiche da parte dei competenti Uffici della DG Welfare.

11.5. Procedure di reclutamento del personale

Si richiama la DGR n. XII/3720 del 30/12/2024 a oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025" dove si conferma l'importanza dello sviluppo di un modello a rete tra Aziende Sanitarie pubbliche, individuando la creazione di reti territoriali che favoriscano la condivisione di informazioni e competenze al fine di ottimizzare le risorse e migliorare l'efficienza complessiva del sistema sanitario, migliorando la continuità delle cure.

Tra gli obiettivi del modello a rete è previsto lo sviluppo di regole di ingaggio sovraziendali per la piena valorizzazione e ottimizzazione delle risorse professionali, attraverso l'adozione di accordi quadro tra gli enti hub e spoke finalizzati a rispondere alle esigenze di carenza di personale e ad aumentare le competenze dei professionisti.

Negli eventuali accordi gli hub si impegnano, pertanto, ad assicurare la presenza in via temporanea di propri dipendenti e/o a reclutare personale in favore delle sopra citate Aziende Socio-Sanitarie Territoriali.

Oltre a quanto sopra rappresentato, nell'ottica di collaborazione fra Enti per il reclutamento del personale sanitario, le aziende possono considerare nella fase iniziale di pianificazione l'opportunità di individuare singole procedure selettive da espletarsi in forma aggregata.

La cooperazione fra gli Enti operanti avviene, attraverso specifici Protocolli, nelle fasi di programmazione ed espletamento delle procedure di selezione del suddetto personale, di utilizzo delle graduatorie.

In tema di utilizzo in scorrimento delle graduatorie, nell'ambito di valorizzazione del capitale umano e delle politiche di retention, fatto salvo i vincitori dei concorsi e la volontà espressa dei candidati, gli Enti dovranno mettere a disposizione le proprie graduatorie, qualora richiesto, dai diversi Enti che hanno loro personale utilmente collocato nelle stesse.

11.5.1. Reclutamento personale veterinario

- Al fine di garantire la dotazione di personale assegnato veterinario previsto nei PTFP le ATS sono invitate a sviluppare strategie di reclutamento che prevedono l'assunzione di nuovo

personale anche attraverso la condivisione delle graduatorie concorsuali in essere con le modalità previste nel paragrafo precedente.

- Si conferma fino alla scadenza del protocollo in essere la modalità di procedura aggregata concorsuale con ATS Insubria come Agenzia capofila, fermo restando la possibilità delle singole ATS di attivare procedure concorsuali a tempo determinato e indeterminato autonomamente in casi di situazioni di necessità e al permanere di carenze di personale in esito allo scorrimento delle graduatorie attive in esito a procedure aggregate del suddetto protocollo.
- Alla scadenza del protocollo, le ATS dovranno valutare la possibilità di confermare l'esperienza del concorso aggregato regionale.
- Progressivo incremento delle dotazioni organiche dei Dipartimenti Veterinari e SAOA delle ATS fino a raggiungere un numero complessivo regionale non inferiore alle 700 unità, da attuare tramite i Piani Triennali di fabbisogno del personale.

11.5.2. Reclutamento personale dall'estero

DG Welfare consoliderà le attività relative al reclutamento di personale sanitario dall'estero a partire dal piano di sviluppo della collaborazione con l'Uzbekistan, che prevede l'apertura di un Ufficio di Missione a Tashkent, dedicato alla gestione in loco delle attività di selezione, formazione preliminare e coordinamento degli scambi professionali. Parallelamente, proseguiranno le sperimentazioni con ulteriori Paesi e istituzioni estere — come l'accordo con IUNIR e altri partner del Sudamerica — al fine di diversificare e potenziare i canali di reclutamento.

In questo quadro, è prevista la costituzione in DG Welfare di un gruppo di lavoro finalizzato a coordinare e rendere più efficace l'intero processo di reclutamento internazionale. Lo sviluppo di tali attività sarà reso possibile grazie alla collaborazione con gli altri Assessorati regionali competenti e al costante raccordo istituzionale con il Ministero della Salute e il Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale (MAECI), che svolgono un ruolo essenziale nella mediazione e nell'attivazione dei partenariati internazionali.

Nell'ambito delle politiche di gestione e valorizzazione del personale del SSL, anche per il personale straniero potranno essere previste soluzioni per facilitare l'inserimento e la permanenza nel sistema quali programmi di supporto logistico.

11.6. Piani di organizzazione aziendale strategici (POAS)

Si conferma il monitoraggio trimestrale della copertura di tutte le strutture previste dai POAS 2022-2024, attraverso la piattaforma POAS Web. I dati dovranno essere inseriti entro il giorno 15 del mese successivo al trimestre di riferimento.

Per migliorare il grado di flessibilità e autonomia nella definizione degli assetti organizzativi, è prevista a decorrere dal 2026 una procedura semplificata, nei casi in cui vengano effettuate le seguenti rimodulazioni dei POAS già approvati:

- trasformazione da SSD in altra SSD;
- trasformazione da SSD in SS;
- trasformazione da SS in altra SS;
- cambio di afferenza di una SS;
- ridenominazione di SS o SSD con modifica delle competenze.

In tutti i casi sopradescritti, al momento della modifica le strutture interessate devono risultare prive di titolare e non è comunque possibile il verificarsi di un incremento di strutture organizzative rispetto al numero autorizzato nel POAS. Si potrà quindi procedere utilizzando la seguente procedura semplificata per le sole rimodulazioni sopra rappresentate:

1) Gli Enti dovranno inviare una relazione alla Direzione Welfare nella quale motivano le ragioni della modifica e certificano l'invarianza della spesa complessiva anche rispetto alla disponibilità dei fondi contrattuali e danno atto di aver proceduto con le informative preventive al Consiglio dei Sanitari laddove previsto (D.lgs. n. 502/1992 e L.R. n. 2/1998), al Collegio di Direzione (D.lgs. n. 502/1992), al Collegio sindacale, al Rettore negli Enti sedi di Ospedale Universitario ed alle OOSS.
   Le modifiche potranno avvenire esclusivamente con decorrenza dal 1° gennaio e dal 1° luglio e dovranno essere comunicate entro finestre temporali specifiche comunicate dalla Direzione Welfare.
2) La DG Welfare recepisce tutte le modifiche trasmesse dagli Enti in una specifica delibera e successivamente registra la modifica all'interno del proprio sistema informativo POAS web comunicando formalmente l'avvenuta registrazione agli Enti e prevedendo la decorrenza delle nuove strutture dal1° gennaio e dal 1° luglio.
3) Istruzioni specifiche di dettaglio verranno trasmesse dalla DG Welfare all'apertura delle finestre temporali.

11.6.1. Copertura dei posti e delle strutture complesse previsti in dotazione organica

Nell'ambito dell'attuazione delle previsioni del DM 70/2015, la copertura delle strutture complesse richiede l'autorizzazione da parte della DG Welfare. Sono fatte salve e mantengono validità, le autorizzazioni già rilasciate nel corso del 2025 fino al 30 giugno 2026.

I limiti autorizzati a cui riferirsi sono rappresentati:

- dai budget di risorse assegnate,
- dalla dotazione organica autorizzata nel PTFP 2026-2028.

In ogni caso il costo costituisce un limite invalicabile, non possono pertanto essere disposte assunzioni che comportino, a regime, l'incremento dei costi oltre il limite assegnato, ivi compreso il valore dei Fondi contrattuali.

Con riferimento alle aspettative per incarichi di cui al D. Lgs n. 502/92, si invitano le Aziende al rispetto delle disposizioni previste dall'art. 3-bis, comma 11, del medesimo decreto legislativo. Nel periodo di fruizione di tale aspettativa l'azienda può provvedere alle sostituzioni per la durata dell'aspettativa concessa così come previsto dall'art 22 comma 5 del CCNL 19 dicembre 2019. Al rientro in servizio dall'aspettativa, il dirigente sostituito completa il proprio periodo di incarico ed è soggetto alla verifica e valutazione di cui al Capo VIII del CCNL 19 dicembre 2019.

Stante la ratio della normativa sopra riportata, essendo l'aspettativa disposta anche a tutela degli Enti sociosanitari pubblici, questi ultimi dovranno provvedere al contestuale congelamento di un corrispondente posto in organico per la durata della stessa così da consentire al dirigente, al momento del rientro, di proseguire il proprio incarico. Tale disposizione vale anche nel caso in cui nel POAS siano state modificate o soppresse le Strutture Complesse coperte da titolare in aspettativa ex D.lgs. 502/92.

Non è previsto l'autorizzazione regionale per le seguenti casistiche:

- coperture di strutture complesse nei casi riferiti all'istituto contrattuale delle sostituzioni;
- reclutamento dirigenti ai sensi dell'art. 15 septies del D. Lgs. 502/92.

11.7. Piano triennale dei fabbisogni di personale

Il PTFP si sviluppa in prospettiva triennale, è adottato annualmente ed è predisposto in coerenza con la programmazione finanziaria e di bilancio.

I costi per il personale dipendente sono indicati dall'assegnazione regionale di risorse che rappresenta un limite di spesa invalicabile e pertanto i piani triennali dei fabbisogni di personale devono essere compatibili con la cornice finanziaria per il SSL e devono essere redatti nel rispetto della legislazione vigente in materia di contenimento del costo del personale.

Il PTFP 2026-2028 contiene la programmazione del personale dipendente, del personale con contratto atipico, dei convenzionati universitari e dei convenzionati specialisti ambulatoriali e medicina dei servizi.

A seguito di specifiche indicazioni regionali sulla modalità di presentazione da parte della DG Welfare, la proposta di PTFP dovrà essere predisposta dall'ente, validata, per quanto di competenza, dai propri Collegi Sindacali e trasmessa alla DG Welfare per l'istruttoria che può prevedere anche una fase di confronto.

Concluso l'iter regionale, l'approvazione del PTFP dell'Ente avverrà con specifica DGR N. che l'Ente dovrà recepire con proprio provvedimento.

Il termine per la presentazione delle proposte del PTFP 2026-2028 sarà oggetto di specifica comunicazione.

11.8. Formazione del personale SSR

La formazione continua è opportunità e stimolo per la crescita di tutto il sistema salute ed è obbligo per tutti i professionisti sanitari.

Il Sistema Lombardo ECM-CPD, attraverso i suoi provider accreditati, deve svilupparsi dal punto di vista qualitativo e quantitativo garantendo un'adeguata offerta formativa, in particolare proponendo percorsi formativi blended e/o improntati al digitale da affiancare, integrando e arricchendo la formazione tradizionale.

È quindi indispensabile che gli uffici formazione vengano adeguatamente valorizzati e dotati delle necessarie risorse tecnologiche, umane e didattico-metodologiche.

Ai provider del Sistema lombardo ECM-CPD è perciò richiesta:

- la realizzazione, anche in collaborazione con PoliS-Lombardia, strutture del S.S.L. e altri provider accreditati, di percorsi formativi, con un'attenzione particolare alla progettazione di percorsi blended e con lo sviluppo delle funzioni di E-learning;
- il rispetto della normativa ECM e di quanto previsto nel "Manuale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM-CPD Regione Lombardia";
- Gli Enti dovranno prevedere l'adozione di due delibere nel corso del 2026 da caricare sul "Sistema gestionale lombardo ECM – Sviluppo professionale continuo": il piano formativo 2026 entro 31/03/2026 ed il suo aggiornamento entro il 30/06/2026;
- Gli Enti, al fine del rispetto dei LEA, nella predisposizione del piano e del relativo aggiornamento entro giugno, devono porre la massima attenzione affinché gli eventi indicati nello stesso e caricati a sistema siano certi e realizzabili nel corso dell'anno;
- Il puntuale e preciso rispetto dei termini previsti per la rendicontazione degli eventi formativi svolti;
- la tempestiva e precisa trasmissione dei flussi relativi ai crediti formativi da assegnare ai professionisti;
- la collaborazione, finalizzata allo sviluppo del Sistema gestionale lombardo ECM, anche attraverso il supporto all'attività della Commissione regionale per la formazione continua e dell'Osservatorio regionale della qualità dell'educazione continua in medicina;
- la promozione di attività per favorire la partecipazione del personale alle attività formative programmate e l'attivazione di verifiche in merito al rispetto dell'obbligo formativo in capo ai professionisti sanitari;

- Gli Enti, ai fini dell'adempimento LEA: "L'Ente accreditante deve vigilare sulla programmazione delle attività formative da parte dei provider. Ciascun provider ha l'obbligo di realizzare almeno il 50% dell'attività programmata annualmente ed inserita nel relativo piano formativo", sono chiamati a monitorare con estrema attenzione la realizzazione di quanto previsto dal piano formativo approvato, curando il rispetto dell'obiettivo di una percentuale di realizzazione di almeno il 50% degli eventi formativi programmati.
- Al fine di migliorare l'efficienza del sistema, anche in termini di adempimenti LEA, è prevista nel corso del 2026 un'implementazione della piattaforma riguardante le funzioni di monitoraggio e controllo. Successivamente saranno svolte attività di supporto e accompagnamento per i provider e, a decorrere dal mese di ottobre 2026, sarà introdotto uno specifico regime sanzionatorio che, per gli enti inadempienti, tra le altre misure, prevede:
- per la mancata cancellazione sulla piattaforma di edizioni/eventi formativi non realizzati l'irrogazione di un provvedimento sanzionatorio di richiamo che, se reiterato, può comportare la sospensione temporanea dell'attività del provider;
- per il mancato rispetto del limite del 50% di realizzazione del piano formativo deliberato, l'irrogazione di una sanzione di sospensione del provider per 15 giorni e, nel caso reiterazione, si potrà arrivare fino alla decadenza dall'accreditamento dal Sistema ECM-CPD di Regione Lombardia.

11.8.1. Indicazioni sulla formazione – U.O. Prevenzione

Per il 2026, gli enti nell'ambito della pianificazione del piano formativo, prevedono l'inserimento nei percorsi formativi destinati ai nuovi assunti di alcuni dei seguenti elementi che devono essere comunque affrontati entro i primi due anni di attività:

- utilizzo HERM per segnalazioni dell'area del rischio clinico tra cui quella della violenza sul personale sanitario, verifica della profilazione e capacità di utilizzo (§9.15.3);
- conoscenza del piano pandemico locale e del gestionale SASHA;
- formazione per la prevenzione di ICA (in particolare igiene delle mani e igiene respiratoria) e AMR, utilizzo della FAD regionale realizzata per PNRR;
- presentazione dell'offerta vaccinale e conoscenza di ARVAX;
- presentazione dell'offerta di screening (colon retto, mammella, cervice uterina, prostata, polmone, HCV);
- presentazione del sistema di segnalazione delle malattie infettive PREMAL e SMI;
- conoscenza di SMI ed esercitazione per utilizzo in relazione al ruolo;
- conoscenza del sistema MICROBIO;
- conoscenza del sistema dei controlli di ATS e relativi applicativi nell'ambito della prevenzione.

11.8.2. Tematiche regionali e nazionali

Sono confermate per l'anno 2026 le specifiche tematiche formative su cui si ritiene strategico promuovere la progettazione di eventi formativi e in virtù dei quali si riconosce a titolo di premialità un numero di crediti aggiuntivi a favore dei professionisti sanitari, così come previsto dalle regole di accreditamento regionali.

Le tematiche sono individuate nella tabella che segue.

TIPO TEMATICA	TEMATICA SPECIALE
	1. Reti di prossimità: nuove modalità di presa in carico dei pazienti cronici e fragili e azioni a potenziamento della medicina generale.

TIPO TEMATICA	TEMATICA SPECIALE
REGIONALE	2. Tutela della salute e sicurezza del lavoratore.
	3. Approccio one health: promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute, prevenzione dei fattori di rischio comportamentali delle malattie cronico degenerative e delle dipendenze.
	4. Azioni formative a sostegno delle capacità relazionali.
	5. Applicazione ai percorsi formativi ECM-CPD di metodologie per la misurazione delle ricadute organizzative
	6. Nuovi paradigmi dell'area emergenza urgenza per Regione Lombardia.
NAZIONALE	7. Fertilità
	8. Vaccini e strategie vaccinali
	9. Gestione delle situazioni che generano violenza nei confronti dell'operatore sanitario
	10. Antimicrobico-resistenza
	11. L'infezione da Coronavirus 2019 nCoV
	12. La medicina di genere
	13. Sanità digitale.
	14. Piano strategico operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021 – 2023). Aspetti scientifici, tecnico-operativi, giuridico-normativi e di gestione delle emergenze.
	15. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.
	16. Formazione in infezioni ospedaliere.
	17. Health Technology Assessment-HTA
	18. Formazione sull'uso improprio del Fentanyl e di altri oppioidi sintetici
	19. Responsabilità professionale

* Per quanto attiene alla tematica regionale "Applicazione ai percorsi formativi ECM-CPD di metodologie per la misurazione delle ricadute organizzative", la stessa rappresenta una scelta strategica di Regione Lombardia e riguarda la progettazione, erogazione e monitoraggio degli esiti dei percorsi formativi erogati. I crediti aggiuntivi non potranno assommarsi al bonus previsto per le altre tematiche regionali/nazionali.

11.8.3. Corso di formazione specifica in Medicina Generale

Gli enti sedi di polo formativo, al termine di ogni singolo anno accademico, relativamente alle funzioni svolte e ai costi sostenuti per l'erogazione del corso di formazione, devono fornire puntualmente le rendicontazioni a POLIS Lombardia con particolare riferimento a quella delle spese sostenute secondo i massimali e nei limiti della DGR n. XI/7757 del 28/12/2022 dei progetti approvati.

11.8.4. Formazione personale dell'Area Professionale Tecnica ed Amministrativa.

Al fine di dotare il management dei ruoli amministrativo, professionale e tecnico delle competenze necessarie per gestire le strutture dedicate al supporto tecnico/amministrativo degli Enti e in considerazione della sempre maggiore complessità delle funzioni e delle attività da svolgere, nel 2026 si deve perseguire l'obiettivo di garantire un'offerta formativa specifica rivolta a tali profili professionali,

sia come formazione al ruolo sia come aggiornamento professionale. Tale obiettivo dovrà essere assicurato, a livello aziendale e regionale, tramite:

- la progettazione di percorsi formativi mirati;
- la stipula di accordi convenzionali con gli ordini professionali che già prevedono un sistema di crediti formativi;
- la presenza di iniziative di formazione per il personale tecnico-amministrativo nei piani di formazione aziendali.

11.9. Richieste pareri

Al fine di una maggiore uniformità di applicazione degli istituti contrattuali e normativi fra gli Enti si ritiene necessario individuare una funzione di coordinamento regionale in merito

alle richieste di pareri rivolte ad Aran e al Dipartimento della Funzione pubblica dai singoli Enti.

A tal fine le richieste di parere dovranno essere trasmesse alla U.O. Risorse Umane del SSR della Direzione Welfare almeno 15 giorni prima della trasmissione ad Aran e al Dipartimento della Funzione pubblica.

Decorso il termine sopra individuato, gli Enti potranno procedere a inviare le richieste fatto salvo il caso in cui fossero pervenute richieste di chiarimento da parte degli uffici regionali.

Le risposte alle richieste dovranno essere prontamente messe a disposizione della U.O. Risorse Umane del SSR.

11.10. Welfare integrativo aziendale

Nell'ambito dell'attivazione di Piani di welfare aziendale a supporto dei dipendenti, al fine di incrementare il benessere psico-fisico-relazionale, l'engagement e la fidelizzazione, l'attrattività e la retention del personale, si richiama l'attenzione degli Enti a quanto stabilito in tema di welfare integrativo nello specifico paragrafo dell'allegato 11 della DGR XI/7758 del 28/12/2022 e a quanto espressamente stabilito dall' art. 56 del CCNL 2022-2024 per il personale del comparto sanità e dall'art 57, del CCNL 2019-2021 dirigenza area sanità e dall' art 26 del CCNL 2019-2021 dirigenza funzioni locali.

12. PREVENZIONE & PUBLIC HEALTH

12.1. Premessa

Fermo restando l'obbligo per tutte le Aziende e Agenzie del SSR di garantire l'erogazione dei LEA di Prevenzione (DPCM 2017- Allegato 1 Prevenzione collettiva e sanità pubblica) e il rispetto degli indicatori LEA/NSG, nei paragrafi seguenti seguito sono riportate le attività di prevenzione previste per il 2026. Fanno pienamente riferimento all'area Prevenzione anche le attività del capitolo ONE HEALTH che è stato redatto in condivisione con la U.O. Veterinaria.

Ove non diversamente specificato, le attività sono realizzate nell'ambito delle risorse già riconosciute alle Aziende/Agenzie coinvolte. In relazione alle risorse la previsione di legge di bilancio 2026 identifica 485 milioni di euro per l'Italia per le attività di Prevenzione (Screening e Vaccinazioni) che, ove confermati e ripartiti, verranno utilizzati secondo la programmazione di cui al presente capitolo. Analogamente sono previsti nel 2026 gli stanziamenti delle risorse per il Piano Pandemico e il PNCAR.

12.2. Innovazioni 2026

A. INTELLIGENZA ARTIFICIALE (IA) SCREENING

La progettualità per il 2026 prevede la messa a sistema nel SSR dell'utilizzo della IA nei programmi di screening ed in particolare la partecipazione delle aziende individuate dalle iniziative regionali per:

- la gestione unificata della lettura mammografica di screening tramite supporto IA, nel rispetto delle linee guida nazionali/internazionali e della letteratura scientifica;
- l'attivazione di percorso pilota per la lettura tramite IA delle RM prostatiche nell'ambito dello screening;
- lo sviluppo di un modello di inclusione nello screening delle mammografie oggi erogate fuori screening.

Regione Lombardia, nell'ambito delle attività finalizzate allo sviluppo e all'applicazione di sistemi di intelligenza artificiale nei programmi di screening oncologico, si avvale del supporto del programma europeo SPIN4EIC, promosso dall'European Innovation Council (EIC) nell'ambito degli EIC Business Acceleration Services (BAS). In particolare, in sostituzione della precedente partecipazione al programma InnoMatch, Regione Lombardia aderisce alla Call for Expression of Interest promossa dal programma SPIN4EIC per la realizzazione del progetto pilota volto alla sperimentazione di soluzioni tecnologiche innovative basate sull'intelligenza artificiale in ambito sanitario, con specifico riferimento all'implementazione di sistemi a supporto della refertazione della risonanza magnetica (RM) nell'ambito dello screening del carcinoma prostatico. Regione Lombardia intende altresì avvalersi del programma SPIN4EIC per il supporto nel processo di procurement per l'innovazione relativo all'individuazione e valutazione di sistemi tecnologici avanzati a supporto della refertazione dello screening mammografico e dello screening al polmone.

Finalità: miglioramento delle performance misurate con indicatore P15C – NSG (fino a 3 milioni di euro, accantonati negli esercizi precedenti).

Obiettivo operativo: attivazione di esperienze regionali e valutazione su scala regionale dell'utilizzo dell'IA per screening mammella e prostata.

B. CONTRASTO ALL'OBESITÀ

Si prevede la sperimentazione di una progettualità dedicata al contrasto dell'obesità tramite l'utilizzo combinato di promozione di stili di vita sani, supporto all'attività fisica, attivazione di counselling nutrizionale e utilizzo di farmaci agonisti del recettore GLP-1.

A supporto di tale progettualità sono affidate le seguenti attività:

- DG Welfare - vista l'impossibilità di offrire nell'ambito del SSN i summenzionati farmaci per il contrasto dell'obesità in quanto extra LEA, ma considerate le evidenze di letteratura rispetto all'efficacia degli stessi e la necessità del SSN di contrastare le patologie che hanno tra i determinanti l'obesità e il sovrappeso, sia per migliorare la qualità di vita dei singoli pazienti, sia per diminuire il burden di patologie nel prossimo futuro e garantire quindi la sostenibilità del SSR, l'iniziativa regionale sarà volta ad attivare una convenzione (affidata ad ARIA) per l'approvvigionamento di farmaci che permetta ai cittadini un acquisto a prezzo calmierato degli stessi tramite il meccanismo del co-pagamento senza oneri per RL. Nell'ambito di tale iniziativa saranno ricercate modalità di accesso a prezzo ulteriormente calmierato ovvero gratuito per le persone con elevata fragilità sociale e impossibilità di accesso al farmaco;
- DG Welfare - Predisposizione della sezione dedicata alla prevenzione del PPDTA Obesità regionale in raccordo con la Rete di nutrizione clinica, il TaRSiN e le ASST Melegnano e Martesana e Spedali Civili di Brescia sulla base della sperimentazione attuata anche in riferimento a quanto previsto dalla Legge 3 ottobre 2025, n. 149;
- ATS - per il tramite delle SC Promozione della salute dei DIPS, messa a disposizione alla medicina generale e agli specialisti coinvolti dell'offerta di attività fisica sul territorio di competenza;
- ATS – per il tramite delle SC IAN e Promozione della salute coordinamento con le ASST in merito al punto successivo;
- ASST - offerta, in particolare nelle case di comunità, di servizi di supporto nutrizionale ai pazienti in sovrappeso o in condizione di obesità individuati dagli MAP/PLS in coordinamento con le ATS e il dipartimento di cure primarie;
- ARIA - oltre l'attivazione della iniziativa di approvvigionamento sopra descritta - la possibilità di registrare sul FSE i parametri antropologici e la gestione informatica della rendicontazione della progettualità.

L'iniziativa prevedrà il coinvolgimento dei pazienti in funzione del rischio stabilito sulla base del BMI e delle comorbidità EOSS.

Finalità: miglioramento delle performance valutate con l'indicatore P14C nell'ambito del Nuovo Sistema di Garanzia.

Obiettivo operativo: attivazione della progettualità, realizzazione della gara e arruolamento dei pazienti.

C. PARI

La progettualità di cui alla DGR n. XII/ 2967/2023, relativa al miglioramento degli stili di vita tramite incentivi ai cittadini, prevede l'attivazione e la valutazione della fase sperimentale presso l'ATS Pavia per il miglioramento dell'adesione allo screening colon-rettale.

Finalità: miglioramento delle performance valutate con l'indicatore P15C nell'ambito del Nuovo Sistema di Garanzia.

Obiettivo atteso: valutazione della progettualità e programmazione della messa a sistema sul territorio regionale.

D. INSINERGIA E SINTESI

Attivazione delle progettualità di cui alle DDGR XII/3027/2024 e XII/4848/2025 e successivi provvedimenti: le ATS (Città Metropolitana di Milano, Brescia, Valpadana, Pavia) e le ASST (Melegnano Martesana, Pavia, Mantova, Spedali Civili di Brescia, Nord Milano) attivano l'arruolamento ed erogano le prestazioni secondo le indicazioni regionali.

Obiettivo operativo: arruolamento dei pazienti ed erogazione delle prestazioni previste.

E. POLO TOSSICOLOGICO

La diffusione sempre più ampia di nuove sostanze stupefacenti richiede alla regione Lombardia di potenziare la sua capacità di risposta e assistenza di fronte alle nuove sfide diagnostiche e

terapeutiche. Per garantire una risposta completa, si dà mandato alla Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia di attivare un “polo tossicologico” insieme ai CAV lombardi (ASST Papa Giovanni XXIII, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, IRCCS Maugeri Pavia) e alla U.O. Prevenzione per:

- coordinare la rete di offerta CAV;
- rafforzare il monitoraggio degli antidoti sul territorio lombardo, garantendo a tutte le strutture del SSR la conoscenza della disponibilità dell'antidoto più vicino, accessibile 24 ore su 24, 7 giorni su 7;
- aumentare la capacità analitica nel campo tossicologico per identificare rapidamente nuove sostanze, offrendo consulenza e supporto a tutte le strutture pubbliche o private regionali;
- attivare un sistema di sorveglianza degli eventi correlati all'abuso di sostanze stupefacenti, con particolare attenzione agli eventi in pronto soccorso, alla presenza di nuove sostanze sul territorio e alla analisi delle acque reflue, quest’ultimo in raccordo con il laboratorio individuato per l’analisi.

Obiettivo operativo: invio entro il 31 marzo 2026 alla U.O. Prevenzione di un piano per la realizzazione del Polo Tossicologico e di revisione della offerta dei CAV ed attivazione del sistema di allerta entro il 31 dicembre 2026.

12.3. Piano pandemico - PANFLU

L’attivazione regionale avviene nelle more dell’approvazione a livello nazionale del “Piano strategico operativo di preparazione e risposta ad una pandemia da patogeni a trasmissione respiratoria a maggiore potenziale pandemico 2025-2029” e dell’affidamento alle regioni delle risorse previste.

A. Il Centro Regionale Malattie Infettive (ASST Fatebenefratelli-Sacco – Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo - U.O. Prevenzione) procede con la piena applicazione di quanto previsto dalla DGR n.XII/5097/2025 ed in particolare con le attività previste dal punto 5 del deliberato.
B. Gli Enti del SSR garantiscono il monitoraggio (nota G1.2025.0024478 del 19/06/2025) delle scorte per DM e DPI previsti per la scorta pandemica (DGR n.XII/293/2023) secondo quanto previsto dalle indicazioni regionali già fornite con DGR N. XII/3720/2024 (schema 1 mese enti/3 mesi AREU) e successive indicazioni (atteso presenza scorte e correttezza flussi).
C. Ogni Ente del SSR (ATS/ASST/IRCCS) è responsabile della corretta compilazione del gestionale SASHA:
    - nelle more di ulteriori indicazioni dal livello nazionale per l’aggiornamento del Piano Pandemico Nazionale, le azioni per il Piano Pandemico Regionale dovranno essere aggiornate nel periodo compreso tra il 1° aprile e il 15 luglio 2026;
    - le azioni per il Piano Epidemico dovranno essere aggiornate entro il 1° ottobre 2026 per la fase di regime ordinario e secondo le successive indicazioni regionali per le fasi seguenti di attivazione (territoriale, ospedaliera, epidemica);
D. Tutti gli Enti del SSR (ATS/ASST/IRCCS) nel 2026 attivano almeno una esercitazione sul Piano Pandemico che deve essere rendicontata nell’apposito ambiente di SASHA. Dovrà essere applicata per almeno 1 area tematica, che deve essere diversa da quella del 2025 se già testata con successo; tra le tematiche si indicano in particolare: l’analisi delle risorse, la gestione della catena di comando, la comunicazione, la gestione clinica e i servizi ospedalieri di IPC.
E. Nella seconda metà del 2026 il gestionale SASHA sarà diffuso alle strutture ospedaliere private accreditate, per le quali è prevista una piena attivazione e compilazione delle azioni previste dal Piano.
F. Le ATS svolgono almeno 2 audit nell’ambito del Piano Pandemico in 2 Enti fra le ASST e gli IRCCS pubblici insistenti sul proprio territorio e almeno 1 audit interno al proprio Ente registrandoli su

SASHA; gli audit devono concentrarsi sulle azioni nelle quali gli Enti hanno dichiarato il pieno allineamento con le indicazioni (autovalutazione >=75%).

G. La DG Welfare aggiornerà la DGR N. XII/63/2023 in merito all'allegato dedicato alla sorveglianza respiratoria in PS (fino a 2,5 milioni di euro FSN).
H. Conferma della attivazione delle misure a supporto dell'aumento dei posti letto acuti/subacuti per l 'epidemia influenzale:
   - per le attività della stagione 2025/2026 le ATS inviano mensilmente, a decorrere da febbraio ad aprile 2026, la rendicontazione dei costi sostenuti nel mese precedente al fine di consentire alla U.O. Prevenzione l'istruttoria per la tempestiva liquidazione delle spese (costi già previsti nella DGR XII/3720/2024);
   - per la stagione 2026/2027 le ATS, entro settembre 2026, inviano alla U.O. Prevenzione la previsione di spesa e l'organizzazione prevista (previsti fino a 6 milioni di euro FSN).
I. Conferma del supporto alle ASST per l'attivazione degli Hotspot infettivologici:
   - per la stagione 2025/26 le ASST rendicontano secondo indicazioni regionali entro marzo 2026;
   - per la stagione 2026-2027 si conferma il meccanismo di rifinanziamento a ripiano fino a soglia predeterminata di 172.800 ad ASST (fino a 5 milioni di euro FSN).
J. Nel corso del 2026 verranno definite le risorse per la stagione influenzale 2026/2027 relative alle vaccinazioni per le strutture private accreditate, nonché le vaccinazioni e le attività di testing per i MAP e i PLS.
K. Sviluppo di sistemi di rilevazione dei posti letto mediante l'integrazione con i flussi ADT (Admission Discharge Transfer) aziendali e miglioramento della qualità flusso EVVAI.

12.4. Dati ed epidemiologia

Regione

A. Nel corso del 2026 saranno attivate dalla U.O. Prevenzione almeno 3 riunioni di "data governance".
B. Condivisione con le ATS e ASST delle modalità di messa a disposizione dei dati previsti negli applicativi centrali e condivisione di metodi per il calcolo e la diffusione degli indicatori di Prevenzione (es coperture vaccinali, screening etc.).
C. Diffusione da parte delle ATS dei portali "Profili di Salute" delle ATS realizzati nel 2025.
D. Attivazione del software CRUIS (CRUscotto Istanze SUAP), come previsto dal DPR 160/2010, secondo le indicazioni ministeriali.
E. Attivazione dell'integrazione degli applicativi della Prevenzione con la cartella clinica elettronica regionale (vaccinazioni/arvax, malattie infettive/smi, sorveglianza laboratorio /Microbio).
F. Realizzazione di un supporto informatico per l'epidemiologia spaziale applicabile ai vari ambiti della prevenzione partendo dalla reingegnerizzazione del sistema Geo.Sa.
G. Realizzazione di reportistica in tema di attività di Prevenzione (Sorveglianze Malattie Infettive, Controlli).

U.O. a valenza regionale Epidemiologia per la Prevenzione

H. Profili di salute e stato di salute della popolazione: coordinamento della produzione e aggiornamento dei profili di salute territoriali, con sviluppo del portale regionale unificato e analisi integrata dei determinanti sanitari, ambientali e sociali.
I. Sorveglianza epidemiologica e studi tematici: conduzione di studi osservazionali e analitici sui trend emergenti dei tumori gastrointestinali, tra cui lo studio sull'aumento dei tumori del colon-retto in età giovanile, finalizzato alla comprensione delle tendenze epidemiologiche e all'individuazione di strategie di prevenzione mirata.
J. Valutazione dell'impatto dei programmi di screening oncologici: analisi di efficacia e di equità dei programmi di screening, con integrazione dei dati individuali e valutazione degli esiti a lungo

termine attraverso modelli statistici e predittivi, in collaborazione con la U.O. a valenza regionale Screening Oncologici e le ATS.

K. Sorveglianza delle esposizioni ambientali e valutazione dell'impatto sulla salute: coordinamento di studi sugli effetti acuti e cronici delle esposizioni ambientali e degli eventi climatici estremi, anche in relazione ai progetti nazionali INSINERGIA, SINTESI e PNC Clima, e supporto tecnico-scientifico alle valutazioni di impatto a seguito prescrizioni ministeriali dell'ISS.
L. Distribuzione dei fattori di rischio nella popolazione: produzione di indicatori epidemiologici e analisi dei fattori individuali e ambientali associati a rischio di malattia, integrando le principali sorveglianze nazionali e regionali.
M. Indicatori sintetici per la sanità pubblica: sviluppo e validazione di indicatori compositi per il monitoraggio della sanità pubblica e delle politiche di prevenzione, con articolazione in indicatori di sorveglianza, di processo e di esito, a supporto della programmazione regionale e locale.
N. Funzione di coordinamento del COR Lombardia: coordinamento tecnico e metodologico con i COR aziendali e gli osservatori epidemiologici delle ATS per l'omogeneità dei flussi informativi, il potenziamento delle capacità analitiche e la condivisione di strumenti e protocolli.
O. Sviluppo di strumenti informativi e infrastrutture analitiche: Contributo alla reingegnerizzazione dei sistemi per l'epidemiologia spaziale e alla realizzazione di cruscotti e portali interattivi per l'analisi territoriale e la comunicazione dei dati.

12.5. Olimpiadi 2026 – Sanità pubblica e prevenzione

Per la parte prevenzione e Sanità Pubblica si rimanda al capitolo §16.1.4.

12.6. PNRR – Missione 6 Component 2 SUB 2.2 (B) e PNC - SRPS

A. Tutte le ATS e le ASST devono garantire, il completamento del percorso di formazione relativo al programma ICA (Infezioni Correlate all'Assistenza) previsto dal PNRR Missione 6.2.2b e la piena attuazione delle attività previste dalla programmazione PNC, al fine di consolidare le competenze organizzative e professionali acquisite e garantire la diffusione omogenea delle buone pratiche di prevenzione e controllo delle infezioni sul territorio regionale. Le Aziende dovranno inoltre garantire:
   - la conclusione del processo di rendicontazione sul sistema REGIS entro il mese di febbraio 2026 (target: REGIS 100%);
   - il pieno utilizzo delle risorse assegnate entro il mese di giugno 2026, assicurando l'efficiente impiego dei fondi e il raggiungimento degli obiettivi operativi previsti (target: 100% delle risorse utilizzate).

   Mensilmente le ASST inviano rendicontazione per le risorse utilizzate secondo indicazioni regionali.
B. In coerenza con le tempistiche definite a livello nazionale, si prevede nel 2026 la conclusione delle progettualità PNC, in tema di potenziamento del Sistema Regionale di Prevenzione Sanitaria (SRPS), per le ATS e le ASST/IRCCS coinvolte con il completamento di tutte le attività previste (target 100% delle progettualità concluse nei tempi).
   Al fine di valorizzare gli investimenti effettuati e misurare l'impatto delle progettualità sul miglioramento dei servizi offerti alla popolazione, si richiede ai Direttori Generali delle ATS e delle ASST/IRCCS partecipanti di procedere, entro gennaio 2027, con:
   - la predisposizione, per l'anno 2026, di un rapporto di valutazione sull'utilizzo delle apparecchiature e delle tecnologie acquisite nell'ambito del progetto;
   - la strutturazione di indicatori quantitativi e qualitativi per evidenziare le prestazioni aggiuntive o migliorative erogate rispetto agli anni precedenti;

- la predisposizione di un'analisi degli outcome generati per la popolazione, da fornire alla U.O. Prevenzione, in termini di accessibilità, tempestività e qualità delle prestazioni sanitarie, in un'ottica di equità ed efficienza del sistema regionale.

12.7. Organizzazione e formazione della prevenzione

A. Analisi e adeguamento del numero di operatori della Prevenzione (ATS/ASST/IRCCS) in coerenza con le indicazioni nazionali e in base alle analisi dei flussi FLUPER.
B. Invio entro il 15 gennaio 2026 alla U.O. Prevenzione, secondo modalità che verranno specificate successivamente, l'aggiornamento:
   - dell'elenco dei Direttori DIPS e dei Direttori di SC del DIPS per le ATS;
   - dell'elenco dei Direttori dei Dipartimenti Funzionali di Prevenzione e dei Direttori delle SC Vaccinazioni e Sorveglianza Malattie Infettive per le ASST;
   - dell'elenco dei referenti/responsabili dei CIO per le ASST/IRCCS.
C. Consolidamento del ruolo dei Dipartimenti Funzionali di Prevenzione in sinergia con i DIPS delle ATS: è attesa almeno 1 riunione su base trimestrale (4 riunioni all'anno), con predisposizione di verbale e invio alla U.O. Prevenzione, tra il direttore del DIPS e i Direttori dei Dipartimenti Funzionali di Prevenzione delle ASST insistenti sul territorio. Le riunioni dovranno avere ad oggetto gli indicatori NSG e le indicazioni della presente DGR N. La stessa riunione deve prevedere la presenza dei Direttori di Distretto almeno due volte l'anno (primo e terzo trimestre).
D. La U.O. Prevenzione organizza audit presso gli Enti (con solo un Ente - ATS o ASST o IRCCS - o combinati ATS e ASST e/o IRCCS), relativi alle performance di prevenzione e alla gestione economica in tema di fondi legati alla prevenzione in merito alle diverse progettualità in essere (PNRR, PNC, etc) e agli indicatori (NSG, LEA, PANFLU, PRP, PNCAR, PNE). Saranno individuate prioritariamente per l'attivazione degli audit le aziende o i processi con risultati non aderenti alle attese (almeno 3 audit nel 2026); ogni audit sarà preceduto dalla condivisione dei domini di interesse e delle modalità di audit.
E. Completamento da parte della U.O. Prevenzione della mappatura delle attività e delle prestazioni di prevenzione erogate da ATS e da ASST.
F. Sviluppo – da parte di ARIA - di un sistema informativo per la mappatura, il monitoraggio e la verifica dei processi.
G. Attivazione dei laboratori di simulazione per verificare e certificare le competenze degli operatori della prevenzione (ad es. neoassunti Tecnici della Prevenzione del SIAN, già finanziato negli esercizi precedenti).
H. Mappatura delle competenze distintive degli Assistenti Sanitari dei servizi Malattie Infettive delle ATS (mappatura completa entro fine anno).
I. Messa a regime da parte di ARIA e diffusione del sistema per l'effettuazione di survey LOCHIEDE e sperimentazione del suo utilizzo per acquisire le informazioni rispetto alla qualità dei servizi erogati (almeno una survey per cittadini/operatori).
J. Corso residenziale di aggiornamento rispetto al ruolo e alle sinergie tra DIPS e Dipartimento Funzionale ASST.
K. Diffusione di HERM-Lomb in tutte le ASST, le ATS e gli IRCCS con l'effettuazione di almeno 1 audit per Ente (es audit interno, audit verso terze parti etc.).
L. Effettuazione di una valutazione per la diffusione di HERM-Lomb agli Enti privati accreditati ospedalieri (realizzazione di un documento di assessment).
M. La U.O. Prevenzione è impegnata nella progressiva capacità di interlocuzione con stakeholders europei al fine di garantire innovazione ai programmi di sanità pubblica lombardi ed è a disposizione degli Enti del SSR con progettualità europee/internazionali al fine di facilitare una messa a sistema di innovazioni e buone pratiche. Gli Enti che vogliono attivare percorsi di sviluppo

e innovazione in Prevenzione possono inviare alla U.O. Prevenzione le proposte per una valutazione condivisa.

N. Per le attività relative alla formazione in ambito prevenzione si rimanda al capitolo §11.5.6

O. Le ATS sono tenute alla realizzazione e alla pubblicazione del Rapporto annuale della prevenzione (come da Legge Regionale n. 33/2009), del Piano integrato dei controlli (PIC) e del Piano integrato locale di Promozione della Salute. In considerazione della rilevanza di tali documenti in ottica programmatoria si prevede per il 2026 che le ATS procedano come segue:

   - entro il 28 febbraio 2026, realizzazione e trasmissione alla U.O. Prevenzione del PIC e del Piano Integrato Locale di Promozione della Salute; per le ATS Città Metropolitana di Milano e ATS Montagna in relazione all'impegno della gestione delle Olimpiadi è prevista una proroga fino al 31 marzo 2026;
   - entro il 31 maggio 2026, realizzazione, pubblicazione nei siti istituzionali e trasmissione alla U.O. Prevenzione di un documento unico, denominato Piano Locale di Prevenzione, predisposto a seguito di una valutazione di quanto effettuato nel 2025 in ambito di prevenzione e promozione della salute, inclusa una valutazione delle performance delle attività erogate, che ricomprenda il Rapporto Annuale della Prevenzione, ulteriori documenti programmatori per l'anno 2026 e le eventuali rimodulazioni dei PIC e dei Piani Integrati Locali di Promozione della salute consegnati a febbraio.

   Verificato in ultimo che nel 2026 verrà predisposto un nuovo Piano Nazionale della Prevenzione (PNP), il quale sarà declinato all'interno di un Piano Regionale della Prevenzione (PRP), si anticipa che ogni ATS dovrà procedere all'inclusione della declinazione locale delle azioni del Piano all'interno del proprio Piano Locale di Prevenzione. A partire dal 2027 il Piano Locale di Prevenzione aggiornato dovrà essere l'unico documento predisposto e dovrà essere emanato da ogni ATS entro il 28 febbraio di ogni anno. Quanto premesso, le ATS nel corso del 2026 partecipano alla costruzione del Piano Regionale di Prevenzione, attività propedeutica poi all'adozione a livello locale entro febbraio 2027.

P. Le ASST sono tenute alla predisposizione, pubblicazione nei siti istituzionali e trasmissione alla U.O. Prevenzione del Rapporto Annuale della Prevenzione (L.R. n. 33/2009) entro il 31 maggio 2026. A partire dal 2027 il Rapporto Annuale della prevenzione dovrà essere predisposto entro il 28 febbraio di ogni anno.

Q. Le ATS devono individuare, ciascuna al proprio interno, un referente incaricato di assicurare il coordinamento delle attività previste nel Protocollo d'intesa tra Regione Lombardia, Tribunale di Sorveglianza e Centro Giustizia Minorile, approvato con DGR n. XII/4895 del 01/08/2025, e di garantire il raccordo con la U.O. Prevenzione della DG Welfare di Regione Lombardia.

12.8. Sorveglianza malattie infettive

A. Per le ASST e gli IRCCS pubblici si prevede la conclusione processo di integrazione dei LIS aziendali con MICROBIO 2.0 già finanziato negli esercizi precedenti. Nello specifico entro marzo 2026 tutti gli Enti pubblici devono avere completato e validato qualitativamente l'integrazione ed entro maggio 2026 dovrà essere concluso tutto il recupero dei dati relativi all'annualità 2025.

B. Per le ASST e gli IRCCS pubblici si prevede (dopo avere evaso il punto precedente) l'evoluzione del flusso MICROBIO 2.0 in modalità di integrazione real-time (finanziamento a carico di fondi PNCAR). Nello specifico, ogni ASST e IRCCS è tenuto a programmare l'evoluzione in coerenza con le specifiche fornite da Aria spa.

C. Prosecuzione del coinvolgimento degli Enti Privati accreditati all'adesione a MICROBIO 2.0 (verifica a carico della U.O. Prevenzione della disponibilità di adesione e supporto tecnico).

D. Integrazione di MICROBIO 2.0 con i flussi ADT aziendali. I dati locali saranno segregati in coerenza con la titolarità dei dati in capo agli Enti; ARIA spa effettuerà quindi il trattamento per conto degli Enti (attivazione della progettualità in almeno 1 azienda pilota).

E. La Sorveglianza Acque Reflue è prevista in continuità con le attività del 2025 per:

- virus (influenza, RSV, SARS-CoV-2, influenza aviaria, enterovirus, adenovirus);
- antimicrobico resistenza (AMR);
- farmaci (avvio analisi pilota);
- sostanze stupefacenti (avvio analisi pilota).

Il finanziamento è previsto tramite le progettualità PANFLU e PNCAR.
Le ATS sono tenute a garantire il corretto trasporto dei campioni, ATS Città Metropolitana di Milano fornisce i dati per la Città di Milano alla U.O. Prevenzione.
Il laboratorio di ATS Città Metropolitana di Milano nel 2026 prevede lo sviluppo di metodi per acquisire capacità di analisi con riferimento alla gestione degli outbreak oltre che per la sorveglianza.

F. Attivazione della sorveglianza delle acque reflue presso gli ospedali, come previsto dalla DGR XII/2926/2024. Entro il 31 gennaio 2026 le ASST/IRCCS Pubblici che vogliano aderire all'iniziativa, in qualità di aziende pilota, dovranno scrivere alla U.O. Prevenzione per la conferma dell'adesione. Entro il 31 dicembre 2026 tutte le ASST e gli IRCCS lombardi dovranno aderire alla sorveglianza con almeno un presidio ospedaliero.

G. In riferimento alla DGR XII/2926/2024 le ATS identificano entro il 31 marzo 2026 le RSA interessate (almeno 3 RSA per ogni ATS, ma per ATS Milano 6) e attivano una prima rilevazione della sorveglianza AMR con dati anonimi entro il 2026 predisposizione di un documento di assessment per identificare barriere e condizioni facilitanti allo sviluppo della sorveglianza.

H. SMI – attivazione dell'accesso agli operatori dei laboratori di riferimento (ASST Fatebenefratelli-Sacco, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia-Romagna.

I. SMI - Utilizzo della sezione esercitazione di SMI Pratiche da parte delle ATS (almeno 1 esercitazione per ATS, evidenza di utilizzo per tutti gli operatori sanitari nuovi assunti, anche se non addetti alla tematica).

J. SMI - Integrazione con il nuovo GAF (gestione accoglienza Flussi) per la cooperazione applicativa con il sistema PREMAL.

K. SMI – Estensione dell'integrazione con GP++ per la gestione di prenotazioni di esami di approfondimento e agende e registrazione test diagnostici.

L. SMI – Integrazione con funzionalità di AI per il supporto alla compilazione da parte del segnalatore e da parte dell'operatore ATS.

M. I Laboratori di Riferimento Regionali (LRR) per la sorveglianza delle malattie infettive, in aggiornamento della tabella presente nella DGR N. XII/3698/2024 "Revisione E Riordino Del Sistema Di Sorveglianza E Controllo Delle Malattie Infettive In Regione Lombardia (Smi): Recepimento Del Decreto 7 Marzo 2022 "Revisione Del Sistema Di Segnalazione Delle Malattie Infettive (Premal)"", vengono di seguito declinati:

- con DGR n. XII/5097/2025 è stato affidato e finanziato per il 2026 al Centro Regionale Malattie Infettive ed in particolare alle aziende ASST Fatebenefratelli-Sacco e Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia la gestione come LRR dei seguenti patogeni e infezioni nell'uomo: (1) virus influenzali, (2) virus respiratorio sinciziale, (3) altri virus respiratori, (4) poliovirus, (5) virus dell'epatite (A/B/C/D/E), (6) virus del morbillo e della rosolia, (7) virus delle febbri emorragiche, (8) Mpox virus, (9) *Bacillus anthracis*, (10) *Salmonella* spp, (11) *Yersinia* spp, (12) *Campylobacter* spp, (13) *Vibrio* spp, (14) *Shigella* spp, (15) *Listeria* spp, (16) malattie

trasmesse da vettori, (17) virus del vaiolo, (18) ulteriori patogeni in relazione alla epidemiologia regionale. Il Centro Regionale Malattie Infettive predispone e invia comunicazione alla DG Welfare entro il 31 dicembre 2025 per la gestione dell'accoglimento dei campioni a partire dal 1° gennaio 2026 in aggiornamento dell'elenco di cui al punto 210 ELENCO DEI LABORATORI PER LE MALATTIE INFETTIVE" della DGR N. XII/3698/2024;

- l'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda è LRR per le infezioni da (1) *Mycobacterium tuberculosis*, (2) micobatteri non tubercolari, (3) *Legionella pneumophila e* (4) *Candidozyma auris* per un totale di euro 230.000 a carico del FSN;
- la Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano è LRR per le Malattie Batteriche Invasive da (1) *Neisseria meninitidis*, (2) *Haemophilus influenza* e (3) *Streptococcus pneumonia*, per l'infezione invasiva da (4) Streptococco β-emolitico di Gruppo A e per le infezioni da (5) *Escherichia coli* STEC/EHEC (inclusa la Sindrome Emolitico Uremica - SEU), ETEC, EPEC, EIEC, EAEC, DAEC per un totale di euro 150.000 a carico del FSN;
- l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia-Romagna è LRR per il (1) *Clostridium botulinum* e per il (2) supporto all'attività di sequenziamento nelle Malattie a Trasmissione Alimentare e per il (3) supporto alle attività legate all'antimicrobico-resistenza per un totale di euro 30.000 a carico del FSN.

N. L'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda (Struttura Complessa di Tisiologia Clinica e Preventiva) è Centro di Riferimento Regionale per il trattamento della Tubercolosi e delle Micobatteriosi non tubercolari (MNT). Nel corso del 2026 si procederà ad una revisione del sistema di gestione regionale della Tubercolosi, in ottica di sanità pubblica, in coerenza con i risultati del progetto CCM 2023.
O. Conferma dell'utilizzo dell'esenzione D98 da parte dei Centri IST (fino a 2,5 milioni di euro FSN).
P. Conferma delle attività di testing per HIV ed infezioni sessualmente trasmesse in convenzione con i centri IST da parte degli Enti del terzo settore (fino a 300.000 euro FSN); le ASST coinvolte sono tenute a rendicontare secondo modalità che verranno comunicate:

- il numero di test forniti alle associazioni nel 2025 entro il 15 gennaio 2026;
- il numero dei test forniti nel primo semestre nel 2026 entro 15 luglio e nel secondo semestre 2026 entro15 gennaio 2027.

Analogamente le associazioni che usufruiscono di tali test sono tenute a rendicontare con le stesse scadenze i test erogati.
La U.O. Prevenzione comunicherà le modalità di rendicontazione dei dati.

Q. In aggiornamento alla DGR N. XI/7812/2023 si prevede la possibilità di acquistare anche self test per le associazioni per lo sviluppo di progetti specifici da organizzare in collaborazione con il centro IST di riferimento e la U.O. Prevenzione.
R. Presentazione alla Commissione Regionale AIDS di un programma di screening per il tumore anale nelle popolazioni a rischio al fine di verificarne la sostenibilità anche tramite l'identificazione di progetti pilota.
S. Revisione della DGR N. X/6968/2017 al fine di aggiornare le indicazioni in tema di sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni sessualmente trasmesse (IST).
T. Acquisto di test rapidi per HIV da utilizzare in Pronto Soccorso per ridurre il numero di diagnosi in fase tardiva dell'infezione (fino a 500.000 euro a carico del FSN).
U. Prosecuzione del progetto SAVIOR: Sviluppo di Anticorpi monoclonali e selezione antigeni Vaccinali contro le Infezioni da microrganismi antibiotico-Resistenti". di cui alla DGR n. XI/2926/2024 e successivi atti da parte della ASST Fatebenefratelli-Sacco.
V. Realizzazione di un progetto per la spedizione a domicilio di self test per HIV.
W. Erogazione farmaci per il trattamento della scabbia.

X. Le ATS attivano percorsi di miglioramento della realizzazione dell'inchiesta epidemiologica che ha il compito di comprendere l'origine delle infezioni, interrompere le catene di trasmissione, attivare con urgenza eventuali misure di sanità pubblica, fornire il quadro epidemiologico. In particolare, verranno verificati i seguenti indicatori:
   - tempistica di presa in carico (24 o 48 ore in coerenza con il decreto premal) (per presa in carico si intende la attivazione dell'inchiesta con intervista della/e persone coinvolte;
   - verifica dell'invio ai laboratori di riferimento dei campioni biologici verificando le tempistiche e garantendo anche per i gironi festivi tale controllo (atteso >95% per i sospetti di morbillo, arbovirosi, mib, rosolia, aviaria, legionella);
   - acquisizione in SMI degli esiti delle analisi di laboratorio con fenotipo/sierotipo/genotipo a seconda del patogeno (100% per morbillo, arbovirosi, MIB, rosolia, aviaria, legionella);
   - compilazione in SMI della presenza di collettività coinvolte (% pratiche con collettività 2026 > 2025);
   - compilazione in SMI degli alimenti sospetti in caso di MTA (analisi campione, atteso il 100%);
   - compilazione in SMI degli esiti delle pratiche (atteso >95%);
   - coerenza tra SMI e portali nazionali ISS (MABI per le MIB, FLUFF per influenza, Moronet per morbillo e rosolia) (atteso 100%).

12.9. Vaccinazioni

Regione/U.O. a valenza regionale

A. Nel 2026 è prevista la completa dismissione dell'utilizzo di SIAVR che viene sostituito da ARVAX fermo restando che l'applicativo rimarrà a disposizione delle ASST per attività di consultazione.
B. Sviluppo della possibilità di prenotazione dell'offerta anti DTP e anti HPV sul sito dedicato Prenotasalute entro il 31/12/2026.
C. LA U.O. a valenza regionale Il Centro Regionale Vaccinazioni attiva visite "on site" nei centri vaccinali a supporto delle ASST con coperture inferiori agli standard attesi (almeno tre visite entro il 31/12/2026).
D. Attivazione del gruppo di lavoro per la valutazione "value-based" dei vaccini antinfluenzali con la realizzazione di un primo documento di analisi e della validazione della metodologia.
E. Il team ARVAX, in collaborazione con la UO a valenza regionale, definisce entro il 31/12/2026 l'analisi tecnica e i relativi requisiti per lo sviluppo di una funzionalità ARVAX/Prenotasalute per la prenotazione ONLINE delle vaccinazioni e per la gestione dei contatti con i cittadini.
F. La UO a valenza regionale avvia un percorso di traduzione della modulistica e delle informative in diverse lingue a disposizione dei centri vaccinali e da pubblicare sul sito istituzionale regionale
G. Sviluppo di modalità di finanziamento delle vaccinazioni che superi il modello delle "funzioni non tariffate" e applichi una remunerazione a prestazione che garantisca mantenimento ed il miglioramento delle coperture vaccinali e al contempo faciliti la vaccinazione dei fragili in ambito ospedaliero anche con il coinvolgimento del privato accreditato.
H. Nelle more della validazione da parte del livello nazionale, la Commissione Vaccini valuta modelli di introduzione per l'utilizzo di vaccino anti RSV nelle popolazioni interessate (gravide, anziani, fragili) dando priorità alle grandi fragilità (es trapiantati) (fino a 15 milioni di euro FSN).
I. Attivazione dell'offerta presso le farmacie di comunità delle vaccinazioni per gli over 18 anti Difterite tetano pertosse (una dose ogni 10 anni nella popolazione generale e alle donne in stato di gravidanza, indipendentemente dalla data dell'ultima dose) e della vaccinazione anti HPV (fino a 26 anni).

ASST

J. Le ASST garantiscono le Coperture vaccinali previste nel Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale, nel Piano Regionale di Prevenzione Vaccinale (DGR N. XII/3030/2024 e successive modifiche).
K. Le ASST mettono a disposizione senza ritardo i vaccini necessari ai centri vaccinali e agli altri erogatori ad essa collegati (finanziamento previsto fino a 180 milioni di euro FSN).
L. Viene garantita per la stagione 2026/27 la copertura verso RSV per i nuovi nati (fino a 15 milioni di euro FSN) con l'offerta per i nati tra aprile 2026 e marzo 2027.
M. Ogni ASST è tenuta mantenere una tempistica per il Counseling viaggiatore internazionale che prevede un tempo di attesa non superiore a 20 giorni e l'esposizione di almeno 35 slot per 100.000 abitanti in 30 giorni nel periodo di picco.
N. Le ASST potranno usufruire di prestazioni aggiuntive anche nell'ambito del programma di vaccinazione secondo specifiche indicazioni che seguiranno. gennaio.
O. Le ASST attivano nel 2026 la chiamata attiva per le vaccinazioni anti-pneumococco per la coorte 1960 e 1961 fornendo al cittadino anche la possibilità di recarsi presso le farmacie di comunità, secondo indicazioni specifiche che saranno inviate.
P. Le ASST/IRCCS attivano almeno 2 iniziative dedicate alla popolazione Hard To Reach entro il 31/12/2026, inviano la programmazione entro marzo 2026 alla U.O. Prevenzione.
Q. Le ASST che hanno al loro interno un centro IST o centro di riferimento per specifiche malattie infettive migliorano l'offerta vaccinale per infezioni sessualmente trasmesse nelle popolazioni a rischio e nei pazienti HIV secondo obiettivi definiti nel P-PDTA regionale.
R. Le ASST che hanno al loro interno un centro per la cura del diabete migliorano l'offerta delle vaccinazioni raccomandate per i pazienti diabetici.
S. Le ASST che hanno al loro interno un punto nascita migliorano l'offerta vaccinale per le donne in gravidanza per le vaccinazioni previste per la condizione di rischio compresa la vaccinazione antinfluenzale.
T. Le ASST e gli IRCCS verificano nel 2026 la copertura per i propri operatori sanitari per le principali offerte vaccinali; seguiranno indicazioni regionali.
U. Le ASST attivano preferibilmente in prossimità della giornata dedicata (17 novembre) una offerta vaccinale anti-HPV in Università.
V. In relazione alla DGR N. XII/ 4986/2025 "*Determinazioni in merito alla disciplina delle prestazioni erogate da strutture ed enti pubblici del sistema socio-sanitario regionale nell'ambito dell'assistenza sanitaria integrativa (fondi, mutue e assicurazioni)*" si prevede anche la possibilità di realizzazione di percorsi di offerta vaccinale in coerenza con il Piano regionale di Prevenzione Vaccinale, previo confronto con la DG Welfare – U.O. Prevenzione - e la U.O. a Valenza regionale di riferimento.

12.10. Infection Prevention and Control (IPC) e igiene ospedaliera

Regione/U.O. a valenza regionale

A. Avvio di un percorso di formazione dei professionisti di IPC delle Aziende mediante l'istituzione di una comunità di pratica.
B. Strutturazione e avvio delle sorveglianze ICA:
   - Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico: nei mesi di febbraio, marzo, aprile e maggio 2026 tutti gli Enti sedi di chirurgia dovranno sorvegliare almeno una categoria di intervento tra quelle previste nel protocollo SNICh2 utilizzando l'applicativo helicswin.net e inviare i dati alla U.O. Prevenzione entro il 31 luglio 2026;
   - Sorveglianza delle infezioni in terapia intensiva: nei mesi di maggio, giugno e luglio 2026 tutti gli Enti sedi di reparti di Terapia Intensiva dovranno aderire alla sorveglianza, almeno con dati relativi ad un reparto, secondo le indicazioni che verranno inviate con nota dalla U.O.

Prevenzione entro il 31 gennaio 2026, e inviare i dati alla U.O. Prevenzione entro il 30 settembre 2026;

- Sorveglianza mediante prevalenza puntuale: nei mesi di ottobre e novembre 2026 tutti gli Enti sedi di Ospedali per Acuti dovranno aderire alla sorveglianza secondo Protocollo PPS3 mediante l'inserimento dei dati nell'applicativo helicswin.net e inviare i dati alla U.O. Prevenzione entro il 30 novembre 2026;
- Sorveglianza del consumo di soluzione idroalcolica: in continuità con le annualità precedenti tutti gli Enti, pubblici e privati, dovranno aderire alla sorveglianza secondo protocollo dell'Istituto Superiore di Sanità ed inviare i dati secondo le seguenti scadenze:
  - i dati relativi al secondo semestre 2025 (luglio-dicembre 2025) entro il 15 luglio 2026;
  - i dati relativi al primo semestre 2026 (gennaio-giugno 2026) entro il 10 settembre 2026.

C. Prosecuzione delle attività per la stesura delle Linee di Indirizzo Regionali di competenza ed in particolare per il 2026 in collaborazione per il Polo Ospedaliero per la prevenzione delle ICA nel blocco operatorio.
D. Piano studi e ricerche qualità aria nelle strutture sanitarie sviluppato con il Politecnico di Milano: pubblicazione dei risultati.
E. Monitoraggio e supporto capitolati tecnici ARIA di competenza.
F. Avvio di una campagna di comunicazione sull'antimicrobico-resistenza, l'uso appropriato degli antimicrobici e le infezioni correlate all'assistenza. Tutti gli Enti, pubblici e privati, aderiscono alle iniziative di comunicazione secondo i termini definiti dalla DG Welfare

ASST/IRCCS

G. Stante la responsabilità delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) in capo ai Direttori Sanitari e ai Direttori Medici di Presidio, in coerenza con il D. Lgs. 502/1992, nonché con quanto definito nella sentenza della Corte di Cassazione n. 6386/2023, gli Enti devono implementare programmi di prevenzione e controllo del rischio in conformità a quanto definito a livello internazionale, nazionale e regionale. Nel 2026 tutti gli Enti del SSR dovranno revisionare le procedure interne relative alla gestione dei dispositivi medici invasivi, alla prevenzione delle infezioni del sito chirurgico, alla sanificazione ambientale e la gestione dei rifiuti sanitari, all'applicazione delle precauzioni standard e delle precauzioni aggiuntive. Gli Enti dovranno inoltre verificare la catena di comando e di responsabilità legate alla verifica dell'applicazione delle procedure e dei controlli da effettuare: l'aggiornamento delle procedure deve essere disponibile alla visione in caso di richiesta da parte regionale. La Direzione Sanitaria si avvale delle competenze delle Direzioni Medico di Presidio e dei CIO anche per quanto riguarda le strutture territoriali in raccordo con il Dipartimento Funzionale di Prevenzione.
H. Gli Enti, pubblici e privati, sedi di attività di ricovero per acuti e di riabilitazione aderiscono al programma regionale per l'osservazione dell'igiene delle mani secondo protocollo OMS. Per tutto il 2026 si dovrà procedere con un numero di osservazioni mensili che portino alla raccolta di almeno 200 opportunità al mese, con un minimo di 100 opportunità per reparto. Nel corso del 2026 si chiede di raccogliere i dati almeno una volta per tutti i reparti dell'Ente.
I. A seguito dell'emissione del Programma Prevenzione e Controllo Infezioni regionale, tutti gli Enti procedono all'aggiornamento o all'elaborazione del Programma di Prevenzione e Controllo Infezioni aziendale entro giugno 2026.

12.11. Sicurezza alimentare, acque potabili e nutrizione PSSR 3.2

Regione

A. Attivazione del gestionale SIAN da gennaio 2026 con integrazione successiva di meccanismi di IA e progettazione della sezione dedicata all'assegnazione e planning dei controlli ufficiali e altre

attività ufficiali e alle acque destinate al consumo umano. La pianificazione delle attività di controllo ufficiale (piani di campionamenti di alimenti e moca, ispezione e audit), è generata automaticamente dal nuovo gestionale unico e costituisce parametro quantitativo vincolante ai fini della compilazione del PIC da parte dei SIAN per l'annualità in corso.

B. Predisposizione delle procedure per la pianificazione e la programmazione dei controlli ufficiali e della gestione degli audit da parte della ACR sulle ACL, nonché revisione delle procedure di rilascio delle certificazioni e delle attestazioni per l'esportazione nonché quella relativa ai provvedimenti e alle azioni esecutive conseguenti ai controlli ufficiali.
C. Attivazione di comunità di pratica online tra professionisti del SIAN, in collaborazione con POLIS Lombardia, sui temi di competenza del Servizio e sulle prestazioni erogate, al fine di favorire il confronto operativo, la condivisione di buone pratiche e l'aggiornamento continuo del personale (presenza di almeno 10 eventi formativi di cui almeno in tema MTA).
D. Predisposizione del flusso dati, in accordo con quanto previsto dal D.Lgs 18/2023, e caricamento nel database nazionale AnTeA.
E. Sperimentazione dello strumento di classificazione del rischio ex–ante delle imprese alimentari, sviluppato dalla U.O. Prevenzione in collaborazione con OCSE, si attende documento di valutazione entro il 2026.
F. Analisi dei bisogni formativi degli operatori SIAN, presenza di documento entro marzo 2026.
G. Definizione degli indirizzi per la gestione del rischio nutrizionale a seguito di screening nutrizionale nelle Unità di Offerta Sociosanitaria in collaborazione con U.O. Polo Territoriale.
H. Formazione su screening nutrizionale a SSR (almeno 1 evento FAD).
I. Protocollo Carceri DGR n. XII/4895/2025 (d'intesa con gli Istituti Penitenziari): prosecuzione dei lavori del tavolo regionale per definire la progettualità degli interventi da implementare, al fine di uniformare l'attività su tutto il territorio lombardo (presenza della programmazione per giugno 2026).
J. Promozione verso i cittadini della conoscenza del ruolo e delle funzioni dei SIAN, quali autorità competenti locali in materia di sicurezza alimentare, favorendo fiducia e collaborazione attiva, mediante la realizzazione di un video istituzionale e di altri strumenti di comunicazione multimediale.
K. Avvio di indagini di customer satisfaction presso gli operatori della filiera agroalimentare sottoposti a controllo ufficiale tramite il sistema LOCHIEDE.

ATS - SIAN

L. Attivazione di piani mirati di sicurezza alimentare nelle ATS, quale strumento di rafforzamento delle strategie di prevenzione e controllo, attesi per ogni ATS il Piano Mirato MOCA e il Piano Mirato della panificazione artigianale.
M. Realizzazione di eventi formativi a valenza regionale su tematiche di interesse comune (etichettatura, prevenzione e gestione delle MTA, etc.) (1 per ATS).
N. Prosecuzione da parte dei SIAN delle *site visit* sia in ambito ospedaliero che territoriale per la verifica dell'implementazione dello screening nutrizionale e del conseguente percorso di presa in carico dei pazienti risultati a rischio di malnutrizione secondo le seguenti modalità:
    - ASST/IRCCS pubblici e le strutture di ricovero private accreditate a contratto:
        - Entro il primo semestre 2026 riverifica delle strutture risultate non conformi nel 2025;
        - Nel corso dell'anno verifica di ulteriori 3 strutture di ricovero private accreditate a contratto (se presenti) non ancora sottoposte a controllo nel 2025;
    - Le *site visit* saranno effettuate da personale SIAN, previo confronto con i NOC e valutazione, se del caso, della possibilità di effettuare ispezioni congiunte.
O. Avvio delle *site visit* presso RSA: verifica di almeno 2 RSA accreditate e convenzionate con il SSR; per le ATS che non raggiungono le 3 *site visit* nelle strutture di ricovero private accreditate a

contratto come indicato nel punto (O) il numero delle *site visit* nelle RSA viene incrementato fino ad arrivare al raggiungimento di 5 realtà totali da ispezionare (es. 1 struttura sanitaria + 4 RSA).

P. Utilizzo delle risorse di cui all'articolo 15, comma 2, lettera a) del d.lgs. 32/2021 per l'acquisizione di beni strumentali, per la copertura dei costi relativi al personale dirigenziale e del comparto impiegato nell'ambito di progetti o attività, connessi ai controlli ufficiali e alle altre attività ufficiali, da svolgersi al di fuori dell'orario di servizio ordinario, e per l'aggiornamento strumentale dei laboratori di prevenzione relativamente alle analisi da dedicare alla sicurezza alimentare in coerenza con lo sviluppo e le regole del SRPS.

Q. Avvio di attività di controllo congiunte tra operatori dei SIAN delle diverse ATS, in seguito ad indicazioni regionali.

R. Implementazione di un sistema strutturato di comunicazione istituzionale, in raccordo con gli Uffici Comunicazione delle ATS, per la diffusione verso cittadini ed Enti delle principali attività dei SIAN, con riferimento a operazioni di rilievo, al fine di promuovere trasparenza e fiducia nel sistema dei controlli e della prevenzione (bollettino mensile a partire da maggio sul numero di ispezioni, provvedimenti e sanzioni da pubblicare almeno sul sito web).

S. Implementazione della procedura di ATS per la gestione delle acque destinate al consumo umano rispondente alle indicazioni regionali.

T. Partecipazione ai team multidisciplinari per la definizione del Piani Sicurezza dell'Acqua (PSA) coordinati dai Gestori (evidenza di partecipazione alle riunioni).

U. Proseguimento dell'adeguamento dei software di agenzia ad AnTeA per la rendicontazione dei controlli e delle azioni conseguenti a Non Conformità.

V. Implementazione del Protocollo Carceri DGR n. XII/4895/2025 (d'intesa con gli Istituti Penitenziari):
   - partecipazione al tavolo di lavoro regionale per definire la progettualità degli interventi da implementare;
   - attivazione di attività con istituti penitenziari coerenti con le indicazioni regionali.

ASST/IRCCS

W. ASST Melegnano Martesana e Spedali Civili di Brescia - Attivazione della sperimentazione per inserire l'offerta di counselling motivazionale nutrizionale per soggetti a rischio sovrappeso/obesità nelle case di comunità tramite la SC/SS di Nutrizione Clinica ospedaliera e con la collaborazione dei Dipartimenti Funzionali di Prevenzione delle ASST.

X. Prosecuzione della somministrazione dello screening nutrizionale e della presa in carico del rischio nutrizionale secondo le indicazioni della DGR N. XII/1812/2024 e DDG 12029/2025 e successivi provvedimenti.

U.O. a valenza regionale SIAN

Y. Coordinamento delle attività di controllo congiunte tra operatori dei SIAN delle diverse ATS.

Z. Coordinamento dei tavoli interistituzionali con le associazioni di categoria e le altre autorità per il miglioramento della tutela del consumatore.

AA. Sperimentazione dello strumento di classificazione del rischio ex–ante delle imprese alimentari, sviluppato dalla U.O. Prevenzione in collaborazione con OCSE: attivazione del questionario e diffusione a tutti i SIAN entro maggio 2026.

BB. Coordinamento del gruppo di lavoro in ambito nutrizionale.

CC. Coordinamento del gruppo di lavoro in ambito acque destinate al consumo umano.

DD. Coordinamento dei piani mirati di sicurezza alimentare nelle ATS.

12.12. Rete dei laboratori SRPS

Rete laboratori di prevenzione ATS

A. Attivazione del LIMS regionale della rete dei Laboratori di Prevenzione entro giugno 2026 denominato LYSA (tutte le ATS utilizzano il LIMS unico LYSA).
B. Mantenimento e ampliamento accreditamento ai sensi della norma UNI CEI EN ISO/IEC 17025 mediante validazione di nuovi metodi, con priorità al continuo approfondimento degli inquinanti emergenti nelle acque destinate al consumo umano.
C. Laboratori delle ATS Milano e Val Padana: implementazione della metodica per l'analisi del TFA.
D. Per una miglior produttività della strumentazione SRPS, rivalutazione del carico di lavoro degli strumenti ad alta tecnologia per evidenziare eventuali fabbisogni o necessarie riorganizzazioni delle attività, anche in vista dell'applicazione del Dlgs 18/2023 modificato dal D. Lgs. 102/2025.
E. Implementazione attività anche a supporto degli erogatori (ASST/IRCCS/Privati accreditati) non della propria ATS per analisi di campioni non umani per la verifica ambientale (DGR n. XII/5181/2025, campionamenti per sale operatorie, endoscopi etc. Avvio di almeno una sperimentazione sul territorio regionale.
F. Attuazione della DGR n. XII/4183/2025 par. 2.10 Igiene Industriale allegato A e DGR n. XII/3699/2024.
G. Implementazione attività anche a supporto dell'attuazione dei piani di controllo Sicurezza Chimica (a gennaio 2026 la U.O. a Valenza regionale elenca le prestazioni disponibili nella rete, le ATS ingaggiano i vari laboratori in relazione ai bisogni specifici).
H. Attivazione laboratorio fibre e amianto (a gennaio 2026 la U.O. a Valenza regionale elenca le prestazioni disponibili nella rete).
I. Per la ricerca di virus nelle acque reflue il laboratorio di ATS Milano nel 2026 prevede lo sviluppo di metodi per acquisire capacità di analisi con riferimento alla gestione degli outbreak oltre che per la sorveglianza.
J. Partecipazione alle attività di programmazione e realizzazione dei piani di campionamento dei DIPS sia nell'ambito della sicurezza alimentare che della sicurezza chimica, compreso l'ambito dell'igiene industriale.
K. Ampliamento orario dell'accettazione campioni (negli orari di servizio in regime di pronta disponibilità) al fine di favorire le attività di campionamento nel corso dei controlli ufficiali per la sicurezza alimentare.

U.O. a valenza regionale Laboratorio di Prevenzione

L. Mantenimento riunioni di coordinamento come strumento di armonizzazione del processo gestionale ed analitico e allo sviluppo nel tempo del LIMS regionale.
M. Realizzazione documentazione condivisa per implementazione del LIMS regionale nei sistemi gestione qualità di ogni LP.
N. Sviluppo progettuale centralizzazione acquisti (è attesa pianificazione per gli approvvigionamenti).
O. Conclusione centralizzazione laboratori sangue occulto (U.O. a valenza regionale laboratori) (tutto lo screening del colon retto viene eseguito presso i laboratori di ATS Milano e Brescia).

RETE LABORATORI UOOML

P. Partecipazione all'attuazione della DGR n. 4183/2025 par. 2.10 Igiene Industriale nel rispetto della DGR n. X/6472 del 10/04/2017.
Q. aggiornamento allegato A della DGR n. 3699/2024 della tabella '"Elenco delle prestazioni UOOML" (invio di proposte entro aprile 2026).
R. Partecipazione, per le UOOML già coinvolte nei piani di controllo della Sicurezza Chimica, all'implementazione dei metodi analitici (evidenza delle attività svolte).
S. Partecipazione all'attività analitica del progetto INSINERGIA come previsto dalla DGR N. XII/4848/2025.

12.13. Screening

Regione

A. Ampliamento del software unico gestionale ScreenUp con i tre screening LEA e screening HCV.
B. Pubblicazione in FSE delle lettere di invito (con aggiunta di screening al colon-retto, screening cervice e screening HCV) tramite integrazione con il nuovo gestionale ScreenUp.
C. Pubblicazione in FSE degli esiti di screening tramite integrazione con il nuovo gestionale ScreenUp, nelle more delle indicazioni ministeriali.
D. Presa d'atto della nota del Department of Clinical Science, Intervention and Technology di Stoccolma "Division of Cervical Cancer Elimination del - International HPV Reference Center" che indica il laboratorio della Università Bicocca come laboratorio di riferimento per HPV.
E. Le attività di screening prevedono un sotto budget dedicato non trasferibile nel sotto budget indistinto. Si rimanda all'§Appendice 8: *Tabelle screening* per il dettaglio degli importi per screening/ATS.
F. Screening cardiovascolare: attivazione di un percorso per la definizione di una proposta regionale di screening cardiovascolare in collaborazione con la medicina generale e gli specialisti del settore.
G. Screening prostata: ampliamento delle coorti di età incluse fino a raggiungimento della fascia di età target completa (50-69 anni).
H. Screening polmone: attivazione di un gruppo di lavoro con Enti individuati a seguito della manifestazione di interesse per la definizione linee di indirizzo regionali condivise di implementazione dello screening.
I. Screening stomaco: assessment del carico di malattia in Regione Lombardia e verifica della possibilità di attivazione di un percorso di screening dedicato.
J. Screening celiachia e diabete: assessment delle attività in funzione delle indicazioni ministeriali.
K. In relazione alla DGR N. XII/ 4986/2025 si precisa che ove siano presenti offerte di prevenzione in particolare per la prevenzione oncologica già offerta nei LEA e dalle iniziative regionali (prevenzione dei tumori mammella, colon retto, cervice uterina, prostata, polmone) tali attività devono essere condivise con la DG Welfare – U.O. Prevenzione - e la U.O. a Valenza regionale di riferimento al fine di efficientare l'offerta e orientare verso un percorso standardizzato e coerente i protocolli di screening nazionali. Ciò anche al fine di valutare di rendicontare tali azioni nell'ambito del programma di screening regionale (percorso per la reingegnerizzazione e valorizzazione nel percorso di screening organizzato delle prestazioni riconducibili al protocollo regionale di screening).

ATS/ASST

L. Ogni ATS e ASST per il territorio di competenza garantisce le coperture di screening secondo quanto previsto dagli indicatori del sistema NSG:
   - Screening mammografico copertura ≥60% per la classe di età 50-69 anni e garantisce l'ampliamento di analoga copertura dai 45 ai 74 anni;
   - Screening colon rettale copertura ≥50% per la classe di età 50-69 anni e garantisce l'ampliamento di analoga copertura dai 50 ai 74 anni;
   - Screening cervice uterina copertura ≥50% per la classe di età 25-64anni con HPV primario nella fascia 30-64.

   Le prestazioni sopra riportate devono essere erogate nel pieno rispetto delle modalità di screening come previsto dalle linee guida nazionali e regionali.
M. Per la coorte in chiamata, le ATS sono invitate a garantire l'accesso alle prestazioni di screening per l'intero anno in corso e di conseguenza tale accesso deve essere assicurato anche oltre la data dell'appuntamento inizialmente fissato, attraverso nuova prenotazione tramite la piattaforma Prenota Salute, ovvero mediante l'utilizzo di piattaforme locali, lettere di sollecito o call center, al fine di garantire che l'invito risulti valido fino al 31 dicembre dell'anno in corso. Quanto premesso,

anche al fine di garantire la piena copertura dell'indicatore NSG garantendo un invito valido fino a fine anno.

N. Attivazione del Software unico regionale ScreenUp con "on-boarding" delle ATS secondo il calendario definito da DG Welfare per le linee: colon-retto, mammella, cervice uterina.

O. Azioni equity: coinvolgimento attivo dei Centri Screening ATS e delle ASST di competenza per l'offerta di screening LEA negli istituti penitenziari secondo quanto definito in AL02 della DGR N. XII/4895 del 01/08/2025. Gli indicatori specifici sono contenuti in AL02 della DGR N. XII/4895; ogni ATS e ASST competente sviluppa almeno un progetto specifico per l'offerta attiva dello screening del colon-retto per ogni istituto penitenziario e una progettualità per offrire lo screening mammografico e della cervice alle detenute anche tramite l'attivazione di unità mobili.

P. Messa in atto degli indirizzi regionali per rientro in screening mammografico post follow up delle operate (monitoraggio di processo).

Q. Analisi dei cancri di intervallo per i programmi di screening mammografico e colorettale (ogni ATS realizza l'analisi secondo indicazioni regionali).

R. Tutte le ASST e gli IRCCS pubblici che partecipano allo screening mammografico si attivano affinché le proprie radiologie siano collegate alla rete regionale attraverso la piattaforma regionale PICONET (Piattaforma Cancri Intervallo-network) con relativa integrazione dei server pacs aziendali alla piattaforma secondo cronoprogramma coordinato dalla DG Welfare garantiscono la partecipazione dei medici refertatori alla rete diagnostica e ad eventi formativi per l'utilizzo della piattaforma PICONET.

S. Effettuazione di convenzioni con le Associazioni di volontariato secondo le indicazioni del Protocollo di Intesa tra Regione Lombardia e Associazioni di volontariato per il supporto ai programmi di screening mammografico – DGR N. XII/5098 del 06/10/2025.

T. Screening HCV: ASST/IRCCS prosecuzione dell'offerta di screening opportunistica (ricoveri, day hospital e punti prelievo) e tramite campagne con test rapidi alla coorte 1969-1989 a carico del FSN, fermo restando l'eventuale risposta Ministeriale meritatamente all'ampliamento della fascia di età target (in caso di risposta affermativa, seguiranno indicazioni tramite atto regionale dedicato).

U. Screening HCV: ASST prosecuzione e rafforzamento dell'offerta di screening presso SerD e Istituti Penitenziari.

V. Screening HCV: le ATS Centri Screening verificano che i centri di secondo livello abbiano chiamato tutti i positivi al primo livello e svolgono monitoraggio sulla qualità di rendicontazione del dato.

W. Screening HCV: le ASST/IRCCS/ospedali privati che sono centri di secondo livello verificano la corretta e completa rendicontazione dei propri dati sul portale regionale.

X. Screening Prostata, le ASST/IRCCS hanno il compito di garantire:
   - la registrazione accurata di tutte le prestazioni effettuate per lo screening prostata all'interno del gestionale ScreenUp;
   - la piena disponibilità delle agende/appuntamenti dedicati allo screening regionale per visite urologiche, risonanze magnetiche e biopsie prostatiche; tale disponibilità deve essere allineata e rispondere alle richieste e alle necessità indicate dall'ATS.

Y. Screening Prostata, le ATS svolgono un ruolo di supervisione, monitoraggio e indirizzo tramite:
   - Monitoraggio della rendicontazione: verificano la completezza della registrazione delle prestazioni effettuate sul gestionale ScreenUp dalle ASST/IRCCS;
   - Monitoraggio della disponibilità: controllano il livello di disponibilità delle agende per visite, risonanze e biopsie;
   - Indirizzo operativo: in base ai dati raccolti, forniscono alle ASST/IRCCS per colmare eventuali criticità o adeguare l'offerta alla domanda.

Z. Screening Polmone: le ASST/IRCCS coinvolte a seguito della manifestazione di interesse attivano l'offerta di screening e partecipano allo sviluppo di indirizzi regionali dedicati condivisi.

AA. ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda prosegue con la definizione di un programma di prevenzione in tema di tumore al colon retto giovanile DGR N. XII /2455 /2024 (attesa rendicontazione a giugno 26 e a dicembre 26).

BB. Con DGR XII/4104 del 24/03/2025 sono stati individuati i quattro centri per la sperimentazione di una soluzione tecnologica di Intelligenza Artificiale per il supporto alla diagnosi nello screening del carcinoma prostatico, entro il primo semestre del 2026 INT riportata una valutazione del progetto pilota sperimentato con le evidenze di applicabilità tecnica e clinica.

CC. In merito allo screening mammografico la ASST Franciacorta attiva una sperimentazione organizzativa per la gestione delle chiamate di screening al fine di aumentare la copertura del proprio territorio: entro gennaio propone alla ATS, al Centro Screening regionale e alla U.O. Prevenzione una proposta operativa.

DD. Collaborazione con la Medicina di Famiglia per la realizzazione di attività di Prevenzione nelle fasce d'età adulte con sperimentazione di interventi di arruolamento di coorti (esempio 40 e 52 anni) per un'analisi complessiva dello stato di salute (cardiovascolare, oncologico, infettivologico e mentale) – seguiranno indicazioni regionali in accordo con l'area Cure Primarie.

U.O. a valenza regionale Centro Screening

EE. Coordinamento regionale screening oncologici: aggiornamento linee di indirizzo screening colon-retto, cervice e mammella, in particolare:

- Realizzazione di indirizzi regionali per l'ampliamento dello screening mammografico alle donne over 74 anni;
- Realizzazione di indirizzi regionali per l'ampliamento dello screening mammografico alle donne 40-44 anni con accesso spontaneo con valutazione del rischio al primo accesso;
- Realizzazione degli indirizzi regionali per la realizzazione di percorsi di prevenzione per le donne ad alto rischio tramite personalizzazione dell'offerta basata su densità e storia famigliare (integrazione attività di screening e breast unit per presa in carico del percorso nelle donne alto rischio).

FF. Revisione degli indirizzi regionali organizzativi per i Centri Screening.

GG. Attivazione di Percorsi di audit dello screening del cervicocarcinoma (ONS) e dello screening colorettale (SIED) (almeno 2 audit).

HH. Completamento del percorso pilota dell'autoprelievo per lo screening della cervice uterina e realizzazione di documento di valutazione.

II. Raccolta delle analisi delle ATS della casistica di cancri di intervallo (con U.O. a valenza regionale Epidemiologia) con supporto metodologico a rete PICONET.

12.14. Promozione della salute

A. Attuazione Programmi di settore previsti dal PRP 2021/25 (PP 1-2-3-4-5 e ai PL 16-19-20) - partecipazione dei Servizi PromoSalute ATS e dei Dip funz.li ASST alla declinazione locale delle Azioni previste dal PRP (compresa Azione Equity individuata nel 2025 da ogni ASST in accordo con ATS) nelle more dell'attivazione del nuovo Piano Nazionale di Prevenzione e della definizione del nuovo Piano Regionale di Prevenzione.

B. PP1: Scuole che Promuovono Salute

- consolidamento in ogni ATS delle reti locali con aumento delle scuole aderenti alle Reti SPS rispetto al 2025 e avvio del monitoraggio sistematico (piattaforma regionale presso Scuola Polo SPS Lombardia) delle buone pratiche realizzate
- declinazione del Modello SPS Lombardia all'ambito della Formazione Professionale e dell'IeFP; estensione in accordo con USR della possibilità di adesione alla Rete SPS di CFP e IeFP (formalizzazione atti entro il 30.06.26)

- realizzazione della Conferenza regionale SPS (entro 3/2026) e Eventi a tema per la valorizzazione di ciascuna delle Reti Provinciali (entro 30/06/26) con partecipazione di tutte le ATS
- realizzazione del II Concorso regionale rivolto agli studenti delle Scuole sec. di I e II grado per la Promozione della Cultura del dono di organi e tessuti (entro 30/04/26)

C. PP1: sono attesi in ogni ATS
   - Aumento rispetto al 2025 il numero di scuole che partecipano ai programmi Life Skill training/ Unplugged / educazione tra pari (ogni ATS non diminuisce rispetto al 2025 e le ATS con la copertura inferiore alla media regionale aumentano di almeno il 20% rispetto al 2025);
   - incremento dell'offerta di attività salutari in tutte le Scuole della Regione mediante piattaforma regionale Survey stili di vita (incremento n. pedibus; policy contrasto fumo, policy contrasto alcol; menù salutare, attività fisica extrascolastica);
   - partecipazione attiva delle ATS allo studio "Valutazione di efficacia di un programma di prevenzione per la Scuola Primaria: LST Lombardia – Primaria" (Studio VAL3P-LS) in collaborazione con NIEBP e alle fasi di conclusione del Percorso regionale di Validazione del Programma preventivo TraPari rivolto alle scuole sec. di II grado;
   - Declinazione e attuazione locale Protocollo "Prefettura" PER Prevenzione Disagio e Bullismo/cyberbullismo ex DGR N. 6761/22 e successivi aggiornamenti (con attivazione reti distrettuali Servizi e Servizi psicopedagogici scolastici e Servizi Polo Territoriale ASST CF, SerD, NPIA);
   - Coinvolgimento delle ATS nella fase di avvio del Progetto regionale Patentino Digitale DGR N. XII/5142/2025 (in collaborazione con DG Famiglie, USR e CoREComm);

D. PP2: Comunità Attive
   - ogni ATS attua meccanismi di riconoscimento e valorizzazione locale degli elementi di base di una Comunità Attiva (presenza di offerta di AFA/EFS e iniziative ad esse collegate; presenza di Gruppi di Cammino; offerta di counseling motivazionale breve da parte dei MAP; PLS e presso Case della Comunità CFI;
   - pubblicazione (entro il 30/09/2026) nei siti web di ATS/ASST della descrizione di queste risorse presenti sul territorio (dati raccolti in coerenza con la declinazione da parte di DG Welfare della mappatura Processi e matrice di responsabilità;
   - Attivazione Rete Palestre della Salute (entro 30/03/26 definizione percorso regionale di approvazione formale standard e linee guida per attivazione);
   - consolidamento Laboratori Permanenti Attività Fisica e Movimento: mappatura delle palestre/attività sportive del territorio; attivazione momenti di formazione per Operatori del settore e Medici prescrittori (ASST MAP/PLS) (almeno 2 eventi formativi previsti per ogni ATS);
   - avvio di partnership intersettoriali e iniziative innovative per la promozione di attività fisica e movimento nelle fasce giovanili e anziane della popolazione anche in collaborazione con aziende e associazioni di categoria (es. Protocollo di collaborazione con Panificatori per la promozione e il supporto – sponsorship – dell'offerta locale di Pedibus e GdC) in linea con quanto previsto dal Piano Regionale di Attività 2024-2026 per Alzheimer e demenze (DGR n. 4476/2025);
   - Implementazione secondo indicazioni Regionali dei programmi di promozione della salute (Laboratori per l'Health literacy, la Promozione della Salute e la Prevenzione) nei territori delle ATS (Brescia, Milano, Pavia, Val Padana) coinvolte nel progetto SINTESI di cui alle DGR n. XII/3027/2024 e XII/4848/2025 e successivi provvedimenti.

E. PP3: Luoghi di Lavoro che Promuovono Salute:

- aumento di Luoghi di lavoro aderenti alla Rete WHP Lombardia (entro 31/12/26 pari a 2000 a livello regionale). Atteso un aumento per ogni ATS almeno del 30% rispetto al totale 2025 (per ATS Valpadana e Montagna almeno del 20%);
- valorizzazione del percorso “Storie di infortunio e malattie professionali” con realizzazione di iniziative regionali e territoriali;
- partecipazione delle ATS al Laboratorio Regionale “OSH + WHP = ITWH” (Occupational Safety and Health, Work Health Promotion, Italian Total Work Health).

F. PP4 – Dipendenze
   - Implementazione del Programma regionale “Progetto Parchi” secondo il modello sperimentato in ATS Milano (entro il 30/06/26 approvazione da parte di DG Welfare delle modalità di attuazione del Programma a livello regionale nei territori che evidenziano bisogno specifico);
   - integrazione programmatoria delle attività preventive dei Programmi ldr/rdd “Marginalità sociale 7” FSE attuati dal Dip. PIPPS nel PIL di ciascuna ATS (partecipazione di almeno 1 Referente di ogni progetto agli Eventi formativi regionali EUPC – Curriculum Prevenzione Europeo offerti anche per il tramite delle ATS).

G. PL 16 – 1000 Giorni
   - consolidamento delle azioni integrate con i Consultori (in particolare: consolidamento Team emergenza scuole disagio/bullismo; Servizi-sportelli psicopedagogici, Home visiting, Nati per Leggere;
   - formalizzazione e disseminazione del logo regionale “baby pit stop”

H. PL 20 – Cronicità
   - Rafforzamento da parte delle ASST dell’ingaggio dei MAP e PLS per adesione offerta formativa “Counseling motivazionale breve” - stili di vita (entro il 31/12/26 almeno il 40% dei MAP e PLS di ciascuna ASST formati attraverso adesione ai programmi formativi regionali offerti anche per il tramite delle ATS;
   - Interventi preventivi nel setting carcerario di cui all’allegato tecnico della DGR n. XII/4895/2025 (atteso almeno un intervento per ogni istituto penitenziario di competenza territoriale);
   - EmoticonNET (App del Ministero della Salute che aiuta ad avere uno stile di vita sano e attivo): la U.O. a valenza regionale Promozione della Salute coordina l’attivazione e la diffusione a livello regionale (ATS/ASST) dell’app EmoticonNET e l’integrazione nei programmi preventivi regionali (verifica dell’utilizzo a livello regionale);
   - FoodianNET (il progetto Foodia-Net è prioritariamente volto a sperimentare un modello operativo innovativo di task shifting, per una più efficace gestione multi-disciplinare e inter-settoriale della prevenzione del Diabete Mellito (DM) e/o delle sue complicanze attraverso l’implementazione di iniziative per il cambiamento dello stile di vita (alimentazione corretta, attività fisica ecc.) e di engagement dei cittadini/pazienti. La U.O. a valenza regionale Promozione della Salute coordina l’attivazione e la diffusione a livello regionale (ATS/ASST) del programma FoodianNET e l’integrazione nei programmi preventivi (verifica dell’utilizzo a livello regionale);
   - Coinvolgimento delle ATS e ASST nelle fasi di prima presentazione degli esiti del Progetto di Studio-Ricerca “Implementazione e sviluppo del progetto (ex CCM) Foodia – Net”, realizzato da ATS Val Padana (DGR n. 1384/2023) e integrazione esiti progetto CCM PPDTA Obesità.

I. Attuazione Piano Azione regionale GAP ex DGR N. 3364/24 – Fondo anno 2022 e 2023 (di riferimento gli indicatori del piano per ATS e ASST + attuazione Azioni di rilievo regionale (coprogettazioni) a cura della U.O. a valenza regionale Promozione della Salute.

J. Attuazione del Piano Azione regionale GAP – Fondo anno 2024 (previa approvazione atti regionali) con definizione, in accordo con DG Welfare di piani per la finalizzazione delle risorse accantonate,

e implementazione Azioni di rilievo regionale a cura della U.O. a valenza regionale Promozione della Salute.

K. Attuazione Piano Triennale contrasto Dipendenze (G.U. n.180 del 05/08/2025) – Area Prevenzione e Formazione) previa approvazione atti regionali con specificazione indicatori per ATS e ASST.

L. Attuazione Piano Triennale DGA (G.U. n.180 del 05/08/2025) – Area Prevenzione e Formazione) previa approvazione atti regionali con specificazione indicatori per ATS e ASST;

M. I Servizi /SC Promozione della Salute gestiscono, nell'ambito di protocolli operativi definiti a livello regionale, le fasi di raccolta per il territorio di rispettiva competenza dei dati nell'ambito dei Sistemi di Sorveglianza 2026 su Stili di vita e stato di salute della popolazione (0-2 Anni, HBSC, Indicatore composito stili di vita), collaborando nelle fasi di raccolta dei dati a livello territoriale con gli altri Servizi ATS del DIPS, e nel caso di 0-2 Anni con le ASST (Centri Vaccinali).

N. ATS Pavia in collaborazione con NIEBP e con la U.O. a valenza Regionale Promozione della Salute attiva lo sviluppo azioni preventive mirate a popolazione a rischio diabete in collaborazione con la AST Pavia nell'abito delle Case di comunità (attesa attivazione del progetto e prima valutazione).

O. Ogni ATS approva il rispettivo PIL – Piano Integrato Locale Promozione della Salute entro il 28.02.26; l'elaborazione del Piano deve prevedere il coinvolgimento di ASST, Enti Locali e Terzo settore e l'integrazione con Piano Locale GAP, Piano Invecchiamento Attivo, Piano disagio, Progetti "Inclusione sociale", PPT delle ASST per la parte Promozione salute e prevenzione dei fattori di rischio comportamentali. L'analisi di contesto si deve basare su analisi dei dati dei Profili di Salute (Portale ATS in sinergia con U.O. a valenza regionale epidemiologia per la Prevenzione).

P. I Servizi /SC Promozione della Salute curano la compilazione del 100% delle Survey stili di vita (portale regionale) secondo la seguente tempistica: tutte le survey saranno aggiornate con cadenza mensile (max entro giorno 8 del mese successivo a quello di riferimento); per survey relative al setting scolastico i dati dovranno essere aggiornati anche nel rispetto della tempistica di conclusione dell'anno scolastico 2025/26 (entro 30.06.26) e avvio dell' dell'anno scolastico 2026/27 (entro 31.10.26) e comunque entro il 31 dicembre.

Q. Olimpiadi Mi-Co 2026 – coinvolgimento delle ATS nella realizzazione delle azioni previste dal POL Giochi Olimpici Invernali Milano-Cortina 2026 - Azioni di Promozione della Salute (DGR N. 1827/2024 e 2931/2024): pubblicazione sui siti delle ATS, ASST, Scuole aderenti alla Rete SPS e Aziende della Rete WHP dei video realizzati per la promozione sani stili di vita; collaborazione alla realizzazione degli Eventi provinciali di premiazione del concorso rivolto agli Studenti per la promozione di stili di vita sani.

R. Conferma dell'assegnazione alle ATS, come da tabella sotto riportata, di risorse fino a 700.000 euro secondo indicazioni regionali, si precisa che l'utilizzo di tali importi deve avvenire entro il 2026:

	Importo euro
ATS Bergamo	60.000,00
ATS Brescia	60.000,00
ATS Brianza	60.000,00
ATS Insubria	60.000,00
ATS Milano CM	320.000,00*
ATS Montagna	40.000,00
ATS Pavia	40.000,00
ATS Valpadana	60.000,00

(*) l'importo comprende le risorse per il supporto garantito - per il tramite della U.O. a valenza Regionale - Centro Regionale Promozione della Salute

<u>U.O. a valenza regionale Promozione della Salute</u>

S. Coordinamento e indirizzo attività in tutte le aree di competenza (almeno 8 riunioni anno).

T. Monitoraggio e accompagnamento metodologico - a distanza e con incontri periodici in situ - dell'attuazione di Piani e programmi di settore (Piano contrasto GAP – prevenzione; Piani triennali Dipendenze/DGA – Prevenzione e Formazione, Piano Disagio ecc.) (rispetto delle rendicontazioni

regionali e nazionali); di supporto alle ATS (Master Trainer abilitati) per l'implementazione del programma EUPC/EDPQS EUDA.

U. Conclusione del percorso di definizione processi e matrice responsabilità in tema di Promozione della Salute (entro il 30/04/2026 validazione delle mappature con ATS e ASST; entro 30/06/2026 formalizzazione con atto regionale DG Welfare).

V. Messa a regime della piattaforma Survey Stili di vita (sviluppo funzione indicatori su base amministrativa/comune-provincia e su base sanitaria ATS/ASST – distretti + completamento definizione indicatori per tutte le survey).

W. Implementazione Portale Offerta Salute in tutte le ATS sulla base di quanto realizzato in ATS Milano (in collaborazione con U.O. a valenza regionale Epidemiologia per la Prevenzione).

X. Coordinamento scientifico (sviluppo collaborazioni con Autori/ riferimenti internazionali dei programmi per validazione adattamenti al contesto scolastico italiano e per formazione/abilitazione dei formatori) e gestione aspetti organizzativi e operativi programmi preventivi regionali LST Lombardia, Unplugged Lombardia e TRA PARI (stampa sussidi e distribuzione a ATS/ASST, riconoscimento royalties, gestione piattaforma programmisaluterl per realizzazione e monitoraggio attività LST/Unplugged Lombardia nelle scuole).

Y. Coordinamento Eventi palinsesto formativo Regionale – area stili di vita e pubblicazione della relativa reportistica.

Z. Coordinamento tecnico e monitoraggio attuazione di Protocollo somministrazione Farmaci a Scuola, Scuola in Ospedale, Promozione Cultura del Dono, Promozione Screening e Vaccinazioni HPV, Nati per Leggere, Baby PIT Stop.

AA. Partecipazione a Tavoli e a Gruppi di lavoro relativi a Piani Nazionali (Prevenzione, Dipendenze/GAP ecc.) e Progetti Inter-regionali, nazionali (CCM) e internazionali (RSCN – *European Reference Sites Collaborative Network*; RHN - *Regions for Health Network*,JA Joint Action, Reti EU ecc.) per conto di DG Welfare.

BB. Piano Olimpico Locale –Coordinamento tecnico attuazione Piano Giochi Olimpici Invernali Milano-Cortina 2026 - Azioni di Promozione della Salute.

CC. Declinazione dei contenuti e rilascio della FAD "Counseling motivazionale breve" - stili di vita declinata in coerenza con i diversi profili (MAP; PLS; farmacisti, Medici Competenti, IFEC; psicologi, educatori professionali, assistenti sanitari; assistenti sociali ecc.) e set di lavoro (Case di Comunità, CFI; CPS; SerD; Centri Vaccinali e Punti Prelievo; Farmacie; Luoghi di Lavoro) dei professionisti della salute ingaggiati.

12.15. Medicina dello sport

A. Realizzazione a cura della DG Welfare del sistema di digitalizzazione della abilitazione agonistica e semplificazione amministrativa in ambito certificativo, nell'ambito della visita medico sportiva agonistica.

B. Le ATS monitorano secondo le tempistiche previste la corretta rendicontazione delle istanze di revisione da sottoporre alla CRA.

C. Monitoraggio e rendicontazione da parte di AREU del supporto in tema di gestione dell'emergenza per le manifestazioni sportive, in quanto promozione ai corretti stili di vita nei giovani, realizzate nell'ambito dell'attività scolastica e coordinate dall'ufficio scolastico regionale.

12.16. Igiene pubblica e salute ambiente

12.16.1. Legionella

A. Le ATS sensibilizzano comuni e aziende alla corretta compilazione di Ge.Tra. con particolare attenzione all'inserimento della voce "attiva/non attiva", previo aggiornamento del sistema da parte della DG Welfare (aggiornamento completo dell'anagrafe di competenza territoriale).

B. Le ATS garantiscono i seguenti indici di performance:
   - Campionamento torri: 20% delle torri censite in GETRA;
   - Campionamento RSA e RSD: 30% delle strutture censite;
   - Campionamento Strutture ricettive alberghiere e B&B 3% delle strutture censite.

C. Aggiornamento delle Linee d'indirizzo regionali in tema di legionella.

12.16.2. Radon

D. Le ATS proseguono nella realizzazione di campagne di *citizen science* e per la misurazione radon nei comuni individuati in condivisione con ARPA e RL.

E. Le ATS sul cui territorio sono presenti aree prioritarie così come definite dalla DGR N. 508 del 26/06/2023 PRIMA INDIVIDUAZIONE DELLE AREE PRIORITARIE A RISCHIO RADON IN LOMBARDIA AI SENSI DELL'ARTICOLO 11 COMMA 3 D.LGS. 101 DEL 31 LUGLIO 2020 realizzano interventi informativi, formativi e di assistenza per i Comuni e per gli Enti pubblici tesi ad assicurare la corretta applicazione degli artt. 16-19 D.lgs. 101/2020 per la tutela dell'esposizione a radon.

F. Le ATS assicurano, anche con attività di controllo, il popolamento del sistema informativo Ge.R.I. da parte dei soggetti obbligati.

G. Le ATS attivano la vigilanza sull'aggiornamento dei regolamenti edilizi comunali con riguardo al rischio radon (almeno il 25% dei comuni).

H. Le ATS esercitano attività di controllo sul rispetto dell'Art. 66 septiesdecies (Disposizioni finali e transitorie), comma 2 l.r. 33/2009 da parte dei Comuni (100% dei Comuni in area prioritaria DGR N. 508 del 26/06/2023; almeno il 25% dei comuni restanti).

I. Tumori polmonari: attivazione di Gruppo referenti ISP e PSAL per la condivisione di metodi di analisi georeferenziata delle malattie di potenziale origine professionale o ambientale (cluster legati a specifiche attività produttive, ovvero a rischi professionali e/o ad aree geografiche quali quelle prioritarie).

12.16.3. Prevenzione delle pollinosi

J. Aggiornamento del Gruppo di Lavoro Monitoraggio Aerobiologico di cui al Decreto 9271 del 26/06/2019.

K. Rilascio del servizio telematico univoco per le ATS per la raccolta dei dati di monitoraggio biologico (U.O. Prevenzione in collaborazione con ATS Milano e ARIA spa).

L. Attivazione di almeno una stazione di monitoraggio aerobiologico nel territorio di ogni ATS (anche attraverso la convenzione con altre ATS, ASST o Enti di provata esperienza).

M. La U.O. Prevenzione sviluppa per il supporto alla prevenzione delle pollinosi
   - bollettino del polline univoco per le varie ATS, sulla base dei dati rilevati con il servizio di cui alla lettera J;
   - in collaborazione con ATS Milano, esercizio di Controllo Qualità.

12.16.4. Procedimenti ambientali

N. La U.O. Prevenzione conclude lo studio di fattibilità per il rilascio del software per il monitoraggio procedure.

O. Le ATS garantiscono l'efficace e uniforme supporto tecnico e istruttorio a Regione per le autorizzazioni, il governo del territorio, la tutela ambientale e i relativi servizi.

12.16.5. Emergenze igienico-sanitarie

P. Aggiornamento del sistema di pronta disponibilità delle ATS tramite indirizzi regionali.

Q. Ogni ATS realizza Esercitazioni 2026 su scenari emergenziali in coordinamento con AREU e Protezione Civile (bioterrorismo, rischio chimico, rischio geologico, rischio radiologico nucleare).

R. Sviluppo di sistemi informativi a supporto della gestione delle emergenze con priorità al rischio radiologico nucleare.

12.16.6. Balneazione

S. Le ATS applicano in tema di Balneazione nel rispetto del d.lgs. 116/2008.

T. In ordine agli annegamenti in acque superficiali: le ATS ricercano i dati degli eventi avvenuti negli ultimi anni (preferenzialmente 5-10 anni); accertano la relativa emanazione di corrette ordinanze di divieto di balneazione e la collocazione di adeguata segnaletica, ove applicabile; insieme ai Sindaci, realizzano campagne informative ai cittadini (ogni ATS produce scheda di sintesi dei dati e delle attività realizzate).

U. Le ATS proseguono le interlocuzioni con i Sindaci per la individuazione di eventuali punti supplementari di balneazione e controllano le ordinanze divieto balneazione/comuni con CIS non balneabili (invio scheda profilo; evidenza in Portale Acque; evidenza del controllo in I.M.Pre.S@.BI).

12.16.7. Controlli requisiti igienico-sanitari

V. Strutture Sanitarie: controllo di almeno il 10,0% delle strutture sanitarie private non accreditate, soggette a SCIA (verifica denominatore in Sistema I.M.Pre.S@).

W. Piscine: campionamento e ispezioni di tutte le piscine pubbliche o aperte al pubblico (almeno una volta all'anno per ogni piscina, 100%).

X. Piscine: integrazione dei campionamenti con i controlli sui requisiti tecnico strutturali (almeno una volta per ogni piscina negli ultimi 5 anni).

Y. La U.O. Prevenzione produrrà indirizzi regionali per controlli in tema di Servizi alla persona SPA:

- Creazione dell'anagrafica in collaborazione con DG turismo;
- Indirizzi per Ispezioni di SPA.

12.16.8. Urban health e clima

Z. In un contesto di gruppo di Lavoro con le ATS, emanazione di indirizzi regionali per lo sviluppo competenza contributi ai procedimenti urbanistico-ambientali (PGT, …) partendo dal documento "Permeabilità, drenaggio urbano, e infrastrutture verdi e blu" realizzato nell'ambito del Piano regionale di Prevenzione (PP09 OS03 del PRP) e applicazione da parte dei Servizi IP.

AA. Le ATS, sulla base delle indicazioni regionali, predispongono e trasmettono entro il 30 giugno i Piani per la gestione dell'emergenza caldo, con le misure operative di prevenzione e contenimento degli effetti sanitari dovuti alle ondate di calore.

BB. Gestione Ondate di calore in raccordo con il sistema dell'epidemiologia e dei comuni.

CC. Individuazione delle competenze degli operatori di prevenzione dediti all'area Ambiente e Salute, nel rispetto delle linee di indirizzo definite dal Ministero della Salute in tema Formazione.

DD. Evidenza della partecipazione degli operatori IP al percorso di formazione SABIC (il grado di adesione sarà fornito dalla U.O. Prevenzione in raccordo con il Ministero Salute).

12.16.9. Edilizia

EE. Attivazione di un Gruppo di Lavoro per la redazione di linee di indirizzo inerenti al miglioramento dell'ambiente confinato (muffe, radon, …).

12.16.10. Amianto

FF. Attuazione delle indicazioni pervenute con nota RL_RLAOOG1_2025_4092 e della DGR N. XII/4938/2025 avente ad oggetto "Esame della Relazione n. XII/72 del 2024 e della Relazione n. XII/34 del 2024. Esiti del Comitato Paritetico di Controllo e Valutazione, approvati nella seduta del 9 aprile c.a.", ovvero estensione a tutte le ATS del progetto pilota già realizzato dall'ATS Milano - Servizio PSAL, e dall'osservatorio epidemiologico, in collaborazione con il COR presso la Clinica del Lavoro di Milano.

GG. In attuazione delle indicazioni pervenute con nota RL_RLAOOG1_2025_4092 avente ad oggetto “Esame della Relazione n. XII/72 del 2024 e della Relazione n. XII/34 del 2024. Esiti del Comitato Paritetico di Controllo e Valutazione, approvati nella seduta del 9 aprile c.a.”, e in conformità le disposizioni della DGR N. 4938/2025, l’ATS Pavia monitora la zona di Broni, Stradella e Comuni limitrofi, anche nella prospettiva di rafforzare la sorveglianza sanitaria.

HH. Nell’ambito di uno specifico studio di ricerca universitaria (definizione in itinere) in tema di censimento delle tubazioni idriche interrate in cemento amianto (CA), teso a perfezionare la mappatura incrociando i dati del sistema Multiplan Catasto servizi sottosuolo con il “censimento dichiarazioni uso indiretto” (DUI), funzionale a consolidare i dati e renderli dinamici, realizzazione da parte delle ATS degli indirizzi regionali.

II. Realizzazione da parte delle ATS di azioni/attività di informazione alla popolazione in raccordo con i Comuni.

JJ. Le ATS redigono la Relazione Amianto Biennale 2024/2025 entro maggio 2025 a comporre quella regionale, con specifica attenzione al censimento uso indiretto delle tubazioni idriche interrate.

12.16.11. Attività Funebre

KK. Nel rispetto delle osservazioni della Commissione Consigliare III, le ATS programmano, entro il mese di luglio una puntuale comunicazione e uno sportello rivolto a tutti i Comuni lombardi, così da consentirgli di attivare e concludere gli iter amministrativi di aggiornamento dei Piani regolatori cimiteriali in tempo utile per partecipare proficuamente al bando che verrà emanato, ossia realizzano campagne informative per i Comuni per l’aggiornamento dei piani regolatori cimiteriali in previsione di adesione ad eventuali bandi per implementazione della rete degli impianti di cremazione.

LL. Attuazione degli indirizzi regionali funzionali all’adozione della piattaforma di gestione dell’attività funebre.

12.16.12. PNC

MM. Sviluppo e implementazione dei progetti PNC per le ATS, ASST e IRCCS coinvolti anche attraverso la partecipazione ai tavoli permanenti ed in particolare:

- PCN1: MISSION Prevenzione e riduzione dei rischi per la salute legati all'inquinamento dell'aria interna;
- PNC2. Prevenzione e riduzione dei rischi per la salute legati all'inquinamento dell'aria esterna;
- PNC5. Prevenzione e riduzione dei rischi fisici (compresi il rumore, le radiazioni ionizzanti e non ionizzanti) e dei rischi associati a prodotti chimici e processi;
- PNC10. ITWH Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. Il benessere del lavoratore in un’ottica di TWH (Total Worker Health);
- PNC13. Promozione della digitalizzazione dei sistemi ambiente-clima e sanitario, a supporto di analisi e comunicazione sui rischi;
- PNC Sintesi - modello di intervento n.1 “messa a punto e valutazione di efficacia di interventi di prevenzione primaria e secondaria per ridurre l’impatto sanitario delle patologie attribuibili all’ambiente e alle diseguaglianze sociali”;
- PNC InSinergia - modello di intervento n.2 “valutazione dell’esposizione di popolazione agli inquinanti organici persistenti, metalli e PFAS ed effetti sanitari, con particolare riferimento alle popolazioni più suscettibili”.

Le ATS, ASST e IRCCS coinvolti concorrono all’attuazione obiettivi e deliverables di progetto nel rispetto del cronoprogramma.

12.17. Salute e sicurezza sul lavoro

A. Utilizzo introiti Sanzioni. le ATS utilizzano gli introiti delle sanzioni in coerenza con l'articolo 60 quater – comma 1 bis della Legge Regionale 33/2009 e dell'articolo 13 commi 6, 6-bis, 6-ter e 6-quater del Decreto Legislativo n. 81, del 09 aprile 2008 così come modificato dal Decreto-legge n. 159 del 31 ottobre 2025. Le ATS utilizzano il 120% delle risorse economiche di cui in precedenza secondo le indicazioni della DGR n. XII/4183/2025 e della DGR n. XII/1686/2023 e in relazione alla ripartizione effettuata ai sensi del comma 1-bis dell'articolo 60-quater della L.R. 33/2009 (in merito alle attività si rimanda a quanto definito nel capitolo Gestione del Personale (§11).
B. Analisi e perfezionamento dell'algoritmo Ca.Ri.Ca., le ATS utilizzano l'algoritmo per la scelta dei cantieri da controllare; monitoraggio delle attività di controllo rispetto all'uso di Ca.Ri.Ca. attraverso l'identificazione dell'IDGAP della Notifica preliminare inserito nella rendicontazione del flusso controlli e del rispettivo indice di rischio al primo accesso ispettivo.
C. Analisi e perfezionamento dell'algoritmo per l'identificazione delle Imprese da sottoporre a controllo in analogia e in continuità con quanto già predisposto in Ca.Ri.Ca. Le ATS realizzano una applicazione sperimentale nel II semestre 2026.
D. Sistema Informativo della Prevenzione (MINI SINP) art. 8 c.6 lett. e) Dlgs 81/2008. Sperimentazione del flusso a cura delle ATS.
E. Formazione in tema di macchine e impianti: la U.O. a valenza regionale macchine e impianti presso ATS Milano, mediante Polis Lombardia e in collaborazione con le associazioni datoriali e sindacali, definisce un percorso formativo rivolto al personale Servizi PSAL in materia (indicatore DG Welfare: approvazione del progetto formativo; indicatore ATS: n. operatori PSAL – medici e amministrativi esclusi - partecipanti al corso)
F. Organizzazione della settimana di promozione della SSL regionale e territoriale; in coerenza a quanto disposto dalla lr 33/2009 art. 60 bis, le ATS organizzano le iniziative come da indirizzi regionali.
G. Nelle more dell'adozione e del recepimento del PNP 2026-2031, le ATS attuano la prosecuzione Piani mirati di Prevenzione per vari settori con particolare attenzione a:
   - stress lavoro correlato,
   - rischio cancerogeno professionale e rischio reprotossico,
   - rischio muscoloscheletrico,
   - stress da calore in edilizia e agricoltura.

   Nelle more del nuovo Piano regionale SSL, le ATS attuano le indicazioni operative relative all'attuazione dei PMP a valenza regionale definite nei relativi Tavoli Tecnici DGR N. 6869/2022, il cui monitoraggio è effettuato in Comitato di coordinamento regionale art. 7 D. lgs 81/08.
H. Focus su tumori al polmone per rischio professionale. Le UOOML e le ATS svolgono gli accertamenti sulla sussistenza dell'origine professionale dei casi inseriti nel servizio informatico SMP, secondo assegnazione realizzata dalla U.O. Prevenzione dei casi presenti in SMP (indicatore: rendicontazione in Ma.Pro.).
I. In un contesto di collaborazione tra i Servizi di Salute e Sicurezza sul Lavoro e di Igiene Pubblica, il PIC delle ATS prevede l'indagine sui tumori polmonari raccolti dal Servizio telematico di Segnalazione Malattia Professionale (SMP) dai reparti ospedalieri, al fine di accertarne l'ipotetica origine professionale o l'eziologia in ambiente di vita da esposizione a radon. Gli esiti, anonimizzati, sono oggetto di confronto e riflessione sia all'interno del Ta.Te. cancerogeni, che nell'ambito della rete UOOML. Le ATS completano l'attività per "anno di invio" 2024 – 2025 e recuperano il 2017.
J. I dipartimenti di prevenzione per il tramite dell'area impiantistica realizzano attività di controllo su macchine e attrezzature di lavoro in settori prioritari, in coerenza con gli indirizzi specifici definiti all'interno del nuovo PNP. L'attività è valorizzata in termini di numero di controlli e di segnalazioni ex articolo 70 comma 4 del DL 81/2008.

12.17.1. Formazione SSL

K. Fermo restando l'esito dell'iter di approvazione del Pdl 132 (DGR n. 4851/2025), implementazione piattaforma informatica dedicata al tracciamento dei corsi erogati in Lombardia e relativo gruppo di lavoro per la verifica dell'efficacia.

12.17.2. Accomodamento ragionevole (DL 62/2024)

L. Valutazione preliminare della gestione della richiesta di "accomodamento ragionevole" tramite report annuale ATS. I Servizi PSAL, nell'ambito delle proprie funzioni di vigilanza, includono la verifica dell'applicazione delle norme sull'accomodamento ragionevole (introdotte dal D.Lgs. 62/2024). Durante le ispezioni, il personale acquisisce evidenza documentale o testimoniale sull'eventuale ricezione di richieste di accomodamento ragionevole da parte dei lavoratori e sulle procedure adottate dall'azienda per la loro valutazione e gestione. Gli esiti di queste attività confluiscono nel report annuale dell'ATS (da inviare preliminarmente entro il 1° settembre 2026 per le ispezioni gennaio - giugno e da aggiornare per tutto il 2026 inserendolo nel Piano Locale di Prevenzione del 2027 vedi sezione ORGANIZZAZIONE E FORMAZIONE DELLA PREVENZIONE)

12.17.3. Sorveglianza sanitaria

M. Ferma restando la conversione in legge del DL 159/2025, e le potenziali linee di indirizzo che potranno essere emanate dal Ministero della Salute - *Comitato per l'indirizzo e la valutazione delle politiche attive e per il coordinamento nazionale delle attività di vigilanza in materia salute e sicurezza sul lavoro* art. 5 D. Lgs. 81/08, nell'ambito di gruppi di lavoro istituiti all'uopo, nel contesto dell'approccio alla (Italian) Total Workers Health (ITWH) che presumibilmente sarà parte integrante del PNP 2026-2031, sono definite le linee generali delle campagne informative per la promozione dell'adesione ai programmi di screening oncologici previsti dai LEA (colon retto, mammella e cervice uterina) nonché le iniziative regionali (Prostata, polmone e HCV): tutte le attività relative agli screening oncologici devono essere promosse dai Servizi PSAL e UOOML in completa integrazione con il Centro screening ATS, nel rispetto degli indirizzi regionali e nazionali in tema di screening e in coordinamento con lo stesso Centro Screening, nonché ricondotte all'utilizzo del software regionale "ScreenUP" (indicatore: a) lavoratori che partecipano agli screening regionali sul totale dei lavoratori sottoposti all'obbligo di sorveglianza sanitaria (rif. All. 3B dlgs 81/08), b) il numero di aziende partecipano agli screening regionali come rilevato dai SPSAL e UOOML sul totale di aziende Work Health Promotion - WHP).

N. Ferma restando la conversione in legge del DL 159/2025, le ATS stipulano con gli Organismi Paritetici convenzioni con oneri a loro carico attingendo ai proventi delle sanzioni irrogate alle aziende – nel rispetto di quanto riportato al punto A - per il rafforzamento della tutela del lavoratore. In particolare, nel 2026: a) i Servizi PSAL attuano il prosieguo delle disposizioni di cui alla DGR n. 294/2023 per la sorveglianza sanitaria degli stagionali in agricoltura (indicatore: numero di stagionali visitati secondo i protocolli stipulati sul numero di stagionali di cui al database SIUL-COB); b) nel contesto dell'approccio alla ITWH che presumibilmente sarà parte integrante del PNP 2026-203, per il sostegno dell'offerta vaccinale a cura dei medici competenti, anche in coerenza con le indicazioni del Piano Regionale di Prevenzione Vaccinale e registrata in ARVAX (indicatore: numero aziende che hanno aderito all'offerta come rilevato dai SPSAL e UOOML sul numero di aziende sottoposte a sorveglianza sanitaria rif. All. 3B d.lgs. 81/08; c) per assicurare continuità alla DGR n. 4183 del 07.04.2025, ossia la raccolta e la strutturazione redazionale delle *soluzioni* (art. 51 comma 3 D.lgs. 81/08) praticate nelle aziende (indicatore: numero di soluzioni individuate).

O. Nelle more dell'adozione e del recepimento del PNP 2026-2031, le ATS partecipano alle iniziative regionali e realizzano a cascata corsi di formazione in tema ITWH e sviluppano una piena integrazione con il sistema WHP.

12.17.4. Igiene industriale

P. In attesa delle successive indicazioni della U.O. Prevenzione tese a implementare quantitativamente il numero di interventi e la tipologia di agenti – chimici, fisici e biologici - da sottoporre ad indagine, le ATS proseguono nei campionamenti previsti in tema di igiene industriale dalla DGR n. XII /4183/2025.

12.18. Autorità unica sicurezza chimica (ATS/DIPS)

Il Direttore di Dipartimento DIPS è responsabile dell'Autorità Unica di Sicurezza Chimica territoriale (LR 4/23) che agisce tramite l'operato collaborativo dei servizi IAN, ISP, e PSAL per la realizzazione dei Piani di controllo (documentale e analitico) secondo gli indirizzi nazionali e regionali nell'ambito REACH/CLP, cosmetici, biocidi, fitosanitari, detergenti.

A. Il Direttore istituisce un gruppo dipartimentale permanente composto da un coordinatore e da operatori dei servizi IAN, ISP, e PSAL con le seguenti funzioni:
   - attuazione del Piano regionale dei controlli integrato (di cui al punto B);
   - partecipazione al Tavolo Sicurezza Chimica (di cui al punto F di cui al Decreto N. 8753 del 10/06/2024);
   - individuazione dei fabbisogni formativi (di cui al punto E) e realizzazione delle azioni formative e di affiancamento necessarie a garantire l'adeguato aggiornamento professionale del personale coinvolto.

Entro marzo le ATS inviano a Regione la documentazione attestante l'avvenuta istituzione del gruppo dipartimentale. Successivamente, con cadenza trimestrale, un report relativo all'avanzamento delle attività sopra elencate.

12.18.1. Piano regionale dei controlli integrato

B. Realizzazione del Piano dei controlli secondo le indicazioni riportate in §Appendice 9: *Piano dei controlli per la sicurezza chimica per tipologia di prodotto*:

- REACH/CLP/Detergenti
- Prodotti fitosanitari
- Prodotti cosmetici
- Prodotti Biocidi/PMC

C. Attivazione per tutte le ATS dei progetti di vigilanza ECHA (REF, Project Pilot, Forum, BEF) secondo le indicazioni regionali.

12.18.2. Attività trasversali

D. Attuazione del Protocollo per il coordinamento dei controlli congiunti ARPA e ATS degli impianti EoW (End of Waste) di recupero rifiuti ai sensi dell'articolo 184 ter comma 3 del D.lgs.152/2006.

E. Realizzazione di almeno un intervento formativo da parte di ogni ATS su aspetti relativi alla sicurezza chimica al fine di garantire interventi integrati e trasversali di tutela del mercato e tutela sociale.

12.18.3. Tavolo sicurezza chimica

F. Partecipazione delle ATS al Tavolo Sicurezza Chimica di cui al Decreto N. 8753 del 10/06/2024 al fine di migliorare l'appropriatezza e dell'uniformità dei controlli secondo gli atti d'indirizzo.

12.18.4. Sistema regionale raccolta dei dati di controllo

G. Partecipazione di un rappresentante per ATS nell'attività di sviluppo del Sistema regionale raccolta dei dati di controllo.

12.18.5. Piano mirato di prevenzione (PMP) a valenza regionale relativo all'utilizzo in sicurezza di sostanze cancerogene e mutagene

H. Evidenza restituzione dei dati da parte delle ATS alle aziende coinvolte nel PMP relativo all'utilizzo in sicurezza di sostanze cancerogene e mutagene.

12.18.6. Utilizzo proventi sanzioni REACH/CLP per il miglioramento dei controlli

I. Si richiama il punto 7 della DGR n. IX / 1534 del 06/04/2011, che stabilisce che i proventi delle sanzioni Reach/CLP siano destinati al Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS) con finalità di incrementare qualità e quantità dell'attività di vigilanza e ispezione a tutela della popolazione e dei lavoratori dai rischi chimici. A partire dal 2026 le ATS devono essere in grado di tracciare i proventi incassati e pianificarne l'utilizzo secondo il principio stabiliti nella sopracitata delibera e secondo ulteriori indicazioni regionali.

12.19. Medicina legale

A. Disabilità: nell'ambito della riforma prevista dai D. Lgs. 29/24 e 62/24 la DG Welfare indirizza l'integrazione della medicina legale nel nuovo sistema di valutazione multidimensionale della disabilità, in coerenza con il modello di sanità inclusiva, consentendo il passaggio dal modello della valutazione collegiale dell'invalidità (e accertamenti correlati) al modello della valutazione multidimensionale unificata. In dipendenza dall'emanazione dei decreti attuativi della riforma, la DG Welfare definisce procedure condivise e indicatori di qualità per garantire uniformità e appropriatezza nella valutazione.
B. Autodeterminazione e consenso informato nei percorsi di cura – la DG Welfare promuove consapevolezza delle scelte nelle situazioni di criticità e supportare cittadini e professionisti nelle decisioni di fine vita.
C. È previsto per il 2026 lo sviluppo di strumenti formativi e informativi per cittadini e professionisti, in sinergia con le strutture sanitarie e i servizi territoriali che consentano di dare attuazione alla Legge 10/2020.
D. La U.O. Prevenzione realizza il sistema informativo per la raccolta delle DAT presso le strutture sanitarie. Le ASST e gli IRCCS attivano procedure interne per la gestione delle DAT.
E. Innovazione della medicina necroscopica per la salute pubblica e la giustizia - riorganizzare e potenziare la funzione necroscopica come presidio di trasparenza e prevenzione. La U.O. Prevenzione attiva un sistema informativo dedicato per la tracciabilità delle attività necroscopiche e l'integrazione con i flussi regionali; la U.O. Prevenzione definirà gli standard di qualità e le modalità di verifica.
F. Violenza di genere – Prevenzione, protezione, cultura del rispetto: Rafforzamento del contributo della medicina legale nella risposta integrata alla violenza di genere. La U.O. prevenzione verifica la partecipazione alle attività formative e la realizzazione di protocolli operativi, sportelli dedicati e percorsi formativi per gli operatori sanitari (MAP, PLS e Operatori dei centri vaccinali), in collaborazione con i servizi territoriali e le forze dell'ordine.
G. Sviluppo di buone pratiche regionali per la valutazione medico-legale dell'idoneità alla guida, con particolare attenzione alle condizioni cliniche e ai trattamenti farmacologici. La U.O. Prevenzione supporta l'integrazione con i servizi SERT, NOA, CML e laboratori per la presa in carico multidisciplinare.
H. Prosegue l'apporto della medicina legale nell'ambito del CReSMeL per l'aggiornamento della DGR n. VIII/9097/2009 relativa ai laboratori tossicologici, al fine di contribuire alla definizione dei requisiti e a migliorare l'efficacia dei percorsi operativi per le analisi a fini medico-legali.
I. Le ASST devono garantire il pieno rispetto degli obblighi di invio dei flussi informativi relativi alle attività di medicina legale, secondo le tempistiche e i formati definiti da U.O. Prevenzione.

12.20. Medicina di genere

Al fine di dare continuità all'attuazione del "Piano per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere" in ottemperanza dell'art. 3, legge 11 gennaio 2018, comma n. 3, si deve continuare a porre attenzione alla corretta declinazione delle quattro aree individuate nel piano stesso come di seguito indicato, in collaborazione con la referente regionale della medicina di genere:

A. Percorsi clinici (prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione)

B. Ricerca e innovazione

C. Formazione e aggiornamento professionale

D. Comunicazione e informazione

Porre attenzione al sesso e al genere in sanità è una scelta irrinunciabile e pertanto si chiede che ogni ATS, ASST ed IRCCS metta in campo:

- La promozione di iniziative di prevenzione sesso e genere specifiche.
- La creazione di percorsi diagnostico - terapeutici declinati nel rispetto del sesso e del genere dei pazienti.
- La formazione e l'aggiornamento di tutti i professionisti sanitari sui principi e sui fondamenti della medicina di genere.
- La collaborazione con gli esperti del gruppo di approfondimento tecnico regionale che si occupa di medicina di genere.
- L'informazione e la comunicazione alla cittadinanza sull'importanza della medicina di genere e delle sue implicazioni sulla tutela della salute, tramite istituzione di open-day, di eventi divulgativi, di video e di pubblicazioni sui siti aziendali.

13. VETERINARIA

Per quanto non specificamente indicato a seguire, si confermano le indicazioni contenute nelle precedenti Regole di sistema.

13.1. Governance della sanità pubblica veterinaria

- Garantire il raggiungimento dei LEA di Sanità Pubblica Veterinaria;
- Adozione dell'atto formale recante le linee di indirizzo per la programmazione delle attività di controllo ufficiale dei Dipartimenti e SAOA finalizzate alla redazione dei Piani Integrati Aziendali della Prevenzione Veterinaria (PIAPV) delle ATS incluse le modalità di programmazione/esecuzione dei controlli interdipartimentali.
- Definizione e adozione del programma regionale di audit di sistema/settore sui Dipartimenti Veterinari delle ATS.
- "Fondi funzione": verranno fornite dall'U.O. Veterinaria regionale ai Dipartimenti Veterinari e SAOA delle ATS indicazioni sull'adozione del provvedimento di allocazione e di successiva rendicontazione delle risorse vincolate per il finanziamento delle attività previste dal piano regionale integrato della sanità pubblica veterinaria e per il raggiungimento dei relativi obiettivi.
- Emergenze epidemiche: per la gestione dei focolai sono stimati per il 2026 ulteriori oneri fino a 10 milioni di euro;
- Obiettivi Prestazionali incentivati: Collaborazione alle attività istruttorie finalizzate alla conferma del Protocollo tra ATS in materia di Obiettivi Prestazionali Incentivati secondo le indicazioni contenute nelle precedenti Indirizzi di Programmazione al punto 10.01.7 – in attesa del nuovo protocollo, proroga da parte delle ATS dell'attuale protocollo in essere.
- Ricognizione per tramite delle ATS delle eventuali necessità dei comuni di competenza in materia di adeguamenti strutture di ricovero pubbliche per animali da compagnia.

13.2. Reclutamento del personale

Si rinvia al paragrafo §11.5.1.

13.3. Attività di settore

- Predisposizione e adozione dell'aggiornamento delle linee guida per la gestione delle emergenze epidemiche e non epidemiche dei Dipartimenti Veterinari e Sicurezza degli Alimenti di origine Animale.
- Predisposizione di un nuovo piano regionale per il monitoraggio della Leishmaniosi canina, in collaborazione con IZSLER, U.O. Prevenzione e UNIIMI
- Contrasto all'AMR: definizione di progetti pilota per la sorveglianza di batteri AMR negli animali da compagnia in collaborazione con le Università su risorse vincolate PNCAR (1 milione di euro - già inserito nell'aggiornamento del quadro economico del 2025)
- verifica ed eventuale aggiornamento in SINAC dei Comuni convenzionati con le strutture rifugio durante i due controlli annuali previsti dallo specifico piano regionale; informativa ai Comuni per tramite dei Dipartimenti Veterinari delle modalità con cui le amministrazioni comunali possono aggiornare direttamente in SINAC le convenzioni in essere con le strutture rifugio per cani e gatti;
- Applicazione, in via sperimentale, della score-card di valutazione del rischio elaborata nell'ambito del progetto OCSE su un campione degli stabilimenti riconosciuti ai sensi del Reg. (CE) 853/2004, secondo una numerosità proporzionata alla realtà territoriale che sarà definita nel documento di programmazione sulla base delle modalità già condivise nelle sessioni di formazione.

- Predisposizione di linee guida regionali in materia di organizzazione ed erogazione dei “patentini” facoltativi ed obbligatori per i proprietari di cani.
- Definizione di progetti sperimentali - in collaborazione con e la U.O. Polo Territoriale e i competenti uffici della Direzione Generale Famiglia, Solidarietà sociale, Disabilità e Pari opportunità - che coinvolgano le Università e gli Ordini dei Medici Veterinari con la finalità di sostenere i proprietari di animali da compagnia in condizioni di fragilità, ospiti presso strutture sociosanitarie e sociali (comprese le case rifugio per donne vittime di violenza), affinché possano essere accolti nelle strutture con i loro animali.
- Procedimenti istruttori finalizzati allo sviluppo di un applicativo informatico relativo alla gestione del riscontro di Non Conformità evidenziate nella produzione di latte crudo alla stalla.

14. FARMACEUTICA E PROTESICA

Per l'anno 2026 si conferma che la programmazione delle attività in ambito farmaceutico dovrà tener conto di alcuni importanti mutamenti:

- La rimodulazione dei tetti di spesa per l'assistenza farmaceutica;
- La nuova remunerazione delle farmacie;
- l'ulteriore evoluzione del sistema sociosanitario lombardo con il transito della medicina di base in ASST.

Queste circostanze presuppongono una forte integrazione tra ATS e ASST. Le ATS dovranno garantire uniformità metodologica e prestazionale rispetto alla complessità della rete d'offerta erogativa esistente per l'assistenza farmaceutica, protesica ed integrativa.

14.1. Farmaceutica convenzionata

Le ATS, le ASST e gli IRCCS, all'interno delle proprie competenze in materia di assistenza farmaceutica, sono tenute a perseguire gli obiettivi regionali contribuendo a garantire appropriatezza prescrittiva/erogativa e sostenibilità economica.

Le ATS e le ASST dovranno assicurare l'aderenza alle indicazioni regionali da parte degli attori del sistema attraverso il monitoraggio della spesa e degli andamenti prescrittivi, intervenendo con azioni di governance congiunte, in particolare promuovendo l'uso dei farmaci a brevetto scaduto e l'appropriatezza prescrittiva.

Divengono quindi obiettivi prioritari:

- collaborazione nella predisposizione di strumenti per il monitoraggio da parte delle ATS con le ASST di indicatori che misurino i valori di prescrizione di MAP e PLS per gruppi terapeutici strategici quali l'ambito delle cronicità (cardiovascolare, diabete, terapia dolore) e degli antibiotici, tenendo conto dei temi evidenziati nel NSG, al fine di orientare e favorire l'attività di audit tra distretti e AFT (e a cascata fino al singolo medico) con il supporto dei servizi farmaceutici ATS e delle unità di epidemiologia;
- incremento percentuale della prescrizione di farmaci biosimilari con miglior profilo di costo territoriale, anche a fronte delle (imminenti) scadenze brevettuali in particolare per i seguenti medicinali la cui prescrizione è oggi in carico al territorio:
  - eparine a basso peso molecolare (almeno il 30 % come biosimilare);
  - denosumab (continua la sua distribuzione in DPC anche come biosimilare, di cui almeno il 20%)
- Formalizzazione di un percorso/organismo che valuti specifici comportamenti prescrittivi del medico ritenuti non conformi e che abbia composizione mista anche in considerazione alla gestione delle risorse economiche assegnate Servizi Farmaceutici ATS in ambito di spesa farmaceutica territoriale.

Di seguito le azioni previste per l'anno 2026 in ambito di farmaceutica territoriale.

14.1.1. Piani terapeutici Web-based

Si conferma l'importanza di mantenere lo sviluppo evolutivo della piattaforma unica dei Piani terapeutici in ottica regionale garantendo, oltre al corretto arruolamento del paziente a tutela della salute, anche la piena mobilità intra-regione. A livello regionale si procederà ad una progressiva integrazione con il sistema regionale (IRT) e Nazionale (PNT) di Telemedicina offrendo al cittadino la possibilità di rinnovo del piano terapeutico a domicilio in Televisita – e/o in prossimità attraverso (in via sperimentale) il supporto della rete delle Farmacie dei servizi, dei MAP e delle case di comunità.

Obiettivi prioritari:

- la modalità on line dovrà costituire metodica prevalente consentendo alle strutture di evitare l'invio di copia del PT alle ATS di residenza del paziente. I modelli cartacei saranno utilizzabili solo in caso di disservizi documentati delle piattaforme on line e dovranno obbligatoriamente essere raccolti a cura delle direzioni strategiche delle strutture pubbliche o private accreditate ed inviati mensilmente ai servizi farmaceutici ATS. Per le schede di prescrizione compilabili dal MAP dovrà essere previsto medesimo vincolo.

Autorizzazione prescrittori

Nel corso del 2026 DG Welfare con gli operatori del territorio (ATS e ASST) procederà con l'aggiornamento del percorso autorizzativo legato al profilo dei prescrittori al fine di conciliare i nuovi setting erogativi territoriali emergenti (es. case di comunità, smart clinic, poliambulatori…) con i requisiti previsti dalla norma per le specifiche prestazioni, anche al fine di ridurre duplicazioni o accessi impropri.

14.1.2. Ricette dematerializzate in ambito farmaceutico

Riduzione dell'utilizzo delle ricette rosse (RUR)

Nell'ambito dei processi di digitalizzazione in corso nella Pubblica Amministrazione, considerati strategici sia per il governo e la valorizzazione dei dati, sia per la progressiva eliminazione della carta e la conseguente razionalizzazione delle risorse amministrative, Regione Lombardia intende proseguire il percorso di completa dematerializzazione delle prescrizioni.

Si richiama, a tal proposito, quanto previsto dall'art. 54 della Legge di Bilancio 2025, che stabilisce, a decorrere dal 2025, l'obbligo di emettere in formato elettronico (ricetta dematerializzata) tutte le prescrizioni mediche relative a farmaci e prestazioni sanitarie, fatte salve specifiche eccezioni di natura normativa o tecnica.

Alla luce di tale quadro normativo, la U.O. Farmaceutica e Dispositivi Medici, attraverso le ATS, intende attivare un'azione mirata sull'attuale utilizzo delle ricette rosse (RUR) da parte dei Medici di Assistenza Primaria, dei Pediatri di Libera Scelta e dei Medici Specialisti. (Tale azione sarà perseguita anche attraverso l'inserimento di specifici obiettivi annuali all'interno delle Schede Medico, prevedendo meccanismi di incentivazione e/o penalizzazione correlati al grado di utilizzo delle ricette dematerializzate).

Dall'analisi dei dati relativi all'anno 2024 – al netto delle tipologie di prescrizioni che richiedono obbligatoriamente la ricetta cartacea (es. prescrizione di cannabis medica) – emerge un ricorso ancora significativo alla ricetta rossa, per un ammontare superiore a 3 milioni di ricette annue, pari a circa il 5% del totale delle prescrizioni regionali.

Tale fenomeno comporta impatti rilevanti sia sul piano tecnico-funzionale che economico, tra cui:

- maggiori costi per il sistema connessi al processamento delle ricette cartacee;
- incremento del rischio di errori derivanti da correzioni manuali operate dal prescrittore;
- criticità interpretative nei casi di ricette redatte a mano, con conseguenti rallentamenti nelle fasi di presa in carico ed erogazione.

Per queste ragioni, la riduzione del 50% dell'utilizzo delle ricette rosse RUR relative alle specialità medicinali è obiettivo strategico primario per il 2026 nell'ambito della gestione della Farmaceutica Convenzionata.

Al fine di facilitare il raggiungimento dell'obiettivo si dispone che:

- a partire dal 1° gennaio 2025 la prescrizione dei farmaci di seguito elencati dovrà avvenire SOLO su RICETTA DEMATERIALIZZATA:
  - DENOSUMAB
  - ENOXAPARINA
  - GPL1

se dovessero pervenire dal 01/01/2025 in farmacia ricette di questi medicinali prescritti ancora su RUR, queste non potranno essere erogate a carico del SSR.

La tabella allegata evidenzia un numero di ricette rosse, non caratterizzate da alcun vincolo operativo, superiore ai 3 milioni di euro anno. Queste costituiscono un valore vicino al 5% dell'ammontare complessivo di prescrizioni.

Numero di ricette prescritte	Cannabis	No Cannabis	Totale complessivo
21	4.576	1.017.868	1.022.444
22	3.296	420.361	423.657
23	537	106.875	107.412
24	1.807	286.735	288.542
25	488	531.943	532.431
26	1.415	368.873	370.288
27	1.856	298.665	300.521
28	696	191.839	192.535
Totale complessivo	**14.671**	**3.223.159**	**3.237.830**

Gestione delle ricette dematerializzate in modalità off-line e obbligo di invio al SAR/SAC

Le specifiche tecniche dettate dal Decreto 2 novembre 2011 prevedono che, qualora il farmacista sia impossibilitato ad acquisire e chiudere informaticamente la ricetta dematerializzata per cause tecniche non dipendenti dalla propria volontà (es. malfunzionamento del sistema regionale, indisponibilità della connettività o guasti hardware/software), egli debba comunque erogare il farmaco sulla base del promemoria cartaceo presentato dall'assistito e, non appena ripristinate le condizioni operative, procedere all'invio differito dei dati dell'erogazione al SAR/SAC. Il decreto dispone infatti che:

"Nel caso in cui l'erogatore sia impossibilitato a eseguire l'operazione di visualizzazione e presa in carico della ricetta in maniera informatica e successivamente a chiudere totalmente una erogazione, sia per malfunzionamenti del sistema oppure della sua apparecchiatura o ancora per altre cause indipendenti dalla sua volontà, deve erogare sulla base del promemoria presentato dall'assistito e deve trasmettere il prima possibile in maniera differita i dati dell'erogazione informaticamente al ristabilirsi delle condizioni che glielo avevano impedito".

Pertanto, il farmacista non può rendicontare a fini contabili una ricetta dematerializzata che sia rimasta off-line e non abbia trovato riscontro nella chiusura elettronica successiva. L'assenza di tale invio postumo genera infatti un'anomalia amministrativa: il pagamento di un promemoria privo di corrispettivo informatico dell'erogazione.

Le ATS si trovano a riconoscere il costo della prestazione senza avere traccia nel sistema informativo regionale dell'avvenuta erogazione, situazione paragonabile — in termini di controllo e verificabilità — alla mancanza della ricetta rossa cartacea, storicamente considerata prerequisito per il rimborso della dispensazione.

Per garantire la coerenza normativa e la tracciabilità delle erogazioni, è quindi essenziale che i farmacisti si attengano all'obbligo di trasmettere telematicamente i dati delle ricette dematerializzate erogate off-line non appena ripristinate le condizioni tecnico-operative, assicurando che ogni promemoria abbia un corrispettivo elettronico valido nel sistema SAR/SAC.

A partire dal 1° aprile 2026 le ricette dem di medicinali erogate off-line in farmacia, qualora non vengano trasmesse al sistema SAR/SCA quando ripristinati, non potranno essere liquidate dal SSR.

14.1.3. "Deblistering"

Allestimento di confezionamenti personalizzati per migliorare l'aderenza terapeutica dei pazienti

Il Consiglio di Stato con sentenza numero 00992/2025 ha promosso il “deblistering” come normato in Regione Lombardia, indicando che si tratta di “atto di regolazione” volta ad assicurare livelli più elevati di aderenza terapeutica, così come d semplificazione nella gestione dei farmaci, soprattutto per pazienti cronici, anziani, politrattati.

La stessa Corte nella sua sentenza così indica:

“*Il deblistering, infatti, nel quadro delle iniziative di supporto alla cittadinanza, in particolare quella più vulnerabile, e di potenziamento dei servizi sanitari di comunità previste dalla vigente legislazione, offre – quale attività post-vendita - una gestione personalizzata delle terapie farmacologiche individuali per pazienti che necessitano in particolare di terapie croniche (ovvero nelle R.S.A. o in altre ipotesi ritenute utili). La predisposizione da parte della farmacia - una volta ricevuti dal cliente (privato o RSA o altro) i farmaci acquistati - di apposite confezioni personalizzate (blister o altro) è utile infatti - con il consenso dei pazienti e secondo le prescrizioni del medico curante - ad evitare errori nel percorso di cura, così da scongiurare rischi nell’assunzione di alcuni farmaci. In tale quadro – ponendo in essere operazioni che sarebbero altrimenti affidate alla gestione personale del paziente – il farmacista deve rigorosamente operare sulla base del dosaggio e della posologia stabilite dal medico curante, oltre che nel rispetto del proprio Codice deontologico che, all’art. 10, prevede tra l’altro che il farmacista ponga in essere ogni utile iniziativa professionale volta ad assicurare l’aderenza alle terapie farmacologiche*”.

In aggiornamento a quanto già normato in Lombardia si dispone quanto segue:

- si conferma che nell’attività di vigilanza e controllo svolta dai servizi farmaceutici ATS, che può essere fatta solo alle farmacie lombarde, rientra anche la verifica dell’attività di deblistering (se svolta dalla farmacia) Questo garantisce che il farmacista ha posto in essere ogni utile iniziativa professionale ad assicurare il rispetto delle disposizioni nazionali e regionali in materia di deblistering e quindi le RSA/RSD possono rivolgersi alle farmacie lombarde senza produrre nessuna autocertificazione ;
- nel caso in cui le RSA/RSD si rivolgono a farmacie/società/ditte non ubicate in Lombardia, è necessario che le stesse, al fine di potersene avvalere, autocertifichino che l’operatore di cui si avvalgono opera secondo le normative nazionali di cui alla FU e NBP, oltre al rispetto delle disposizioni del documento di RL sul deblistering.

14.1.4. Progetto distribuzione per conto

Come disposto nella Delibera 4938 del 4 agosto 2025 che ha dato mandato in merito al sistema distributivo DPC, oggi in atto in Lombardia e che fa capo ad ATS Bergamo, di confrontarlo con altri modelli organizzativi in atto a livello di altre regioni come il modello “Marche”, di seguito si descrive quanto emerso dall’analisi.

La DG Welfare insieme agli uffici di ATS Bergamo ha proceduto a confrontare i due modelli e cioè quello attuale (che è poi in vigore in tutte le altre Regioni tranne nelle Marche) e quello delle Marche, evidenziandone i punti di forza e i punti critici, producendo un documento le cui risultanze vengono descritte di seguito.

L’attuale modello Organizzativo della DPC in Lombardia è centralizzato dall’anno 2014 su ATS Bergamo, unico ente responsabile per la Regione Lombardia; i farmaci in DPC sono acquistati dal SSR al prezzo di gara pubblica, con risparmi fino al 50% rispetto al canale convenzionato.

La spesa per DPC su base annua è di circa 523,1 milioni euro di cui 454,6 mln euro (87%) per acquisto farmaci, vaccini e dispositivi e 68,2 mln euro (13%) per oneri professionali a farmacie/grossisti. I costi organizzativi in capo al personale dell’ATS Bergamo su base annua sono circa 281.000 euro, pari allo 0,05% della spesa totale. ATS Bergamo gestisce 9 grossisti, con 2 Magazzini Capofila e 16 a Raggiera, che riforniscono 3.229 farmacie. La stima dei risparmi della DPC rispetto alla Convenzionata su base annua sono pari a 101,4 milioni euro (15,76 euro in media per confezione).

Descritti i punti di forza e passando agli aspetti critici, nel 2024 nel canale DPC si è registrata una carenza complessiva di confezioni pari al 5%, di cui il 3% riconducibile a carenze nazionali segnalate da AIFA e il restante 2% (circa 130.000 confezioni) attribuibile a fattori logistici e di approvvigionamento. In quest'ultimo ambito, le criticità hanno riguardato principalmente l'assenza di procedure di gara attive per talune forniture e, in misura minore, fenomeni di disallineamento distributivo ("finti mancanti"), ossia confezioni non disponibili nei magazzini di riferimento pur risultando presenti nella rete complessiva di distribuzione.

Il modello potrebbe essere ulteriormente migliorato riducendone le attuali criticità che si possono descrivere come questioni legate alla logistica e alla piattaforma Web-DPC usata da ATS, farmacie e grossisti (oggi proprietà Federfarma); le farmacie non vedono tutte le giacenze da cui il fenomeno dei "finti mancanti", ed aumento erogazioni in convenzionata.

L'alternativa proposta e valutata è il modello esternalizzato come in Regione Marche, il cui vantaggio è che l'esternalizzazione permette una riduzione dell'IVA dal 22% al 10% sugli oneri con un risparmio teorico di 6,9 milioni euro/anno.

Esistono tuttavia dei limiti economici e rischi organizzativi: gli attuali 2 milioni di euro/anno garantiti dalle riallocazioni gestite direttamente da ATS Bergamo si annullerebbero, lasciando un beneficio netto di 4,9 milioni di euro/anno.

Se si esternalizzassero anche funzioni quali ordini e fatturazione, a questo punto il risparmio residuo si eroderebbe completamente se il compenso extra garantito ai grossisti per le funzioni aggiuntive superasse un aumento del 44% (da 1,35 a 1,94 euro a pezzo) e i "finti mancanti" aggiuntivi superassero lo 0,92% del valore totale della DPC.

Inoltre, ci sono elementi organizzativi critici rappresentati dal fatto che il modello Marche funziona tramite accordo con 2 grossisti/Magazzini Capofila per una popolazione di 1.5 milioni di abitanti, vale a dire con 1 magazzino ogni 7-800.000 abitanti. In Lombardia questo non è attualmente il caso, essendovi 2 Capofila e 16 raggiere. Per renderlo applicabile sarebbe necessario proporzionarlo allo stesso modo, con 12-14 Capofila, difficilmente realizzabile.

La DPC in Lombardia genera un importante risparmio rispetto alla convenzionata. Tuttavia, essa è fortemente dipendente dalla governance pubblica di ATS Bergamo per funzionare in modo efficace. Il passaggio a un modello "Marche", se pure fosse praticabile a contesto di popolazione, trasporti, orografia profondamente diverso quale quello lombardo, non garantisce automaticamente risparmi.

Considerati gli esiti del confronto tra i due modelli, si ritiene strategico il progetto della DPC in capo ATS stabilizzando l'attività facendolo passare dalla fase sperimentale (progetto) ad attività stabile in capo ad ATS Bergamo, potenziandolo attraverso:

- l'allargamento del numero dei Capofila entro dicembre 2025;
- il potenziamento umano, logistico, informatico della struttura di governance pubblica in ATS Bergamo a partire dal 2026 con aggiornamento del POAS.

14.1.5. Attività' di vigilanza e controllo in capo alle ATS

A fronte di quanto previsto dal nuovo ACN per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private accreditate di cui l'art.8 comma 2 del D. Lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992 e dal complesso normativo concernente la Farmacia dei Servizi, si rende necessario procedere con quanto previsto dal decreto n. 6165 del 05.05.25 e dalla DGR N. XII/4755 del 22/07/2025, integrando le attuali procedure in particolare per gli ambiti contabili e di vigilanza. Nel primo ambito diviene fondamentale la messa a regime della eDCR da parte di ARIA e l'adeguamento delle funzionalità della piattaforma Farma2017, mentre in ambito di vigilanza sarà prevista l'implementazione del verbale ispettivo ricomprendendo la verifica delle attività sanitarie permesse in farmacia, previa identificazione degli specifici requisiti. Tali

requisiti dovranno essere contemperati alle prestazioni offerte ed alla normativa già presente, a prescindere dal regime di rimborsabilità, in un'ottica di tutela della salute.

14.1.6. Farmacia dei servizi

Negli ultimi anni la Farmacia di Comunità ha consolidato il proprio ruolo quale presidio sanitario di prossimità, affermandosi come punto di riferimento strategico per la popolazione e come elemento integrante del sistema di assistenza territoriale.

Il rafforzamento e l'ampliamento dei servizi introdotti nell'ultimo quinquennio hanno permesso di rispondere in maniera sempre più puntuale alle esigenze sanitarie dei cittadini, integrando attività di prevenzione, assistenza e supporto digitale alla cura.

In tale contesto, il proseguimento dei servizi avviati nell'ambito del Progetto Ministeriale sperimentale "La Farmacia dei Servizi", la cui conclusione è prevista per il 31 dicembre 2025, assume particolare rilievo, poiché la fine della sperimentazione e il conseguente passaggio a regime consentiranno di salvaguardare gli sforzi profusi da tutti gli operatori sanitari e stakeholder coinvolti nell'avvio dei servizi:

- Analisi di 1° Istanza: Screening Colon Retto e Servizi di Telemedicina;
- Front Office: Servizi di Arricchimento del FSE, quali la "Scelta e Revoca MAP e PLS", "Acquisizione del Consenso Informato", "Certificazione riferimenti (cellulare e mail)";
- Prevenzione e Profilassi: Somministrazione Vaccini.

Inoltre, anche a livello nazionale è disposta la stabilizzazione della sperimentazione come di seguito indicato (estratto dalla legge di stabilità 2026):

"In attuazione di quanto previsto dall'articolo 1, comma 406-bis, della legge 27 dicembre 2017, n. 205, e tenuto conto dell'esito della relativa sperimentazione da comunicarsi da parte del Ministero della salute i servizi resi dalle farmacie a norma del decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153, sono stabilmente integrati nel Servizio sanitario nazionale (SSN).

Le farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il Servizio sanitario nazionale sono riconosciute come strutture eroganti prestazioni sanitarie e sociosanitarie ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, anche in sinergia con gli altri professionisti sanitari. Per le ulteriori prestazioni assistenziali eventualmente da erogarsi da parte delle farmacie convenzionate con il SSN rispetto a quanto disciplinato dall'articolo 18 dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private ai sensi dell'articolo 8, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 di cui all'Intesa presso la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le provincie autonome di Trento e di Bolzano sancita il 6 marzo 2025, il Ministero della salute adotta apposite linee guida al fine di definire i requisiti per lo svolgimento delle predette prestazioni, in particolare con riferimento ai requisiti delle farmacie che operano in contesti decentrati, di disagio e di ruralità.

Per le finalità di cui al comma 1, nell'ambito del fabbisogno sanitario standard è vincolata una quota pari a 50 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026, al cui riparto si provvede in sede di riparto del complessivo fabbisogno sanitario standard dell'anno di riferimento".

La continuità dei servizi – nonché l'eventuale attivazione di ulteriori sarà formalizzata nel pieno rispetto dei dettami del vigente Accordo Collettivo Nazionale, con particolare riferimento al Capo III "Farmacia dei Servizi" e in conformità alla necessità di definizione degli Accordi Integrativi Regionali per ciascun servizio previsto, garantendo così la piena legittimità, la sostenibilità organizzativa e il mantenimento della qualità assistenziale.

14.2. Farmaceutica Ospedaliera

Gli obiettivi previsti hanno lo scopo di ottimizzare la governance della spesa farmaceutica ospedaliera che registra negli ultimi anni una crescita continua. È necessario coniugare i costi sostenuti per un

accesso tempestivo ed uniforme alle terapie avanzate con la sostenibilità economica promuovendo maggiormente le opzioni terapeutiche a minor costo ma di efficacia sovrapponibile (farmaci a brevetto scaduto), monitorando la spesa e l'appropriatezza di utilizzo del farmaco anche attraverso approfondimenti di merito

Per tali attività si è attivata una collaborazione tra la DG Welfare e il CESP Centro di Ricerca sulla Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca, con il coinvolgimento anche degli operatori del territorio (ASST, IRCCS).

Tra gli obiettivi per l'anno 2026 in ambito farmaceutico, data inoltre la forte attrattività dei Centri regionali ad altissima specializzazione ed eccellenza diventa prioritario, è inserito il tema della compensazione della mobilità sanitaria, che richiede meccanismi più snelli nello scambio dei dati informativi. La spesa dei pazienti extraregione rappresenta infatti circa 11% della produzione totale del file f regionale ed è spesso oggetto di contenzioso in sede di compensazione economica con le altre regioni.

Si conferma come obiettivo di appropriatezza prescrittiva e di governo clinico ed economico della spesa File F la puntuale chiusura dei Registri AIFA laddove il trattamento sia in sospeso da più di 120 gg così da concludere e tracciare tutto il percorso clinico del paziente

14.2.1. Appropriatezza prescrittiva

Promozione della prescrizione dei farmaci biosimilari

La promozione e la prescrizione dei farmaci biosimilari si configura come un'importante ed essenziale risorsa per la sostenibilità economica del sistema sanitario favorendo l'accesso equo alle terapie ad alto impatto economico, dando la possibilità di ampliare la platea dei pazienti da trattare e di impegnare le risorse guadagnate in altri settori (es. innovazione). Il monitoraggio Consumi e Spesa Biosimilari AIFA evidenzia come per Regione Lombardia sussistano ancora dei margini di miglioramento. Alla luce degli *Indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025* (DGR N. n.3720/2024) e dei dati AIFA relativi al I trimestre 2025, si dispone per il 2026 come obiettivo un piano di incremento mirato all'uso dei biosimilari, con obiettivi in linea con il dato aggregato a livello nazionale.

È dato mandato al CESP di produrre a cadenza trimestrale e cumulative annuale report di monitoraggio sull'utilizzo dei farmaci biosimilari nelle strutture ospedaliere (ASST, IRCCS e private accreditati) che erogano File F.

Di seguito si riportano le molecole individuate sulla base dei seguenti criteri, impatto di spesa File F, con brevetto scaduto per tutte le indicazioni terapeutiche, non soggetti a fenomeni di carenza, e gli obiettivi calcolati percentualmente come quantità (pezzo) di biosimilare rispetto alla quantità totale (biosimilare + originator) sul dato di produzione File F di ogni singolo erogatore nell'anno 2026 (per tutte le tipologie e per tutti gli assistiti).

- ADALIMUMAB (95%)
- ETANERCEPT (85%)
- INFLIXIMAB EV (99 %)
- TRASTUZUMAB EV (99,5%)
- BEVACIZUMAB (99%)
- RITUXIMAB EV (99%)
- RANIBIZUMAB (40%)

A questi medicinali si aggiunge anche la promozione della prescrizione e utilizzo a livello ospedaliero dei farmaci biosimilari di:

- DENOSUMAB (almeno il 40% del biosimilare)
- USTEKINUMAB (almeno il 20% del biosimilare)
- AFLIBERCEPT 2 MG (almeno il 20% del biosimilare)

- ECULIZUMAB (almeno il 40% del biosimilare)

Registri AIFA

Viene confermato come obbligo da parte delle strutture che erogano i farmaci in File F: la chiusura delle schede di Registro AIFA, quando il trattamento è concluso, ricordando che è un obbligo di legge in capo al clinico; qualora non sia chiusa la scheda di registro a trattamento concluso, si dispone un abbattimento del File F (tipologia CO) dell'0,3% a fine anno; Le ATS hanno come obiettivo per l'anno 2025, la verifica su tutte le strutture pubbliche e private accreditate che erogano il File F:della chiusura delle schede di registro AIFA attive nel 2025 per cui non risultano dispensazioni di farmaco da oltre 4 mesi senza motivazione clinica. Per schede attive si intendono le schede che abbiano avuto almeno una dispensazione nel 2025. L'esito dei controlli dovrà essere comunicato entro il 30/09/2026.Sarà in capo agli uffici competenti regionali l'invio agli enti dei report che verranno estratti dal sistema AIFA.

14.3. Flussi farmaci

14.3.1. FLUSSO 648, Mobilità e riconciliazione tra dato File F e dato fatturazione

Viene confermato l'obbligo dell'inserimento, con cadenza trimestrale, nel modulo SMAF denominato AIFA dei trattamenti eseguiti secondo le indicazioni della legge n. 648/96. Verranno effettuati controlli sulla corretta tempistica di quanto trasmesso con modulo SMAF.

In tema di mobilità sanitaria, al fine di ridurre le contestazioni con le altre regioni in sede di compensazione dovranno essere rispettati i contenuti della nota G1.2025.0035989 del 19/09/2025 Oggetto: Flusso Mobilità Sanitaria File F 2025: compilazione della Modalità di Erogazione, integrando il flusso File Fcon la compilazione dei campi richiesti nel flusso della mobilità sanitaria così come indicato nella nota.

In ottica di miglioramento della tracciabilità dei flussi di rendicontazione di File F e acquisti, si definirà per l'anno 2026, come obiettivo dei Direttori generali ASST, IRCCS e ATS, la riconciliazione tra dato di File F e dato fatturazione, seguiranno poi entro i primi mesi del 2026 le istruzioni operative

14.3.2. Farmaci File F e pazienti pediatrici lombardi

In ambito pediatrico è prassi comune che per i farmaci somministrabili in regime ambulatoriale o erogabili a domicilio, la prima somministrazione nei piccoli pazienti avvenga in ambito di ricovero per permettere in caso di situazioni di criticità un rapido intervento e verificare se il piccolo paziente è aderente alla terapia.

A causa dell'altro costo di questi farmaci, ciò che sta avvenendo è che il paziente pediatrico viene dimesso senza l'erogazione della terapia e poi richiamato in fase successiva per attivare la prestazione ambulatoriale e permettere di rendicontare la terapia in file f, con possibili problemi di gestione della sicurezza della terapia e disagi ai caregivers.

Si dispone perciò che a partire dal 1° gennaio 2026 per i pazienti pediatrici lombardi (0-17 anni) se la prima somministrazione della terapia (H non osp o A/PHT) avviene in una giornata di degenza, si possa rendicontare in File F.

Gli uffici competenti della DG Welfare con gli operatori sanitari e i clinici definiranno lo spazio di intervento e le modalità applicative

14.4. Assistenza protesica, integrativa, diabetica e celiachia

Sono obiettivi per il 2026 le seguenti azioni in ambito di Protesica e assistenza integrativa:

- in collaborazione con Rete Udito, si condivide l'aggiornamento del modulo "Scheda tecnica dell'apparecchio acustico fornito" completo di Protocollo applicazione protesi acustiche da parte dei Tecnici Audioprotesisti (adulto/minore), che si allega alla presente delibera.

- nel corso del 2026 e in attesa dell'espletamento delle di gare da parte di ARIA, il gruppo di lavoro regionale, con la partecipazione degli operatori del comparto Ortoprotesico, delle associazioni di categoria, dei medici specialisti prescrittori, andrà a definire proposte di aggiornamento alla DG Welfare dell'elenco tariffario regionale provvisorio
- al fine di una corretta e uniforme gestione degli elenchi dei medici specialisti prescrittori di protesi 'attivi', sarà promossa un'analisi dei percorsi oggi in essere nelle 8 ATS per la loro definizione , al fine di consentire al Gruppo di lavoro Regionale, con la collaborazione delle ATS e ARIA, di arrivare ad una proposta di un format unico regionale informatizzato per la gestione dell'elenco dei medici specialisti prescrittori di protesi 'attivi' di ogni ATS da pubblicare sul proprio sito web e aggiornare semestralmente. Questo si applicherà ricollegandosi anche alle disposizioni licenziate dalle reti cliniche assistenza regionali.

  L'analisi dovrà partire dai prescrittori non ricondotti a strutture congrue (es. specialisti afferenti alle ATS) arrivando a definire un processo autorizzativo dei prescrittori per le diverse aree di assistenza
- in ambito ASSISTANT@RL, ARIA dovrà sviluppare una funzionalità che consenta ai SUPI/ASST la gestione dei cambi di residenza/domicilio dei pazienti che hanno in dotazione beni di protesica con la relativa "presa in carico".

14.4.1. Assistenza integrativa diabetica

DIABETE IN AUTOMONITORAGGIO - Il controllo della spesa

Il modulo applicativo del Diabete in Automonitoraggio rappresenta un elemento sempre più strategico di supporto alla fase prescrittiva, con oltre 400.000 Piani Terapeutici (P.T.) attivi nel 2025.

Il suo consolidamento, unitamente al crescente numero di medici e operatori sanitari coinvolti, rende necessario affiancare alla funzione prescrittiva e autorizzativa del sistema anche il monitoraggio dei consumi e della spesa, al fine di disporre di dati provenienti da un unico ambiente informativo, coerenti puntuali e aggregati relativi ai diversi momenti dell'assistenza: Prescrizione, Erogazione (Consumo), Costo.

Per il prossimo anno sono previsti alcuni interventi in linea con tale strategia, tra cui:

- l'attribuzione di una valenza amministrativa al sistema, che consentirà l'estrazione diretta dei flussi dal Sistema Informativo Regionale;
- l'introduzione di funzionalità di monitoraggio dei consumi dei presidi, con possibilità di analisi secondo diversi criteri di filtro (territorio, fasce d'età, patologie, ecc.);
- la gestione dell'assistenza per i domiciliati temporanei, nel coordinamento con le Aziende Sanitarie competenti.

DIABETE IN AUTOMONITORAGGIO - Un Progetto Sperimentale per un ulteriore supporto alla prevenzione

Nell'ambito del Diabete in Automonitoraggio, la partecipazione attiva dell'assistito riveste un ruolo essenziale nella corretta gestione del percorso di cura. All'assistito è affidato il compito di monitorare regolarmente i propri livelli glicemici, prestando particolare attenzione a eventuali segni di scompenso che dovrebbe notificare immediatamente al proprio medico, affinché la terapia possa essere valutata e, se necessario, adeguata.

Solo attraverso una collaborazione costante tra paziente e medico è possibile garantire un controllo efficace della patologia e contribuire in modo concreto alla prevenzione delle complicanze.

Tuttavia, non sempre l'assistito è pienamente consapevole dell'importanza del monitoraggio e della comunicazione al medico degli episodi di scompenso.

Per superare queste criticità, per il prossimo anno è previsto l'avvio di un progetto sperimentale che sfrutterà gli eventi di ritiro dei presidi in farmacia. In tale contesto, il farmacista potrà, in modo sicuro e

nel rispetto della privacy, acquisire dal dispositivo di monitoraggio dell'assistito i dati glicemici e renderli disponibili sulla piattaforma ASSIST@NT.

Sulla piattaforma, un algoritmo analizzerà automaticamente i dati raccolti e notificherà al medico esclusivamente le situazioni rilevanti, permettendo di attivare un contatto con l'assistito per rimodulare la terapia in modo mirato e tempestivo.

I dati non saranno mai resi visibili al farmacista.

NUOVO MODULO MICROINFUSORI, PATCH PUMP, SISTEMI DI MONITORAGGIO

È prevista l'attivazione del nuovo modulo che introdurrà significative innovazioni basate sull'integrazione tra sistemi e sulla partecipazione proattiva di tutti gli attori coinvolti.

L'obiettivo è migliorare l'efficienza e la qualità dei processi, garantendo:

- Semplificazione del processo prescrittivo e autorizzativo
- Strumenti di accelerazione degli ordini, per ridurre i tempi di avvio dell'assistenza
- Accesso diretto dei fornitori alla piattaforma
- Uniformità assistenziale su tutto il territorio regionale
- Strumenti flessibili e performanti per il monitoraggio dei consumi
- Controllo puntuale della spesa
- Analisi predittiva dei consumi, per programmare le procedure di gara nei tempi più opportuni

14.4.2. Celiachia

Il progetto lombardo Celiachia (attivato con Deliberazione Giunta Regionale n. IX/4490 del 13/12/2012) prevede un servizio completamente dematerializzato di gestione e controllo dell'erogazione di prodotti senza glutine (specificamente formulati per celiaci) con onere a carico del SSR. Tale sistema, predisposto e governato per il tramite di Aria S.p.A., garantisce la libera circolazione dei cittadini sul territorio regionale - indipendentemente dalla ATS di residenza - e la libertà di scelta del punto vendita includendo, oltre alle tradizionali Farmacie e Negozi Specializzati, anche i principali marchi della Grande Distribuzione Organizzata.

Sulla scorta del buon funzionamento di tale sistema, nel periodo 2013-2023 otto regioni hanno progressivamente aderito al sistema garantendo così ai loro assistiti le stesse modalità di fruizione dei prodotti previste per i cittadini lombardi e contribuendo a realizzare, di fatto, un network di offerta per i celiaci anche oltre i confini della propria regione.

Nel periodo 2026-2028 il proseguimento del progetto garantirà alle regioni aderenti una completa copertura circa l'erogazione del servizio in loco avvalendosi del sistema operativo lombardo; la collaborazione e la condivisione di asset informativi con le altre Pubbliche Amministrazioni permettono di ottenerne il loro miglioramento e la loro valorizzazione nonché, dal punto di vista generale ed organizzativo, benefici di sistema.

Si introduce inoltre, sempre a titolo sperimentale e per un periodo di durata pari a mesi 6, il Servizio di circolarità interregionale.

L'adesione a tale servizio comporta per le regioni aderenti - inizialmente Veneto, Liguria e Friuli Venezia-Giulia - le seguenti prerogative:

- per i propri residenti la possibilità di accedere agli esercizi convenzionati (farmacie, negozi specializzati, Grande Distribuzione Organizzata [GDO]) di Regione Lombardia;
- per i propri esercizi convenzionati (farmacie, negozi specializzati, Grande Distribuzione Organizzata [GDO]) la possibilità di erogare i prodotti ai residenti di Regione Lombardia.

L'adesione al servizio di circolarità interregionale non comporta oneri economici ulteriori rispetto a quelli definiti negli scorsi esercizi essendo già compresa nei canoni vigenti del servizio Celiachia@RL.

Al termine del periodo di sperimentazione si procederà alla valutazione della estensione del servizio di circolarità interregionale a tutte le regioni convenzionate al sistema Celiachia@RL.

14.5. Centro regionale di farmacovigilanza: definizione assetto CRFV triennio 2026-2028

I Centri Regionali di Farmacovigilanza (CRFV) stabilmente definiti costituiscono un elemento essenziale per il funzionamento del sistema nazionale di farmacovigilanza che fa capo ad AIFA e il nodo di collegamento tra le strutture centrali e locali.

Regione Lombardia fin dall'adozione della DGR n. IX/3060 del 28.02.2012, ha adeguato il CRFV ai requisiti minimi di cui all'Accordo citato confermando il modello organizzativo già in essere ai sensi della DGR n. VII/8501 del 22.03.2002 e ss.mm.ii.

Con successive deliberazioni, nel decennio seguente si è proceduto a implementare l'assetto del Centro Regionale di Farmacovigilanza, oltre a definire, mediante adozione di apposito schema convenzionale, modalità, tempistiche e condizioni circa lo svolgimento delle attività del Centro ad opera della struttura sanitaria all'epoca individuata e ad esse deputata.

Alle regioni è demandata la decisione in merito alla composizione del personale, garantendo che i CRFV operino, con competenze multidisciplinari, in modo stabile e continuativo. Anche la scelta della collocazione del CRFV è prerogativa delle regioni, purché avvenga tra strutture regionali, ASL, Aziende Ospedaliere ed Università.

Nelle more dell'attuazione di quanto previsto nella DGR n. XII/3720/2024 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025" è emersa la necessità di affidare l'organizzazione del Centro - in vista del raggiungimento degli obiettivi gestionali e progettuali di competenza e considerata la presenza all'interno di tale struttura di importanti aree di farmacologia - all'IRCCS Policlinico San Matteo di PAVIA a partire dal 2026.

Si provvederà a regolamentarne l'attività del triennio 2026-2028 mediante adozione di apposito provvedimento ed atto convenzionale, prevedendo per gennaio 2027 l'operatività a regime del CRFV presso l'IRCCS San Matteo. Si conferma che il CRFV è funzionalmente dipendente dalla DG Welfare di Regione Lombardia – Unità organizzativa Farmaceutica e dispositivi medici".

14.6. Farmaci in classe C-nn

Si riporta di seguito la normativa che ha definito la classe C-nn per i farmaci:

- l'art. 12 del decreto-legge n. 158 del 13 settembre 2012, sopra richiamato, con riferimento ai farmaci già autorizzati per la commercializzazione dalla Comunità Europea, su parere favorevole di EMA e in attesa della valutazione ai fini della rimborsabilità da parte di AIFA, ha istituito una nuova sezione denominata C(nn) (classe C non negoziata);
- la collocazione di un medicinale in classe C(nn) è sancita dalla pubblicazione del relativo provvedimento nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana, che riporta anche la confezione autorizzata ed il regime di dispensazione;
- in attesa dell'esito della valutazione di AIFA relativa alla rimborsabilità, la Ditta titolare dell'AIC può decidere se commercializzare o meno il farmaco.

In questo contesto di risorse definite , i farmaci C(nn), proprio perché commercializzati prima della definizione della classe di rimborsabilità e del rispettivo prezzo da parte di Aifa, necessitano di una specifica valutazione all'interno del sistema preposto al governo dei farmaci utilizzati dalle strutture lombarde in quanto possono essere utilizzati in un momento in cui ancora non è prevedibile l'impatto definitivo dispesa del loro uso, quindi in un momento precedente alla loro eventuale rimborsabilità,

Inoltre, considerato che per i farmaci C(nn) sussiste altresì un'esigenza di uniformità e coerenza a livello regionale, in modo che le diverse strutture sanitarie regionali siano orientate rispetto all'utilizzo di tali farmaci già dal momento in cui gli stessi possono essere acquistati, a partire dal 1° gennaio 2026 si dispone che:

- la proposta commerciale per la fornitura di un farmaco C(nn) a prezzo simbolico deve pervenire alla DG Welfare da parte dell'industria o da parte delle strutture ospedaliere;
- presupposto per qualsiasi richiesta è il mantenimento della continuità terapeutica dei pazienti avviati al trattamento nel periodo dell'offerta fino alla reale disponibilità del farmaco rimborsato come da Gazzetta Ufficiale o fino a un massimo di due mesi dalla G.U. di rimborsabilità,
- nei casi di riclassificazione del farmaco C(nn) in fascia C o qualora i pazienti non rientrino nei criteri di eleggibilità SSN, definiti da AIFA, rispetto all'indicazione approvata da EMA è necessario che la ditta si impegni a mantenere la continuità terapeutica per i pazienti avviati al trattamento per tutto il periodo necessario alla cura del paziente.
- la richiesta risulta accettabile se la durata della proposta è di almeno 3-6 mesi.
- la ditta dovrà indicare il numero di pazienti che stima di attivare al trattamento e in quali strutture lombarde
- la DG Welfare comunicherà poi alle strutture individuate dalla ditta la possibilità di avvio dell'utilizzo del farmaco in C(nn) alle condizioni sopradescritte
- le ATS dovranno verificare il rispetto delle disposizioni di cui sopra sia per le strutture private accreditate che pubbliche

15. GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA

15.1. Area Bilanci

Il Bilancio Preventivo Economico mantiene il carattere autorizzatorio, quale strumento per garantire il perseguimento degli obiettivi assegnati oltre al mantenimento dell'equilibrio economico.

I Bilanci preventivi economici per l'esercizio 2026 dovranno essere approvati in base alle disposizioni del D.lgs. n. 118/2011 e seguenti, entro la fine dell'esercizio precedente e secondo gli Schemi di Conto Economico Ministeriale aggiornati di cui al DM 24/05/2019, in relazione ai contenuti del presente atto e delle linee di indirizzo operative, nonché in considerazione degli obiettivi economici definiti con i decreti regionali di assegnazione delle risorse sulla base delle indicazioni della DG Welfare.

Nell'eventualità della mancata approvazione del Bilancio Preventivo Economico per l'esercizio 2026 da parte degli enti, i medesimi opereranno in dodicesimi sulla base di quanto definito con il "Decreto di assestamento 2025", ad esclusione degli utilizzi di risorse e altri contributi anni precedenti e/o finanziamenti una tantum, tenendo conto delle disposizioni contenute nel presente provvedimento**.**

Nei decreti di assegnazione delle risorse per l'anno 2026 saranno esplicitati i valori per le varie tipologie di spesa che dovranno essere pienamente rispettati nelle allocazioni di bilancio e dovranno essere considerati vincoli gestionali, al fine del mantenimento dell'equilibrio del singolo ente e di sistema; come tali saranno oggetto di puntuale monitoraggio in corso d'anno, in particolare in sede di redazione delle certificazioni economiche trimestrali.

Particolare attenzione andrà, inoltre, prestata alla contabilizzazione delle assegnazioni in conto capitale e in conto esercizio, nonché della correlata tempestiva rendicontazione degli utilizzi dei finanziamenti per investimenti e dei costi d'esercizio sostenuti (nel caso di utilizzo di risorse correnti) riguardanti il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Con specifica circolare - Prot. Reg. A1.2025.0893964 del 29/10/2025 - sono state definite le tempistiche di redazione e le modalità di invio dei bilanci preventivi 2026, che dovranno essere approvati dalla Giunta Regionale.

Anche per l'esercizio 2026, è richiesta la collaborazione del Collegio Sindacale nelle varie fasi che accompagnano il processo di bilancio e di revisione dei processi degli enti per una maggior ottimizzazione delle risorse. In particolare, Regione considera necessario l'apporto dei Collegi Sindacali, oltre a quanto stabilito dalle norme, con riferimento a:

- la verifica di una coerente e corretta allocazione delle risorse in fase di Preventivo;
- il monitoraggio della spesa infrannuale a garanzia del rispetto degli obiettivi economici assegnati e dell'equilibrio di bilancio da rendere in sede di Certificazione Trimestrale avvalendosi anche del supporto degli uffici controllo di gestione;
- il supporto all'ente ai fini di avviare un processo di ottimizzazione delle risorse, anche attraverso l'individuazione di precise aree di spesa e/o di attività e attraverso la formulazione di indirizzi in merito;
- la verifica e validazione all'utilizzo di maggiori contributi rispetto all'assegnazione di competenza a garanzia di quanto disposto dal D.lgs. 118/2011;
- la verifica e validazione del conto economico della libera professione.

È richiesto inoltre ai Collegi Sindacali di verificare e di attestare la coerenza del piano dei conti e del bilancio di verifica rispetto ai modelli di rendiconto trimestrale e di bilancio.

Si richiamano, infine, le aziende a prestare particolare attenzione:

- alla “Gestione dei Flussi Finanziari”, attraverso la verifica delle risultanze della specifica scheda di raccordo per la riconciliazione delle assegnazioni economiche e finanziarie, oltre che, in generale, alla chiara e tempestiva programmazione delle risorse finanziarie;
- alla “Contabilizzazione in capo alle ATS della mobilità attiva extraregione da erogatori sanitari privati e della mobilità internazionale”;
- alla “Gestione delle Partite Intercompany”, attraverso lo strumento informatico messo a disposizione tramite la Piattaforma SCRIBA;
- alle modalità di contabilizzazione dei “Contributi in conto esercizio” da Stato e da Regione (anche in qualità di seconda azienda beneficiaria), onde garantire sempre la necessaria correlazione con la corretta fonte di finanziamento (F.S. indistinto; F.S. indistinto finalizzato da Stato; F.S. indistinto finalizzato da Regione; F.S. vincolato; extra fondo; PNRR; …);
- alle modalità di contabilizzazione degli “Utilizzi contributi es. precedenti”, con particolare riferimento all’appostazione contabile e al successivo utilizzo di contributi anni precedenti della Gestione Sanitaria Accentrata;
- alle modalità di contabilizzazione dei finanziamenti per investimenti - ex art. 20 legge 67/88, con distinzione della quota finanziata dallo Stato e di quella finanziata dalla Regione, nonché alla prosecuzione nel 2026 delle attività miranti a garantire la riclassificazione dei contributi pregressi per investimenti ex art. 20 legge 67/88, ancora appostati nel conto finanziamenti da Regione sul conto richiesto dal livello nazionale (cfr. linee guida regionali per la chiusura dei bilanci d’esercizio 2024).

15.1.1. Certificazioni Trimestrali

I Direttori Generali, in occasione delle certificazioni trimestrali ai sensi della L.R. n. 33/2009, nonché dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 e s.m.i., sono tenuti a rispettare puntualmente i tempi di invio dei flussi economici e ad attenersi scrupolosamente alle linee guida in materia contabile che verranno di volta in volta fornite.

In sede di monitoraggio trimestrale gli enti sanitari del servizio sociosanitario regionale sono tenuti al rispetto del vincolo inderogabile definito dai valori appostati a Bilancio Preventivo tra i ricavi (ad eccezione delle partite di diretta gestione aziendale).

In linea generale non saranno consentiti travasi di risorse tra le varie voci di bilancio, salvo esplicita autorizzazione delle direzioni DG Welfare e Presidenza.

A seguito di invio dei Flussi economici verranno messi a disposizione tramite la Piattaforma SCRIBA gli esiti delle seguenti verifiche derivanti dalla reportistica di controllo automatica dei Bilanci, al fine del riallineamento contabile dell’ente agli obiettivi/vincoli regionali:

- verifica del rispetto dell’assegnazione di cui al Decreto di assegnazione per macroaggregato (SK) e sezionale di bilancio;
- verifica del rispetto dei vincoli per specifiche voci oggetto di assegnazione regionale (Prestazioni sanitarie e sociosanitarie, interessi passivi, RC Professionale ecc.);
- beni e servizi al lordo e al netto di utilizzi e contributi, con evidenza dell’andamento rispetto ai valori di assegnazione;
- verifica del margine relativo all’attività libero professionale, con evidenza delle strutture che hanno un primo e/o un secondo margine negativo ed il relativo posizionamento rispetto alla media regionale;

Inoltre, in occasione delle certificazioni trimestrali, saranno verificati i principali aggregati di ricavo e di costo.

In caso di emergente disallineamento della gestione rispetto alle assegnazioni, gli enti interessati, previo confronto con gli uffici regionali competenti, dovranno procedere alla redazione di un Piano di Rientro come previsto dalle normative nazionali e regionali in materia.

15.1.2. Verifica e chiusura delle posizioni creditorie/debitorie pregresse vs Regione ed Intercompany

A seguito dell'operazione parziale di chiusura centralizzata effettuata a fine 2022 (decreto 19091/2022), nel corso del 2023 le aziende sanitarie hanno concordato i piani di rimborso pluriennali delle partite ancora da regolare. Nel corso del 2026, pertanto, le aziende sanitarie interessate proseguiranno il riallineamento finalizzato alla regolazione delle poste contabili pregresse che intercorrono sulle posizioni intercompany degli enti sanitari, connesse al percorso metodologico introdotto a partire dall'anno 2018 (decreto n.6245/2019), fatte salve eventuali modifiche dei piani di rimborso basate su effettive e provate esigenze di liquidità da condividere con la controparte e con la U.O. Risorse Economico-finanziarie del SSR della Direzione Bilancio e Finanza.

Anche con riguardo alle ulteriori risorse contabilizzate sul conto "B.II.2.b.1) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per finanziamenti per investimenti" proseguiranno gli approfondimenti per giungere al riallineamento delle posizioni contabili, prevedendo momenti di confronto con gli enti sanitari del sistema sanitario regionale, nonché condividendo preventivamente, qualora necessario, il relativo percorso metodologico anche con i competenti Ministeri.

15.1.3. Pubblicazione Bilanci e Regole Trasparenza

Si rammenta l'obbligo di pubblicazione integrale dei dati di bilancio nel proprio sito internet entro trenta giorni dalla data di adozione e si richiama l'attenzione al rispetto degli adempimenti previsti dalla normativa sulla Trasparenza.

15.1.4. Dal percorso attuativo della certificabilità dei bilanci alla introduzione della contabilità accrual di cui alla riforma 1.15 PNRR.

A partire dal periodo post emergenziale Regione ha avviato le azioni per il consolidamento delle procedure di controllo interno delle aziende sanitarie pubbliche e delle procedure regionali di armonizzazione tra contabilità finanziaria, contabilità della Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) e contabilità delle aziende sanitarie pubbliche lombarde in esito al percorso attuativo della certificabilità dei bilanci.

Nel corso del 2026 tali azioni saranno orientate a garantire la coerenza con le previsioni del PNRR Riforma 1.15 – contabilità accrual (con particolare riferimento alla sperimentazione pilota in corso di svolgimento).

Con riferimento alle aziende sanitarie pubbliche le attività saranno volte a supportare l'internal audit, inteso estensivamente come la realizzazione di attività di accompagnamento destinate al personale delle aziende sanitarie appartenente ai diversi servizi e funzioni aziendali (ma con focus particolare sul personale del Servizio Economico Finanziario), che si trovi a svolgere la propria attività con l'utilizzo di procedure PAC che sono interessate dalle novità contabili della riforma accrual.

Obiettivo delle attività richieste è il rafforzamento del controllo interno aziendale, al fine di ottenere maggiore conformità sia al percorso attuativo della certificabilità dei bilanci, sia alla riforma accrual in corso di attuazione nella sua fase di sperimentazione pilota.

Gli interventi saranno volti, in continuità con gli ultimi anni, all'aggiornamento dell'analisi nell'ambito delle aziende sanitarie pubbliche (e, per quanto riguarda la GSA e il consolidato SSR, presso Regione) dei rischi e dei controlli con particolare attenzione ai rischi amministrativo-contabili, che rappresentano il focus principale delle procedure aziendali approvate e implementate in esito al percorso attuativo della certificabilità dei bilanci delle aziende sanitarie pubbliche, della GSA e del consolidato SSR.

In particolare, il lavoro riguarderà l'identificazione delle necessità e il conseguente aggiornamento delle check list delle procedure PAC delle aziende sanitarie in riferimento ad un quadro normativo in rapida modificazione.

Saranno anche approfonditi temi specifici di interesse regionale legati alla progressiva introduzione della contabilità accrual basata sugli standard contabili ITAS, al fine di garantire il più possibile una omogeneità di comportamenti contabili da parte delle aziende sanitarie pubbliche del SSR.

Nell'ambito della documentazione che costituisce parte integrante delle certificazioni economiche trimestrali e del bilancio d'esercizio annuale (*e più precisamente all'interno della relazione del Direttore Generale*) ciascuna Azienda sanitaria pubblica dovrà inserire apposito paragrafo dedicato al consolidamento del percorso PAC e all'introduzione della contabilità accrual; in tale sede le Aziende dovranno indicare le attività effettuate nel corso dell'anno (*sia la partecipazione a quelle definite a livello regionale, sia quelle decise a livello aziendale*), nonché fornire l'indicazione analitica delle procedure aziendali analizzate e di quelle modificate/aggiornate (*con gli estremi di identificazione e la data della versione/revisione approvata*).

15.2. Completezza e tempestività di flussi ed elaborazioni

Al fine di garantire la chiusura del bilancio di esercizio entro il 30 aprile, come da disposizioni di legge, dovranno essere tassativamente completati e chiusi i flussi di attività sanitari e sociosanitari, secondo il calendario di attività concordato con la D.G. Welfare, ed entro il 2 marzo dovranno essere messe a disposizione della DC Bilancio e Finanza le elaborazioni dei dati utili all'assegnazione definitiva delle risorse alle aziende da recepire nel decreto regionale per la chiusura dei consuntivi.

Successivamente a tali date non saranno ammesse modifiche ed eventuali correzioni dovranno essere considerate e registrate a titolo di sopravvenienza nell'esercizio successivo.

La responsabilità della chiusura dei flussi e delle elaborazioni dei dati entro le scadenze stabilite dovrà trovare idonea traduzione negli obiettivi e nei relativi indicatori dei Direttori competenti delle aziende sanitarie, di Regione Lombardia e di ARIA S.p.A..

15.3. Gestione finanziaria

Si conferma il ruolo di governance finanziaria in capo alle ATS a livello territoriale precisando la responsabilità in tema di erogazione dei saldi finanziari secondo competenza temporale al fine di garantire il puntuale rispetto dei tempi di pagamento e di evitare ricorsi ad anticipazioni di tesoreria.

Per garantire una corretta programmazione finanziaria e conseguente erogazione ai soggetti interessati viene confermato lo strumento denominato "*Scheda di raccordo Economico-Finanziario*".

Per l'anno 2026 la percentuale di trasferimento degli acconti mensili regionali alle strutture del sistema regionale è fissata nella percentuale massima del 95%. I saldi annuali saranno erogati a seguito delle assegnazioni definitive, della determinazione delle funzioni non tariffate, nonché sulla base delle rendicontazioni per le attività relative ai progetti finanziati con risorse del FSR corrente, le cui risultanze sono recepite nei bilanci d'esercizio delle aziende sanitarie pubbliche.

Si richiama il divieto di utilizzo dell'anticipazione di Tesoreria. Eventuali oneri legati all'utilizzo di anticipazione di tesoreria verranno valutati in sede di obiettivo dei Direttori Generali.

Qualora si manifestassero esigenze straordinarie di cassa, oltre i limiti dei finanziamenti assegnati, l'ente dovrà inoltrare apposita e motivata richiesta alla DG Welfare e alla Direzione Centrale Bilancio e Finanza, al fine di ottenere eventuali anticipazioni finanziarie da restituire secondo un piano da concordare ai sensi di quanto disposto dalla L.R. 5 agosto 2014 n.24.

Sempre al fine di una puntuale gestione finanziaria si richiama l'attenzione delle U.O.C. Economico Finanziarie degli enti del sistema sanitario regionale a verificare che, in corso d'esercizio, vengano

inoltrate con la dovuta puntualità le istanze relative agli smobilizzi dei contributi in conto capitale (con particolare attenzione alle risorse PNRR) e degli specifici fondi accantonati, anche al fine di evitare un inappropriato utilizzo della cassa corrente, che non potrà più essere garantita a supporto di tale tipologia di pagamenti.

È richiamata l'attenzione degli enti del sistema sanitario regionale ad una puntuale gestione finanziaria delle risorse compreso lo smobilizzo dei crediti verso soggetti terzi al sistema oltre che ad una puntuale verifica dello stato di indebitamento.

15.3.1. Trasferimenti da Regione agli Enti Sanitari pubblici del Sistema Sanitario Regionale

I trasferimenti da Regione agli Enti Sanitari pubblici del Sistema Sanitario Regionale avverranno attraverso acconti mensili nella percentuale massima del 95% sulla base delle linee che saranno definite nell'apposita scheda di raccordo economico-finanziario.

Gli acconti mensili non considerano gli accantonamenti centralizzati (Fondi rischi e franchigie), in quanto la relativa cassa verrà erogata solo in seguito agli effettivi smobilizzi e su istanza motivata da inoltrare via PEC alla U.O. Economico Finanziario del sistema sociosanitario della DC Bilancio e Finanza.

15.3.2. Trasferimenti di cassa tra ATS ed erogatori di appartenenza territoriale

Si conferma il ruolo programmatorio delle ATS previsto dalla L.R. 23/2015 per favorire la governance del sistema sociosanitario anche a livello economico e finanziario.

Le ATS dovranno adottare una metodologia standardizzata e condivisa per il calcolo degli acconti mensili alle strutture pubbliche del proprio territorio, regolando le rimesse mensili sia in base al valore contrattato che alla reale produzione del singolo erogatore, in sinergia con la programmazione regionale. Le ATS oltre a garantire un regolare monitoraggio dovranno acquisire dalle strutture pubbliche, gli elementi necessari ad impostare un'adeguata programmazione dei flussi finanziari al fine di consentire la corretta pianificazione delle rimesse di cassa.

Trasferimenti verso erogatori pubblici

Per l'esercizio 2026 sarà necessario:

- garantire acconti mensili fino al 95% del valore riferito a tutte le prestazioni sanitarie, contratto/convenzione e non, della totalità degli erogatori pubblici di competenza territoriale, considerando sia le prestazioni effettivamente erogate e rendicontate dagli erogatori pubblici sia la situazione di cassa delle ATS, precisando che tale erogazione è omnicomprensiva;
- assicurare, agli aventi diritto, gli acconti relativi alle maggiorazioni tariffarie ex LR. n.7/2010, in misura non inferiore al 60% del valore dell'ultima validazione formale;
- garantire le rimesse di cassa con tempistiche che ragionevolmente consentano il rispetto delle scadenze maggiormente onerose (stipendi), e comunque entro 5 giorni dal ricevimento dei trasferimenti regionali, allo scopo di evitare il ricorso alle anticipazioni di tesoreria da parte dell'erogatore pubblico creditore;
- regolare i saldi infrannuali, laddove necessari, in accordo con i competenti uffici della DG Welfare; regolare i saldi definitivi entro 60 giorni dalla validazione regionale, compatibilmente con l'espletamento dei controlli di competenza, fatto salvo il contenzioso comprovato.

Trasferimenti verso erogatori privati

Per l'esercizio 2026 sarà necessario:

- garantire acconti mensili sulla base della media delle prestazioni sanitarie effettivamente erogate e rendicontate da ogni erogatore privato nei mesi precedenti, fino al limite massimo del 95% di tutte le prestazioni sanitarie a contratto/convenzione, comprese le funzioni non tariffate;
- assicurare, agli aventi diritto, gli acconti relativi alle maggiorazioni tariffarie ex L.R. 7/2010, in misura non inferiore al 60% del valore dell'ultima validazione formale;

- regolare i saldi infrannuali, laddove necessari, in accordo con i competenti uffici della DG Welfare;
- regolare i saldi definitivi entro 60 giorni dalla validazione regionale, compatibilmente con l'espletamento dei controlli di competenza, fatto salvo il contenzioso comprovato.

15.3.3. Pagamenti verso fornitori

Obiettivo anche per il corrente esercizio è il consolidamento del pieno allineamento dei tempi di pagamento da parte di tutte gli enti sanitari pubblici alle tempistiche previste dalla legge. La gestione dei pagamenti verso i fornitori deve garantire il rispetto delle scadenze delle fatture (30/60 giorni, fatto salvo i contratti vigenti con altre tempistiche).

Si richiama il rispetto degli adempimenti previsti dal D.P.C.M 22/9/2014: Indicatore di tempestività dei pagamenti.

Nel 2026 dovrà proseguire il rafforzamento delle attività di alimentazione dei dati da aggiornare sulla Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC), ponendo attenzione alla completezza delle informazioni trasmesse e all'allineamento delle stesse con le risultanze del sistema contabile.

Particolare attenzione dovrà essere prestata alla gestione del debito scaduto e delle poste in contenzioso.

Si richiamano sul punto gli adempimenti previsti dalla legge di Bilancio 2019 (L.145/2018) ed in particolare da quanto stabilito ai commi 860, 861, 865, 866, 867 e 870 dell'articolo 1 in materia di tempi di pagamento e debito commerciale residuo.

Il rispetto dei tempi di pagamento e la corretta e completa alimentazione della PCC, saranno considerati obiettivi dei Direttori Generali; occorrerà rendicontare nelle relazioni dei Direttori Generali a corredo dei CET, segnalando altresì eventuali criticità rispetto agli adempimenti previsti dalla normativa.

15.3.4. Valutazioni sulle note di credito da ricevere

Si invitano gli enti del SSR ad effettuare una ricognizione delle partite registrate alla voce "*Note di credito da ricevere*" con anzianità di oltre 2 anni ed iscritte nei confronti di fornitori di beni e servizi. Si chiede di procedere ad una valutazione dell'effettiva sussistenza di tali registrazioni – anche con il supporto del collegio sindacale – e alla conseguente sistemazione contabile delle partite insussistenti, tramite la richiesta alla U.O. Risorse Economico-finanziarie del SSR di poter iscrivere le relative insussistenze/sopravvenienze passive nel Conto Economico durante il 2026. Per le partite che rimarranno iscritte nel bilancio consuntivo 2026 si chiede di indicare chiaramente in nota integrativa sia gli eventuali contenziosi/pendenze correlati sia l'esito della valutazione sul rischio di stralcio di tali voci.

15.3.5. Adempimenti LEA (Livelli Essenziali di Assistenza)

Il rispetto di tali adempimenti (Griglia Lea e Adempimenti MEF) costituirà obiettivo per gli enti sanitari del sistema sanitario regionale.

15.4. Area Controllo di Gestione

Continuerà nel 2026, anche alla luce della completa implementazione delle indicazioni di cui alla L.R. 22/2021 e della messa a regime del modello territoriale ex DM 77/2022, la valutazione relativa alla rendicontazione di costi e anagrafiche delle nuove articolazioni territoriali.

L'attenzione e la reportistica si concentreranno in particolare su:

- Case di Comunità e servizi attivati nelle stesse, potendo riconoscere il tipo di servizio sia dal cdc_std che dal codice della struttura (CUDES) intra Casa della Comunità
- Ospedali di Comunità
- COT, PUA e servizi correlati

- ADI e risorse PNRR a finanziamento
- Consultori
- Servizi garantiti sui distretti e specifici costi per linee di attività.

Le aziende, nell'ambito del proprio sistema di controllo direzionale, dovranno perseguire nell'utilizzo di strumenti che supportino la programmazione e il controllo, quali il budget annuale, un sistema almeno trimestrale di reporting di costi e ricavi per struttura complessa, un sistema di monitoraggio delle devianze dalla programmazione e di verifica e valutazione dei motivi che hanno portato alle stesse per attuare le necessarie azioni correttive, un sistema di benchmarking tra enti, nonché un conseguente sistema incentivante correlato al raggiungimento di obiettivi di efficacia ed efficienza che non si può quindi focalizzare su solo obiettivi qualitativi e di processo, ma che si deve orientare alla definizione di obiettivi oggettivamente misurabili sia in termini di quantità che di valore economico.

In particolare, nel 2026 saranno attivati strumenti e sistemi di monitoraggio che consentano di valutare, sia in termini di obiettivi che in termini di costi e ricavi, lo stato di attuazione del piano di sviluppo del territorio, rafforzando quindi le rilevazioni, sia contabili che gestionali, sulle articolazioni del territorio, essendo quelle sulle articolazioni ospedaliere già consolidate da tempo. In tal senso sarà sviluppata una reportistica che indicherà alle aziende come allinearsi a corretti modelli di rilevazione ai quali gradualmente nel tempo le stesse dovranno adeguarsi.

Nel 2026, proseguirà la condivisione della reportistica relativa alla qualità del dato rendicontato al fine di segnalare alle aziende eventuali errori e condividere proposte per migliorare la qualità del dato complessivo e potenziare l'efficacia degli strumenti di raccolta dati, nonché fornire sia a Regione Lombardia che alle aziende del S.S.R. strumenti di valutazione e monitoraggio del trend dei costi, della correlata produzione e della performance.

Come avvenuto negli anni precedenti, per quanto attiene al modello CP (Conto di Presidio), che costituisce debito informativo nei confronti del Ministero della Salute ai sensi del Decreto 24 Maggio 2019, dal flusso di contabilità analitica sarà resa disponibile sul portale di governo una prima bozza sulla base della quale gli enti potranno formulare il modello definitivo apportando, come da linee guida regionali, quelle modifiche che rendono più leggibile il dato per il Ministero, senza però stravolgere l'impostazione desunta dal flusso di contabilità analitica, per il quale è richiesta, a consuntivo, la maggiore attendibilità possibile rispetto agli effettivi accadimenti contabili e gestionali.

Nel 2026 sarà sviluppato un modello che allinei le rendicontazioni di contabilità analitica rispetto alle rilevazioni di contabilità generale articolando i conti e i fattori produttivi non come da attuale modulo 1 di quadratura, ma sulla logica dei conti del modello CP.

Questo per consentire agli enti di trimestre in trimestre di intervenire sulle rendicontazioni di contabilità analitica affinché il flusso consuntivo annuale sia il più possibile allineato alla logica del Modello CP. L'obiettivo è quello, nell'arco di un triennio, di modificare in modo sostanziale l'attualo modulo di quadratura per ASST e IRCCS così da consentire la massima coerenza tra costi rilevati nei fattori produttivi di Coan e costi attesi per conto di CP rispetto a quanto rendicontato nel flusso trimestrale di contabilità generale.

Proseguirà anche nel 2026 una verifica del corretto utilizzo delle cudes rispetto alla natura dei centri di costo.

Relativamente al modello LA, lo stesso dovrà essere fornito in concomitanza con il CE consuntivo (quale allegato al bilancio di esercizio), eventualmente modificando la riarticolazione sui vari livelli di assistenza sulla base delle indicazioni fornite a seguito della valutazione del modello LA provvisorio elaborato sui dati del IV CET. Con riferimento al modello LA, si richiede agli enti di fare tesoro delle segnalazioni fornite da Regione, sia relativamente alla versione provvisoria che a quella definitiva dell'anno precedente, e si suggerisce caldamente di fare, per singolo livello e sub livello, una verifica del trend degli ultimi 2-3 anni al fine di validare un modello, sia in fase provvisoria che definitiva che

sia coerente rispetto al passato. Il MdS effettua infatti verifiche periodiche sui dati, come avvenuto nel 2023 (anni 2019-2022), rispetto alle quali richiede riscontri e approfondimenti che sarebbe auspicabile non dover fornire, garantendo quindi coerenza e linearità dei dati rendicontati. Relativamente al modello LA, quindi, si richiama alla maggiore attenzione possibile nella compilazione del format definitivo, così da non generare errori casuali che non erano presenti nel modello LA provvisorio.

In particolare, si richiama l'attenzione sulla compilazione dei seguenti livelli:

- Assistenza presso strutture sanitarie interne alle carceri 2L100: che deve essere coerente sia con quanto rilevato sul cdc_std 2200100 sia con quanto formalizzato all'U.O. Risorse Economico-Finanziarie del Sistema Socio-Sanitario per le specifiche assegnazioni di contributi nel consuntivo (dati rendicontati nel flusso COAN relativo al IV trimestre)
- Attività di pronto soccorso 3A100: con particolare attenzione all'ammontare complessivo dei costi, al trend degli ultimi tre anni e all'articolazione degli stessi nei tre sub livelli
- Cure Domiciliari 2H110: il cui ammontare di costi deve essere coerente con il trend previsto dall'obiettivo di PNRR e con la correlata assegnazione di risorse
- Medicina convenzionata (MAP e PLS) coerenza dei valori registrati sui corrispondenti livelli del modello LA (Assistenza sanitaria di base, Continuità assistenziale) e quanto rilevato sia a bilancio nei conti relativi all'acquisto di prestazioni sia in Storcedo/scheda allegata al bilancio "tabelle di dettaglio map pls".
- Totale costi per attività di ricerca 48888: per la quale è richiesta la compilazione non solo per gli IRCCS, ma per tutte le ASST che, a diverso titolo e con fonti di finanziamento differenti, svolgono attività di ricerca. In particolare, si richiama l'attenzione sia sulla coerenza con quanto registrato nel flusso coan relativamente ai cdc_std sequenza locale 70-75, sia con l'ammontare delle fonti di finanziamento. Si ricorda a tal proposito che la ricerca è, tipicamente, finanziata con contributi vincolati che, laddove non utilizzati, confluisco in conti di accantonamento che puntano al CEMIN BA2780 accantonamenti per quote inutilizzate contributi vincolati, non rilevato nei costi del modello LA, pertanto, i costi da registrarsi su tale livello sono quelli al netto degli accantonamenti.

Al fine di garantire la qualità dei flussi informativi nei confronti del Ministero della Salute, è imprescindibile che la contabilità analitica sia affidabile nel rappresentare la situazione aziendale nei diversi presidi e articolazioni territoriali (intesi come aggregazioni di strutture identificate come CUDES nei flussi regionali, comprensive dei livelli di assistenza/linee di attività inerenti alle Case di Comunità, COT, Ospedali di Comunità). Fermo restando che, tali flussi, dovranno necessariamente essere in quadratura con i valori indicati in contabilità generale e in coerenza con le indicazioni provenienti dai referenti regionali. In particolare, le aziende dovranno evitare di utilizzare impropriamente i centri di costo comuni e di quadratura e dovranno valorizzare correttamente eventuali scambi di prestazioni o servizi tra presidi e i costi delle attività territoriali, con particolare attenzione al personale ospedaliero eventualmente prestato ad esse a tempo parziale.

Nel corso del 2026 al bisogno potranno essere attivate, come negli anni precedenti, rilevazioni ad hoc, sia nell'ambito del flusso che extra-flusso per la rilevazione di costi connessi a fenomeni specifici.

15.4.1. Nuove linee guida controllo di gestione privati

Le linee guida della contabilità analitica per gli enti privati sono state aggiornate e verranno condivise, prima della formalizzazione, con gli enti mediante trasmissione di documentazione e riunioni di coordinamento.

Le linee guida aggiornate, che prevedono nuovi centri di costo e nuovi fattori produttivi, diventeranno operative a partire dall'anno 2026 per la contabilità che verrà trasmessa nel 2027.

Tutte le strutture ospedaliere private accreditate assolvono il debito annuale di trasmissione della contabilità analitica per centro di costo, come previsto dalla DGR N. XII/2854 del 29/07/2024.

Nel periodo compreso tra ottobre e novembre 2026 alle strutture verrà trasmesso un'indicazione sull'apertura del portale per il caricamento dell'anno 2025. Ogni struttura deve dotarsi di un referente per la contabilità analitica, che si accredita al portale compilando il form di autorizzazione all'accesso. A questo referente saranno trasmesse le comunicazioni.

La mancata trasmissione dei dati richiesti comporta l'esclusione delle strutture dal processo di calcolo degli standard di costo per le Funzioni e di conseguenza una preclusione all'accesso alle risorse disponibili.

15.5. Razionalizzazione della spesa, efficientamento del sistema ed obiettivi economici dell'aggregato costi beni e servizi

Per il 2026 le azioni riguardanti la razionalizzazione della spesa sanitaria nell'aggregato dei Beni & Servizi per il perseguimento dell'obiettivo di efficientamento e di miglioramento dell'appropriatezza nell'uso dei fattori produttivi dovranno esser particolarmente incidenti per garantire l'equilibrio economico-finanziario di sistema.

In particolare, le linee d'azione 2026 dovranno:

- garantire, in continuità con gli anni precedenti, il conseguimento di risparmi derivanti dall'adesione piena e puntuale al sistema di acquisti centralizzati (Aria S.p.a. e Consip S.p.A.) e aggregati.
- mettere in atto in modo puntuale tutta la programmazione gare che verrà concordata a livello centralizzato;
- supportare la funzione acquisti attraverso anche le analisi della funzione controllo di gestione, utilizzando i benchmarking regionali e nazionali;
- migliorare i costi dei processi sanitari nella loro interezza;
- migliorare l'accuratezza nella definizione degli obiettivi sui consumi dei fattori produttivi a maggiore impatto di spesa (in particolare per i dispositivi medici ad alto costo) con verifica e azioni correttive in corso d'anno.

Le azioni di efficientamento riguarderanno anche i costi del personale strutturato e non strutturato.

Le assegnazioni preventive di bilancio per il 2026 e le successive integrazioni in corso d'esercizio per l'aggregato dei Beni & Servizi saranno definite in funzione:

- del pieno rispetto dell'equilibrio economico di sistema.
- degli obiettivi produttivi da garantire anche in funzione dell'abbattimento delle liste di attesa.

Tramite riunioni specifiche con la DG Welfare al fine di garantire l'equilibrio economico-finanziario del sistema si procederà alla costruzione congiunta del Bilancio preventivo 2026, ove sarà concordata l'adozione di azioni mirate ad un uso più efficiente delle risorse disponibili al fine di ottimizzare la spesa e generare risparmi per il sistema.

A conclusione dei lavori sarà redatta una scheda di azioni di efficientamento e dei target obiettivo di risparmio per i vari aggregati di spesa.

Il rispetto della scheda e degli obiettivi economici per singola area costituiranno obiettivi strategici dei Direttori Generali.

Nel corso dell'anno le Agenzie e le Aziende del SSR sono tenute a garantire il monitoraggio strutturato e sistematico del livello assegnato dei costi per Beni & Servizi tenendo conto dei livelli e delle aree di produzione e rappresentato in sede di Certificazione Trimestrale.

Si sottolinea la responsabilità gestionale affidata alle direzioni strategiche che sono tenute a perseguire obiettivi di equilibrio del bilancio basati su percorsi di razionalizzazione della spesa a livello aziendale di natura strutturale.

15.6. Sistema degli acquisti del SSR

I vari soggetti costituenti la rete degli acquisti del SSR, (ARIA Spa, singoli Enti SSR Lombardo anche in forma aggregata) coordinati dalla DG Welfare, dovranno perseguire un ottimale equilibrio nella suddivisione della programmazione integrata, al fine di evidenziare le procedure da centralizzare in termini di costo/opportunità, tenendo conto dei vincoli definiti, allo stato, dalla Legge n. 296/2006 Finanziaria per il 2007, dall'art. 1, comma 3 ter della Legge Regionale 28 dicembre 2007, n. 33 e dal DL 66/2014 e relativa DGR 3440/2015: istitutiva del Tavolo tecnico regionale degli Appalti.

Nel corso del 2026 DG Welfare sosterrà la centralizzazione degli acquisti anche mediante una maggiore cooperazione tra ARIA Spa e gli Enti Sanitari sulla base dei ruoli e delle specifiche competenze maturate dagli stessi sulla merceologia oggetto dell'acquisto e in forza di accordi di collaborazione da stipularsi ai sensi dell'art. 15 della Legge 241/90 (Sistema di convenzionamento ARIA- Ente SSR) a beneficio dell'efficienza e dell'economicità del sistema di procurement. Tale accordo sarà oggetto di un'analisi per recepire eventuali miglioramenti che tenga conto dell'esperienza fino ad ora maturata, al fine di introdurre una semplificazione amministrativa, e al fine di una maggiore applicabilità da parte degli Enti, tenendo conto di una precisa suddivisione e responsabilità delle fasi di acquisto tra ARIA (Rup di progetto) e Enti (RUP di affidamento).

Tale collaborazione persegue il fine di raggiungere un livello ottimale di soddisfacimento delle reali esigenze avvertite dai singoli Enti del SSR, in considerazione delle peculiarità e complessità del sistema sanitario, che rende necessario il coinvolgimento di rappresentanti delle realtà territoriali, in ogni fase del ciclo di vita dei contratti.

Infatti, la cooperazione degli Enti SSR è necessaria non solo in fase di programmazione, per la definizione dei fabbisogni ma anche nella fase di progettazione della gara eprecisamente attraverso la partecipazione ai Tavoli Tecnici, per la definizione dei capitolati tecnici, nonchè nella successiva fase di affidamento, attraverso la partecipazione dei professionisti alle commissioni giudicatrici e nella successiva fase di esecuzione, per la soluzione delle problematiche ivi connesse.

15.6.1. Sistema Regionale di e-procurement

La parte II del libro I del Codice dei Contratti Pubblici (D.Lgs. n. 36/2023) stabilisce le disposizioni relative alla digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti pubblici, ponendo l'accento sulla necessità di utilizzare piattaforme e servizi digitali infrastrutturali per la gestione di tutte le attività e i procedimenti amministrativi. In particolare, l'art. 19, c. 3, stabilisce che le attività connesse al ciclo di vita dei contratti pubblici debbano essere svolte digitalmente, in linea con il Codice dell'Amministrazione Digitale (D.Lgs. n. 82/2005). L'art. 19, c. 8, incarica le Regioni e le Province Autonome di garantire il rispetto delle disposizioni nazionali, nonché di supportare le stazioni appaltanti e gli enti concedenti nell'attuazione di queste misure.

Regione Lombardia ha già adottato con la L.R. n. 33/2007, l'indicazione di utilizzare la piattaforma regionale di e-procurement per tutte le fasi del ciclo di acquisto. La piattaforma comprende diversi moduli, tra cui:

- Modulo programmazione e Sistema Regionale Farmaci (SRF) per la gestione dei fabbisogni;
- SINTEL per le fasi di pubblicazione e affidamento degli acquisti;
- Negozio elettronico NECA e PECP per la fase di esecuzione del contratto.

Dal 1° gennaio 2024, la piattaforma regionale di e-procurement è stata certificata come "Piattaforma di approvvigionamento digitale" ai sensi dell'art. 25 del Codice dei Contratti, allineandosi così alle normative nazionali. Sarà pertanto compito di ARIA sviluppare la piattaforma secondo tutti i requisiti dettati dalla normativa vigente e integrare, su indicazione di Regione Lombardia, eventuali ulteriori funzionalità di procurement richieste dagli Enti e al momento non presenti. In

particolare, la sostenibilità e l'opportunità dell'implementazione delle richieste sarà valutata da ARIA e dagli uffici competenti della DG Welfare.

Per garantire l'efficacia della digitalizzazione e l'integrazione dei dati nei flussi ministeriali e regionali (ad esempio, flusso contratti, relazione trimestrale sugli acquisti, verifica semestrale delle proroghe, incentivi per le funzioni tecniche), è fondamentale che gli Enti SSR rispettino l'obbligo di una compilazione corretta e completa di tutti i campi previsti dai moduli applicativi della piattaforma. Questo garantisce la validità e l'affidabilità dei dati inseriti e favorisce la trasparenza e l'efficienza nei processi di acquisto e gestione dei contratti.

15.6.2. Ambiti di aggregazione

Con l'obiettivo di pervenire ad una programmazione integrata di cui al comma 3 ter della LR n. 33/2007 e dall'art.5 della DGR n. X/3440 del 24/04/2015, il Tavolo Tecnico degli Appalti definisce la programmazione integrata degli acquisti. Alla luce della normativa vigente, si conferma l'obbligo di acquisto da parte degli Enti Sanitari per il tramite del Soggetto Aggregatore regionale – ARIA S.p.A. – o in subordine nazionale – Consip S.p.A. – di forniture e servizi compresi nelle categorie merceologiche e relative soglie di spesa previste dai DPCM ai sensi dell'articolo 9, comma 3, del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 luglio 2014, n. 89 e di tutte le merceologie per le quali è stata definite la centralizzazione in seno al Tavolo Tecnico regionale degli Appalti (TTA) e in coerenza con l'art.1 comma 449 della Legge n. 296/2006.

Viene costituito un gruppo di lavoro per attività di coordinamento di condivisione tra ARIA e DG Welfare propedeutica al TTA.

Il tavolo tecnico sarà composto da rappresentanti di ARIA, della DG welfare e di enti del SSR. Con congruo anticipo rispetto alle riunioni del TTA, ARIA condivide al gruppo i fabbisogni raccolti per il SSR, in modo che quest'ultimo possa identificare le categorie più opportune da proporre al Tavolo Tecnico come suddivisione tra ARIA e Enti.

Per le esigenze di approvvigionamento in ambiti merceologici da DPCM, qualora non sia già attiva una Convenzione di ARIA, di Consip o di altro Soggetto Aggregatore indicato da ARIA, è necessario richiedere ad ARIA le tempistiche previste per l'apertura delle relative convenzioni: ARIA, in funzione della previsione della disponibilità della nuova convenzione ARIA o di altri soggetti aggregatori, fornirà indicazioni sulle possibilità e le tempistiche di adesione. Al fine di garantire la continuità dei servizi sanitari, in caso di conferma da parte di ARIA di assenza di convenzioni disponibili, gli Enti possono esperire una procedura di acquisto autonoma senza ulteriori autorizzazioni, prevedendo le opportune clausole contrattuali di recesso anticipato, al fine di soddisfare i propri fabbisogni. Nei tavoli di monitoraggio saranno valutati i vari comportamenti di acquisto e le tempistiche di adesione nell'ottica di efficientamento della spesa.

In attesa dell'esito dei ricorsi su procedure centralizzate, ARIA continuerà a fornire informazioni sullo stato di avanzamento di questi ultimi che possono avere un impatto sulla gara o sulla convenzione, in modo che ogni Ente, nella propria responsabilità e con provvedimento motivato, possa valutare il miglior momento di adesione al fine di ridurre i rischi organizzativi ed impatti economici legati ad un cambio di appalto multiplo, in particolare per il settore dei servizi DPCM. Gli Enti che hanno conferito i propri fabbisogni ad ARIA dovranno approvvigionarsi autonomamente (o con aggregazioni ex post, se disponibili) con un contratto ponte fino alla data di attivazione dell'iniziativa centralizzata, inserendo apposita clausola di recesso anticipato (modalità e tempistiche di adesione saranno oggetto di confronto nei tavoli di monitoraggio nell'ottica di efficientamento della spesa). Le modalità di esecuzione della procedura ponte e il periodo di copertura dei fabbisogni saranno responsabilità dei singoli Enti, fermo restando l'obbligo di adesione alla procedura centralizzata.

Verrà attuato da parte di DG Welfare, con la collaborazione di ARIA e degli enti, un sistema di monitoraggio del comportamento di acquisto degli Enti Sanitari atto a verificare il soddisfacimento dei

fabbisogni del sistema da parte del soggetto aggregatore negli ambiti di competenza stabiliti nella programmazione integrata nell'ambito del TTA, oltre al livello di adesione alle convenzioni ARIA con l'obiettivo di aumentare il livello di aggregazione regionale raggiunto e ridurre il numero di proroghe extracontrattuali effettuate in attesa di convenzioni centralizzate.

15.6.3. Gruppo di monitoraggio della rete acquisti

DG Welfare costituirà un tavolo di lavoro con l'obiettivo di monitorare la rete degli acquisti del SSR, con particolare riferimento ai beni e servizi:

- Benchmark per le principali categorie
- Monitoraggio di incrementi di prezzo rispetto ai costi storici
- Qualità/criticità dei prodotti/servizi aggiudicati ed eventuali azioni correttive
- Stato di avanzamento della programmazione integrata
- Proposta di categorie di beni e servizi da condividere con il tavolo tecnico propedeutico al TTA per lo svolgimento aggregato da parte degli Enti a supporto di ARIA.

Per la costituzione del gruppo verrà chiesto alle ASST/IRCCS di esprimere un rappresentante per ogni ATS, oltre ad un rappresentante per le ATS.

Al gruppo di lavoro verrà chiesta la partecipazione di ARIA per gli argomenti di competenza.

15.6.4. Procedure centralizzate e collaborazione con il soggetto aggregatore ARIA S.p.A.

Al fine di perseguire la massima integrazione del Sistema acquisti regionale aumentare il livello di aggregazione e ridurre il numero di proroghe extracontrattuali, è richiesta agli Enti del SSR Lombardo una attiva partecipazione alle diverse fasi del ciclo degli acquisti del soggetto aggregatore ARIA:

Fase di Programmazione: al fine di garantire un tempestivo svolgimento delle gare, necessario per assicurare una sempre maggiore copertura dei fabbisogni attraverso acquisti centralizzati, gli Enti sanitari sono tenuti a:

- trasmettere al Soggetto Aggregatore regionale ARIA S.p.A., entro le scadenze comunicate (mediamente 20 giorni e proporzionate alla complessità dell'appalto), i propri fabbisogni di acquisto. Dette trasmissioni dovranno avvenire attraverso la Piattaforma regionale di eProcurement e, nello specifico, il Modulo Programmazione;
- realizzare una programmazione degli acquisti, anche effettuati tra Enti in Unione tra loro, al fine di aggregare i fabbisogni che non rientrano in procedure centralizzate, in particolare per le forniture che necessitano di forti personalizzazioni legate all'organizzazione sanitaria (esempio: ambito laboratori), affinchè si approvi nel TTA la migliore modalità di gestione della gara;
- cooperare con il Soggetto Aggregatore regionale, con l'obiettivo di aumentare i livelli di omogeneizzazione delle forniture e dei servizi adottati dal Sistema Sanitario e al contempo migliorare la qualità dei servizi resi ai cittadini, partecipando allo svolgimento di Gare Centralizzate secondo le modalità stabilite dal sistema di convenzionamento ARIA-Ente Sanitario.

Fasi di Progettazione e Pubblicazione: è richiesto agli Enti di assicurare la propria partecipazione allo svolgimento dei lavori di progettazione delle gare centralizzate, fornendo i nominativi di propri professionisti ai fini della relativa partecipazione ai Tavoli Tecnici incaricati della predisposizione dei capitolati tecnici e dei correlati atti di gara. ARIA effettuerà le richieste dei nominativi di tali professionisti agli Enti Sanitari che sono tenuti a darne riscontro entro le tempistiche indicate nella richiesta. La richiesta di costituzione dei tavoli tecnici verrà sempre inoltrata da ARIA a DG Welfare per valutare l'indicazione di un componente regionale.

DG Welfare valuterà con ARIA la possibilità di costituire tavoli tecnici permanenti su temi specifici, coinvolgendo i professionisti degli Enti e, ove pertinente, le Società Scientifiche.

Gli Enti provvedono inoltre a trasmettere tempestivamente (mediamente 20 giorni e proporzionate alla complessità dell'appalto), attraverso l'apposito modulo della piattaforma regionale di e-Procurement (moduli Fabbisogni *On Line* – FOL e Sistema Regionale Farmaci – SRF) i fabbisogni specifici in risposta alle richieste di ARIA per le categorie previste nella programmazione approvata dal TTA. Tali fabbisogni saranno considerati da ARIA per la definizione delle basi d'asta delle gare e per la determinazione dei massimali specifici che verranno assegnati ai singoli Enti Sanitari (vedi Fase di Esecuzione).

Fase di Affidamento: è indispensabile che gli Enti SSR forniscano tempestivamente su richiesta di ARIA un elenco di nominativi utili alla composizione delle Commissioni giudicatrici delle gare centralizzate affinché sia rispettata una pianificazione efficace delle sedute di ogni Commissione giudicatrice al fine del rispetto dei vincoli normativi imposti per i tempi procedimentali delle gare. È altresì indispensabile garantire la partecipazione costante dei Commissari alle sedute di gara per pervenire in tempo utile alle aggiudicazioni: a tal fine ARIA si avvarrà di tutti gli strumenti informatici consentiti dalla normativa al fine di condividere i dati e riunire i commissari a distanza.

Fase di Esecuzione: con l'obiettivo generale di garantire continuità di fornitura al Sistema Sanitario nel suo complesso:

- il fabbisogno comunicato da ciascun Ente in fase di progettazione della gara sarà reso disponibile- in funzione della singola merceologia- ai singoli Enti sanitari sulla base dei fabbisogni espressi nella fase della progettazione della gara e dell'andamento degli specifici consumi rilevati dall'Ente stesso e dagli altri Enti del Sistema Sanitario. L'assegnazione dei quantitativi agli Enti sarà gestita in modo da garantire la flessibilità necessaria per rispondere a eventuali variazioni nelle esigenze. Gli Enti sono chiamati a richiedere l'adeguamento dei massimali specifici, per la quota eccedente quanto espresso nella rilevazione fabbisogni, attraverso le apposite funzionalità della piattaforma regionale di e-procurement (modulo NECA), mentre è compito di ARIA assicurare il 100% del fabbisogno espresso da ogni singolo Ente al fine di semplificare l'adesione pluriennale e i relativi adempimenti amministrativi;
- gli Enti Sanitari sono tenuti ad emettere, per ciascun acquisto di beni e servizi, gli Ordinativi di Fornitura (OdF) e le relative Richieste di Consegna (RdC) attraverso le apposite funzioni della Piattaforma Regionale di eProcurement (Moduli NECA);
- con cadenza semestrale i *massimali specifici* delle iniziative ARIA assegnati agli Enti e non utilizzati potranno essere ridotti da ARIA, previo esplicito consenso degli Enti interessati, e utilizzati per rispondere alle esigenze di altri Enti;
- gli Enti Sanitari comunicheranno sistematicamente ad ARIA, attraverso apposito modulo di reclamo NECA, le relative contestazioni inerenti all'esecuzione delle Convenzioni Centralizzate e la successiva soluzione, se realizzata;
- gli Enti Sanitari sono tenuti a rispondere nei tempi e nei modi previsti alle rilevazioni di *customer satisfaction* e alle visite ispettive (Audit) sulle Convenzioni, svolte da ARIA;
- gli Enti Sanitari dovranno gestire i contratti attuativi delle Convenzioni ARIA e utilizzare la funzionalità "Reclami" del modulo NeCA per le contestazioni relative alla non corretta applicazione delle clausole contrattuali previste nelle Convenzioni ARIA, con particolare attenzione alle clausole sociali e ai criteri di sostenibilità ambientale e sociale e rispondere alle richieste sul tema ricevute da ARIA.
  Gli Enti Sanitari dovranno inoltre comunicare ad ARIA le penali eventualmente comminate ai fornitori e i recessi.
  ARIA effettuerà il monitoraggio in corso di esecuzione delle Convenzioni in ordine al relativo andamento anche mediante estrazione dei dati da NeCA.
- ARIA è tenuta a gestire centralmente tutte le procedure di revisione dei prezzi delle convenzioni o accordi quadro stipulati dal soggetto aggregatore, nei tempi e nei modi previsti dalla normativa di riferimento e dalla lex specialis di gara.

15.7. Sistema regionale di monitoraggio forniture e servizi

15.7.1. Farmaci e vaccini

Nell'ottica dell'efficientamento della spesa farmaceutica la DG Welfare, con la collaborazione di ARIA, implementerà un cruscotto di monitoraggio dei consumi e degli acquisti di farmaci da parte degli Enti SSR. I dati rilevati saranno oggetto di confronto tra la DG Welfare e i singoli Enti per un efficientamento della spesa e per la eventuale costituzione di tavoli di lavoro per tematiche specifiche.

15.7.2. Dispositivi medici

Nel corso dell'anno verrà implementato un sistema di controllo della spesa di dispositivi medici e avviati tavoli tecnici di confronto con gli Enti al fine di verificare la coerenza con la programmazione della spesa prevista nei bilanci.

15.7.3. Flusso consumi Dispositivi Medici

Gli indicatori degli adempimenti LEA prevedono:

- La trasmissione dei dati di tutte le aziende sanitarie riferite a tutti i mesi del periodo gennaio-dicembre 2026. Nel caso di non invio di consumi da parte degli enti, in una mensilità, dovrà essere inviata nota formale da parte delle Direzioni Aziendale alla DG Welfare attestante il mancato invio e la motivazione.
- La spesa rilevata nel periodo gennaio-dicembre 2026 deve coprire il 90% dei costi rilevati dal Modello di Conto Economico (voci B.1.A.3.1. Dispositivi medici e B.1.A.3.2. Dispositivi medici impiantabili attivi).

Il metodo di calcolo può essere variato dal Comitato LEA.

15.7.4. Flusso Contratti

Gli indicatori degli adempimenti LEA prevedono che la percentuale di numeri di repertorio, presenti sia nel flusso consumi sia nel flusso contratti con riferimento ai contratti attivi per l'anno 2026 è considerata in miglioramento, rispetto ai dati consolidati 2020 (per la Lombardia >70%), se viene confermata una percentuale maggiore o uguale al 70% anche per l'anno 2026.

Il metodo di calcolo può essere variato dal Comitato LEA.

Il sistema di rilevazione permette di integrare i dati dei Contratti con le informazioni già presenti in altri Sistemi regionali facilitando quindi la rendicontazione per le Aziende; tale sistema denominato Flusso Contratti Regionale traccia i contratti stipulati dalle Aziende per qualsiasi prodotto/servizio, al pari di quanto inserito precedentemente nell'Osservatorio Acquisti.

15.7.5. Flusso informativo per il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie in uso presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate

Come stabilito dal decreto del 22 aprile 2014, tutte le strutture sanitarie (pubbliche, private accreditate e non accreditate) devono alimentare correttamente il flusso informativo NSIS e aggiornare le grandi apparecchiature già inserite, seguendo le istruzioni disponibili nel portale ministeriale entro il 31/12. Le ATS verificheranno il corretto caricamento delle apparecchiature nelle strutture private. Il Ministero della Salute stabilirà eventuali nuove categorie di apparecchiature soggette a rilevazione. I dati raccolti saranno utilizzati dalla commissione ASAT della DG Welfare per la verifica delle istanze di acquisizione o sostituzione delle apparecchiature.

15.7.6. Proroghe dei contratti di appalto

Ai sensi dell'Allegato I.3 del Codice dei contratti pubblici, i termini delle procedure di appalto e di concessioni (art.17, comma 3 del D.Lgs. n.36/2023), le procedure di gare d'appalto devono concludersi, anche per i soggetti aggregatori, nei termini indicati dal succitato allegato, ove venga utilizzato sia il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa basato sul migliore rapporto qualità prezzo che al prezzo più basso. Viene confermato quanto previsto nelle precedenti regole di sistema

con riguardo alle proroghe, per le quali la nuova formulazione contenuta nell'art. 120 del D.Lgs. 36/2023 (ex art. 106 del D.Lgs. 50/2016) distingue tra:

- proroghe contrattuali di cui al comma 10, predeterminate dalla Stazione Appaltante, previste dagli atti di procedura e che concorrono alla determinazione dell'importo stimato;
- proroghe tecniche di cui al comma 11, per cause non imputabili alla Stazione Appaltante, atte a garantire continuità di servizio e fornitura nelle more di conclusione della procedura di gara e per il tempo strettamente necessario.

L'obiettivo è la riduzione del numero di proroghe e di acquisti non aggregati in capo agli Enti Sanitari, indipendentemente dalla natura specifica. DG Welfare richiederà a tutti gli Enti per l'anno 2026 una verifica semestrale delle procedure d'acquisto effettuate e delle proroghe di contratti esistenti o procedure di acquisto autonome effettuata in assenza di Convenzione centralizzata attiva, in conformità al quadro normativo esistente. La stessa dovrà essere inviata, con la relazione trimestrale sugli acquisti, entro il 15 luglio 2026 e il 15 gennaio 2027 a chiusura rispettivamente del I e II semestre.

Nella rilevazione è prevista l'indicazione della causa della proroga/procedura autonoma in particolare se motivata da ritardo delle procedure centralizzate.

15.7.7. Rilevazione trimestrale degli acquisti

Tale rilevazione consente agli Enti del SSR lombardo di raccogliere e comunicare alla DG Welfare i dati relativi alle adesioni a gare ARIA e CONSIP, gare aggregate ed aggiudicazione di gare autonome con riguardo al periodo trimestrale di riferimento.

15.8. Incentivi per le funzioni tecniche ex art. 45 D.LGS. 36/2023

DG Welfare ha costituito un tavolo di lavoro con i professionisti del SSR al fine di condividere una linea guida per l'applicazione degli incentivi per le funzioni tecniche alla luce delle evoluzioni normative e giurisprudenziali, nonché dei vincoli di bilancio Regionale: si richiede a tutti gli Enti del SSR di aggiornare/approvare il relativo regolamento con gli opportuni aggiornamenti.

Tale linea guida è stata comunicata con circolare della DG Welfare ed è da applicare agli incentivi erogati nel 2026, quindi generati dalle procedure di gara svolte nel 2025.

15.9. Funzione di Internal Auditing

Si richiamano i contenuti della DGR n. XI/6387/2022 (Regole 2022) e della DGR n. XI/6026/2022 (Linee guida adozione POAS), al fine in particolare di garantire l'attuazione concreta della segregazione delle funzioni.

Si raccomanda di rafforzare ulteriormente il "commitment" da parte della Direzione Generale, in maniera tale da mettere in condizione la Funzione Internal Auditing di contribuire al miglioramento dei processi ed al raggiungimento degli obiettivi aziendali.

Proseguiranno le iniziative formative regionali e l'attività di coordinamento della rete da parte di ORAC nell'ambito delle funzioni di cui all'art. 3, comma 1, lettera h) della Legge regionale n.13/2018.

In tal senso si prevederà anche nell'anno 2026 la possibilità di partecipazione dei Responsabili Internal Audit (RIA) a corsi di formazione su diversi temi specifici.

Si ribadisce l'invito agli Enti a sviluppare il più possibile le attività di networking, al pari di esperienze già in atto in altri settori, con la disponibilità al reciproco supporto tecnico-specialistico sulle tematiche specifiche oggetto di audit, per potenziare le conoscenze e mettere a fattor comune professionalità già acquisite in ambiti specifici.

Accanto ad una rete interaziendale dovrà essere costantemente mantenuta ed alimentata una rete intra-aziendale, in stretta sinergia con le altre funzioni aziendali dedite ai controlli. L'obiettivo cui

tendere progressivamente dovrà infatti essere la creazione di una Funzione RIA dotata di autonomia e indipendenza, provvista di risorse stabili e professionalmente competenti, incardinata sotto la Direzione Generale ed in stretto e costante coordinamento con la funzione RPCT, Controllo di Gestione e Qualità, al fine di creare un sistema integrato e coordinato dei controlli.

L'IA dovrà inoltre garantire un monitoraggio dei rischi adeguato, in rapporto ad organizzazione e attività dell'ente ed operare su pianificazione annuale e, in prospettiva, triennale.

Adempimenti ricorrenti:

- entro il 31 gennaio il RIA trasmetterà la Pianificazione dell'anno in corso dell'attività di audit
- entro il 31 gennaio Il RIA dovrà procedere all'invio di una Relazione annuale di monitoraggio delle attività di audit effettuate nell'anno precedente

Dovranno inoltre essere trasmessi prontamente da parte dei RIA gli aggiornamenti relativi alla collocazione organizzativa, alle procedure e alla dotazione della propria funzione.

I format e i contenuti delle relazioni sulle attività effettuate sono stabiliti dalla funzione di audit della Giunta e messi a disposizione sulle apposite sezioni del sito Beni e Servizi - Regione Lombardia, all'indirizzo https://www.bandi.regione.lombardia.it

Le comunicazioni relative agli aggiornamenti relativi a collocazione organizzativa, risorse, procedure, dotazione e formazione della funzione Audit sono trasmesse a Regione tramite mail dedicata.

15.10. Collaborazione tra Regione ed enti sanitari

Alla Regione è affidato il compito di realizzare, per il tramite dell'assessorato competente in tema di sistema sociosanitario e con il concorso degli enti del servizio sanitario, gli obiettivi di tutela della salute e la definizione e attuazione delle politiche sanitarie nel territorio di propria competenza. A tal fine ai Direttori generali degli enti sanitari pubblici vengono assegnati obiettivi di mandato e specifici obiettivi aziendali annuali, individuati sulla base degli atti di programmazione regionale, la cui realizzazione rende necessaria una forte sinergia e condivisione tra la DG Welfare e l'intera direzione strategica aziendale. In tale ottica, la competente direzione generale regionale potrà avvalersi anche di tutte le professionalità operanti nell'organizzazione delle strutture sanitarie pubbliche, sulla base delle specifiche competenze degli stessi e/o delle specificità, anche di carattere territoriale, poste di volta in volta dalle singole tematiche. Tale collaborazione si intende riferita anche alla possibilità di utilizzo da parte di RL dei beni strumentali dei suddetti enti.

Sarà cura della DG Welfare segnalare ai Presidenti degli IRCCS pubblici quanto individuato per gli altri enti sanitari, affinché ne possano tener conto nella definizione degli obiettivi delle Direzioni Generali dei propri istituti.

16. ATTORI, ORGANIZZAZIONI E PROCESSI

16.1. Giochi Olimpici Invernali 2026

16.1.1. Interventi infrastrutturali sulla rete del SSR finalizzati all'evento sportivo "Giochi Olimpici Invernali Milano-Cortina 2026" di cui alla DGR n. XII/2931 del 5 agosto 2024

ASST GOM Niguarda, e ASST Valtellina e Alto Lario sono chiamate a garantire il completamento degli interventi infrastrutturali ad essi affidati, quali soggetti attuatori, con DGR n. XII/2931/2024 entro e non oltre il 15 gennaio 2026 e a produrre tempestivamente alla DG Welfare, Unità Organizzativa Programmazione e Gestione dell'Edilizia Sanitaria e Sociosanitaria, la necessaria rendicontazione al fine dell'erogazione delle somme stanziate a copertura della spesa.

16.1.2. Unità di offerta sociosanitarie coinvolte nelle Olimpiadi Invernali "Milano -Cortina 2026"

Considerato che nel corso dell'anno 2026 si svolgeranno le Olimpiadi Invernali, e che, in tale occasione, le Unità di Offerta (UdO) Sociosanitarie potrebbero essere coinvolte con necessità di riduzione della capacità ricettiva — ad esempio come alloggi per il personale — si dispone quanto segue.

Nel caso in cui il gestore debba procedere a una temporanea riduzione della capacità ricettiva della UdO sociosanitaria per motivazioni strettamente connesse alle Olimpiadi, è tenuto a richiedere autorizzazione preventiva ad ATS. Tale richiesta deve contenente:

- una descrizione dettagliata della riorganizzazione della struttura che dia evidenza della separazione dei percorsi fra gli utenti della Udo e il personale ospitato;
- le tempistiche previste per tale riorganizzazione;
- la documentazione attestante l'accordo con l'ASST o l'IRCCS riguardo alla nuova destinazione d'uso degli spazi;
- la planimetria aggiornata della struttura, con evidenziati gli spazi temporaneamente non utilizzati come UdO.

ATS valuta la documentazione e, se ritiene opportuno, effettua un sopralluogo.

A conclusione di tale verifica ATS tramette comunicazione con autorizzazione o diniego al gestore e a Regione, precisando, in caso di esito positivo, il numero dei posti ridotti (distinguendo fra quelli in esercizio, solo accreditati e quelli a contratto), il periodo di tale riduzione e il rispetto della garanzia di sicurezza per gli ospiti e il personale della Udo. Nella valutazione ATS dovrà, in particolare, considerare la copertura del fabbisogno territoriale e l'impatto che la sospensione di posti potrebbe avere sull'utenza in attesa di inserimento.

Per tutto il periodo di riduzione dei posti ATS monitora il buon andamento, se ritenuto opportuno, anche con sopralluoghi e a conclusione dello stesso comunica a Regione il rispristino della capacità ricettiva abilitata-accreditata-contrattualizzata.

Si prevede la garanzia del mantenimento del volume di accreditamento e, se stipulato, il volume dei posti a contratto e del relativo volume di budget sottoscritto alla data dell'autorizzazione da parte di ATS per il periodo dichiarato.

Il budget di queste strutture non viene considerato per il calcolo dell'iperproduzione di ATS.

16.1.3. Reti tempo dipendenti per atleti Olimpici e Family Olimpica

Con specifico documento vengono disegnate le Reti Tempo Dipendenti (Trauma, Stroke, Stemi e Traumi mano), che rispondono, nel periodo olimpico, ai bisogni sanitari di Atleti e Family Olimpica.

16.1.4. Olimpiadi 2026 - Sanità pubblica e prevenzione

J. Coordinamento operativo con ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, anche tramite partecipazione alla sala operativa.

K. Realizzazione di una Campagna per la promozione di stili di vita sani (partecipano tutte le ATS con il coordinamento dell'ATS Città Metropolitana di Milano e dell'ATS Montagna).
L. Potenziamento dell'offerta di Baby Pit Stop (in ATS Città Metropolitana di Milano e ATS Montagna sono attesi 125 Baby Pit Stop aggiuntivi).
M. Prosieguo delle attività di coordinamento con la Direzione Centrale Olimpiadi in tema di sicurezza sul lavoro.
N. PIANO MIRATO OLIMPIADI (PSAL): definizione e attuazione di un piano dei controlli sia durante le fasi di realizzazione delle opere, anche temporanee, che durante l'evento e durante il loro disallestimento, da inviare entro il 2 gennaio 2026 (ATS Città Metropolitana di Milano e ATS Montagna).
O. PIANO MIRATO OLIMPIADI (SIAN, ISP-SA): definizione e attuazione del piano mirato olimpico secondo le indicazioni fornite con apposita nota tecnica della DG Welfare, da inviare entro il 2 gennaio 2026 (tutte le ATS coinvolte come da nota).
P. Realizzazione, da parte della SC Igiene degli Alimenti e Nutrizione (ATS: Città Metropolitana di Milano, Montagna, Brianza, Insubria), della campagna di sensibilizzazione sullo spreco alimentare come definito nel 2025 e rendicontazione delle attività alla U.O. Prevenzione.
Q. Sorveglianza malattie infettive e sistemi di allerta: implementazione del report regionale dedicato, in raccordo con l'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, le altre Regioni e il CIO (Comitato Olimpico Internazionale).
R. Vaccinazioni: nell'ambito dei programmi vaccinali potranno essere previsti ambulatori ad accesso libero nelle zone di interesse olimpico a Milano e in Alta Valtellina (ASST FBF Sacco e ASST Valtellina e Alto Lario). Le ASST si attivano senza ritardo nella programmazione delle attività da far pervenire alla U.O. Prevenzione entro il 9 gennaio p.v. anche, ove necessario, utilizzando le prestazioni aggiuntive aziendali.
S. Implementazione della sorveglianza delle acque reflue nei siti olimpici (Alta Valtellina), negli aeroporti di Malpensa e Orio al Serio e nell'ospedale olimpico dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda.
T. Al fine di garantire un presidio operativo nelle aree periferiche interessate dai Giochi Olimpici Invernali 2026, ATS Montagna dovrà prevedere l'attivazione, in alta Valtellina, di un presidio territoriale composto da un dirigente preferibilmente medico, tecnici della prevenzione e infermieri/assistenti sanitari. Il presidio dovrà assicurare, in orario lavorativo, la pronta operatività in caso di emergenze di sanità pubblica, incluso il raccordo con l'U.O. Prevenzione, le autorità presenti sul territorio e lo staff medico interno alle venues/policlinici olimpici. La ATS si attiva senza ritardo nella programmazione delle attività da far pervenire alla U.O. Prevenzione entro il 9 gennaio p.v. anche, ove necessario, utilizzando le prestazioni aggiuntive aziendali.

16.1.5. Olimpiadi invernali 2026 – Indicazioni Area Veterinaria

Attuazione da parte delle ATS dei Piani predisposti per il potenziamento dei controlli sulla sicurezza alimentare su attività produzione e somministrazione alimenti (HORECA) in coordinamento tra i Servizi del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria e del Dipartimento Veterinario e Sicurezza Alimenti di Origine Animale.

Rafforzamento da parte dei Dipartimenti veterinari delle ATS della gestione sanitaria degli animali d'affezione per la prevenzione delle malattie infettive e per la prevenzione del randagismo.

16.2. One Health

16.2.1. Sistemi informativi e risposta alle zoonosi

A. Sviluppo del gestionale unico della sicurezza alimentare con anagrafe integrata in CRUIS (CRUscotto Istanze) per l'interoperabilità con i SUAP.

B. Realizzazione di una simulazione congiunta tra U.O. Prevenzione e U.O. Veterinaria per testare il coordinamento operativo e la gestione integrata delle crisi alimentari ed emergenze infettive.
C. Formazione agli operatori ASST (in particolare PS) rispetto alla possibilità di segnalare esposti a morso di cane, aviaria e MTA.
D. Aggiornamento di SMI per la segnalazione rapida di eventi in ambito animale a rischio zoonotico (es focolaio di aviaria, rilevazione di animali positivi): studio di fattibilità dell'integrazione di software.

16.2.2. Arbovirosi

E. Le ATS promuovono la risposta dei Comuni alle survey regionali (a cura della U.O. Prevenzione) in tema di mitigazione della presenza delle zanzare.
F. Le ATS (DIPS), con il supporto dei Distretti delle ASST, promuovono nei Comuni campagne di sensibilizzazione volte alla mitigazione (controllo vettoriale) e alla cultura del monitoraggio della presenza di zanzare (almeno 1 incontro per distretto invitando i comuni).
G. Prosecuzione nel 2026 del sistema integrato di gestione della risposta alla circolazione del west nile virus;

16.2.3. Aviaria

H. Offerta del vaccino zoonotico, da parte centri vaccinali con il supporto del DVSAOA per le attività di sensibilizzazione dei destinatari della vaccinazione, ad allevatori, veterinari, e operatori del settore.

16.2.4. MTA

I. Formazione degli operatori del SSR finalizzata alla prevenzione delle Malattie a Trasmissione Alimentare (MTA) e al rafforzamento della cultura One Health (almeno 1 corso regionale).

16.2.5. Sicurezza Alimentare

J. Programmazione integrata di audit intersettoriali (Prevenzione–Veterinaria) su filiere promiscue (additivi e aromi, etichettatura e claims, etc) e sulla gestione delle MTA.
K. Consolidamento delle collaborazioni interistituzionali con le associazioni di categoria e le altre Autorità competenti, al fine di migliorare la tutela del consumatore e promuovere una governance condivisa della sicurezza alimentare.

16.2.6. AMR

L. Analisi epidemiologica integrata umana / veterinaria/ ambientale delle resistenze antimicrobiche.
M. Realizzazione di procedura per la gestione di operatori esposti ad animali con resistenze antimicrobiche.

16.3. Agenzia di Controllo del Servizio Sociosanitario Lombardo (ACSS)

La DG Welfare si avvarrà della collaborazione dell'Agenzia di controllo del sistema sociosanitario lombardo (di seguito ACSS) per attività di analisi e monitoraggio, anche tramite attività di audit.

L'ACSS promuove infatti lo sviluppo ed il consolidamento di un sistema di monitoraggio improntato al rafforzamento dei controlli nell'ambito del Sistema sociosanitario Regionale, a garanzia dell'equità di accesso ai servizi e a tutela del rispetto dei principi di efficienza, efficacia, qualità, trasparenza, appropriatezza ed economicità ed alla stessa è affidata una funzione di controllo di livello centrale, che richiede autonomia d'azione e un'ampia visione d'insieme dell'intero Sistema dei controlli.

ACSS, inoltre, nell'ambito dei compiti affidati dalla l.r. 33/2009, svolge le funzioni demandate dalla Giunta regionale con specifiche deliberazioni, che possono riguardare l'attuazione di attività di controllo, anche a titolo collaborativo, su particolari tematiche.

Relativamente a quanto stabilito dalla DGR n.XII/4814 del 28/7/2025 recante "Determinazioni In Ordine Alla Proposta Dell'agenzia Di Controllo Del Servizio Sociosanitario Lombardo Concernente Il Piano

Dei Controlli E Dei Protocolli Quadro 2024- 2026" proseguirà anche per il 2025, l'attività di monitoraggio in merito ai rilievi dei Collegi sindacali delle Aziende sanitarie relativamente ai profili di legittimità e liceità dei provvedimenti delle Aziende/Agenzie, in collaborazione con la DG Welfare.

A tal fine, l'ACSS potrà richiedere alle Aziende sanitarie di trasmettere alla stessa i verbali dei Collegi sindacali contenenti rilievi relativamente ai citati profili.

A conclusione del monitoraggio, l'ACSS trasmetterà alla DG Welfare per i relativi seguiti, una Relazione contenente gli esiti degli accertamenti.
La Direzione, in caso di condivisione di quanto osservato dall'Agenzia, inviterà le Aziende interessate a porre in essere le conseguenti azioni correttive.

16.3.1. Governo della customer satisfaction

In applicazione a quanto previsto dalla DGR n. XII/ 2754 del 15/7/2024, nel corso del 2025 è stato attivato un gruppo di lavoro, composto da esperti del mondo universitario e degli enti del sistema sanitario lombardo (ATS, ASST e IRCCS) e coordinato dall'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario lombardo, che ha provveduto alla stesura di un documento contenente la revisione e l'aggiornamento degli strumenti attualmente in uso per la rilevazione della qualità percepita dal cittadino. Si rimanda alla §Appendice 10: *Questionari di gradimento dei servizi ricevuti* per i nuovi questionari che gli enti del SSR dovranno adottare a partire dall'anno 2026 per la raccolta della customer satisfaction (ricovero, ambulatoriale e assistenza domiciliare).

Entro il secondo semestre del 2026 Regione intende riattivare la trasmissione dei flussi di dati derivanti dalla rilevazione di Customer Satisfaction, sospeso a causa della pandemia: la modalità e i tempi di trasmissione del nuovo flusso saranno definite, entro il 31/01/2026, da ACSS a cui è affidata anche la raccolta e l'analisi dello stesso, così come previsto dalla L.R. 33/2009 e smi.

Nelle more delle indicazioni che saranno date da ACSS, le strutture sanitarie sono tenute ad allineare i propri questionari per quanto concerne gli item individuati come vincolanti, al fine di garantire il debito informativo regionale una volta che sarà attivato.

16.3.2. Revisione DGR 621/2010

Si rimanda all'§Appendice 11: Aggiornamento della DGR n. 621/2010 per una revisione e aggiornamento della DGR n. 621/2010, elaborata dal tavolo tecnico NOC coordinato da ACSS e validata dal gruppo di lavoro NOC allargato ai Direttori di Dipartimento PAAPSS. Tale proposta riguarda, ovviamente, solo la parte relativa alla qualità documentale che interessa il 3,5% delle SDO controllate in forma di autocontrollo da parte degli erogatori.

Si propone che, per i ricoveri con dimissione avvenuta dal 01 gennaio 2026, l'assenza di uno qualsiasi degli elementi documentali previsti nell'allegato elenco costituisca condizione di non rimborsabilità, totale o parziale, del ricovero, con riferimento ai controlli di qualità documentale svolti in autocontrollo da parte degli erogatori e sottoposta a verifica di concordanza da parte delle ATS, nel rispetto della quota massima di controllo del 3%.

16.3.3. Inserimento e codifica sub codici per il codice 8 (interesse locale) nel flusso SDO NOC

A decorrere dal 1° gennaio 2026, la tipologia di campione 8 "Interesse locale" sarà articolata in sub-campioni e relativi sub-codici, secondo la codifica comune definita dal tavolo tecnico NOC regionale e validata dai rappresentanti dei NOC di tutte le ATS. Tale articolazione, contenuta in §Appendice 12: *Criteri 2026 sub-codici tipo campione 8*, garantisce uniformità e maggiore dettaglio nella classificazione dei controlli di congruenza e appropriatezza generica sulle prestazioni di ricovero selezionate con modalità di campionamento mirato. Le ATS dovranno applicare la nuova codifica nei propri Piani dei Controlli a partire dall'annualità 2026, assicurando la trasmissione dei dati secondo le nuove specifiche. In appendice l'elenco dei sub codici a oggi identificati.

16.4. Sviluppo del modello UNICA in Regione Lombardia

La sperimentazione del modello UNICA è stata avviata nel corso del 2023 e ha visto la sua conferma e conseguente implementazione a partire da luglio 2024.

Sono state attivate le Centrali UNICA necessarie per garantire la copertura di tutto il territorio regionale; nel dettaglio:

- Centrale UNICA Valtellina, per il territorio dell'ASST Valtellina e Alto Lario.
- Centrale UNICA Milano, per il territorio delle ASST Fatebenefratelli Sacco, Niguarda e Santi Paolo e Carlo.
- Centrale UNICA Bergamo, per il territorio delle ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo Est e Bergamo Ovest;
- Centrale UNICA Brianza, per il territorio delle ASST Brianza e Lecco;
- Centrale UNICA Pavia, per il territorio dell'ASST Pavia**;**
- Centrale UNICA Insubria, per il territorio delle ASST Valle Olona, Lariana e 7 Laghi.

Nel corso del 2026 è prevista l'aggregazione funzionale dei territori nelle centrali UNICA come di seguito descritto:

- Entro il 31 dicembre 2025 i territori afferenti alle ASST Valcamonica e Franciacorta verranno aggregati in UNICA Bergamo;
- Entro il 31 marzo 2026 i territori afferenti alle ASST Nord Milano, Rhodense, Ovest Milanese verranno aggregati in UNICA Milano;
- Entro il 30 giugno 2026 i territori afferenti alle ASST Civili di Brescia, Garda verranno aggregati in UNICA Bergamo;
- Entro il 30 settembre i territori afferenti alle ASST Melegnano e Martesana, Lodi, Crema, Cremona e Mantova verranno aggregati in UNICA Pavia.

Il coordinamento delle azioni necessarie all'implementazione della progettualità è affidato ad AREU, che in collaborazione con le singole ASST definisce le modalità operative garantendo l'uniformità regionale del modello organizzativo.

Nel corso nel 2026, AREU effettuerà le azioni propedeutiche all'attivazione, entro il primo trimestre 2027, di una Centrale UNICA 2.0 multiprofessionale e multidisciplinare a copertura di tutto il territorio regionale.

17. SISTEMI DI VALUTAZIONE E MONITORAGGIO DEL SSR

Di seguito vengono riportati gli indirizzi di programmazione inerenti ai sistemi di monitoraggio e controllo del SSR, in continuità ed evoluzione rispetto agli indirizzi regionali degli ultimi anni.

17.1. Governo dei LEA e valutazione delle performance quali/quantitative del SSR

La DG Welfare proseguirà il percorso di verifica della performance nell'erogazione delle prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA) - secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e dell'appropriatezza - a livello complessivo regionale e per singolo Ente SSR, attraverso il monitoraggio degli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), riferiti ai tre ambiti della prevenzione collettiva e sanità pubblica, dell'assistenza distrettuale e dell'assistenza ospedaliera.

Gli esiti del monitoraggio sono resi disponibili agli Enti SSR sia Pubblici che Privati in un sistema di reportistica pubblicato su piattaforma Tableau, con aggiornamento mensile, ai fini dell'autoverifica degli indicatori rispetto agli standard di riferimento.

Il sistema di reportistica verrà ulteriormente consolidato attraverso l'integrazione degli indicatori di Performance riferiti ai sistemi NSG, PNE, Sant'Anna di Pisa (sezione sul Tableau *"Health Performance Indicators – HPI"*), resi disponibili agli Enti SSR con accesso dedicato.

Le eventuali criticità emerse sono oggetto di valutazione nell'ambito di gruppi tematici coordinati dalla DG Welfare, finalizzati all'individuazione, all'implementazione e alla verifica di azioni e piani di miglioramento.

La DG Welfare, con il coordinamento della U.O. Controllo e monitoraggio dati, LEA e outcome, in collaborazione con altre UUOO e con i Servizi di Epidemiologia delle ATS, anche attraverso l'attivazione di collaborazioni con AGENAS, Ministero della Salute, Enti di ricerca ed Enti SSR, nel 2026 svilupperà progettualità specifiche per l'applicazione e la validazione di indicatori che nel 2025 sono stati sottoposti a verifica dal Comitato LEA e dal Comitato PNE, in particolare nei seguenti ambiti:

- Indicatori del NSG e del PNE, con revisione dei criteri e dei protocolli di calcolo
- indicatori dei PDTA-NSG (scompenso cardiaco, BPCO, patologie oncologiche)
- indicatori su nuove procedure o tecnologie (es. TAVI)
- indicatori di esito in pazienti complessi affetti da specifiche condizioni cliniche (ambito oncologico, cardiovascolare, metabolico, ortopedico).

Prerequisito sarà la verifica della qualità dei dati e dei flussi di costruzione degli indicatori – compresi i sistemi di codifica -, nonché dei criteri di calcolo.

Tra le azioni di miglioramento della performance quali/quantitativa, si conferma che la DG Welfare avvierà un percorso integrato di audit, in raccordo con ACSS, presso gli Enti con valori fuori soglia su un set di indicatori del NSG/PNE, articolato in un I livello (sulla corretta codifica dei flussi informativi) e in un II livello (sulle criticità clinico-organizzative).

Rispetto alle fonti disponibili per la consultazione di dati (in accordo con la normativa sulla privacy) e di reportistica per l'area epidemiologica, è stato ulteriormente implementato il sito regionale "Osservatorio Epidemiologico e Prevenzione", con aggiornamenti periodici della sezione Open Data, accessibile al seguente link:

https://osservatorioepidemiologico.regione.lombardia.it/wps/portal/site/osservatorio-epidemiologico

Nel 2026 proseguirà l'attività del Centro Operativo per l'utilizzo dei Dati Sanitari e sociosanitari (CODS), istituito con DGR N. XII/2283/2024, in particolare attraverso la realizzazione di analisi di dati a supporto alle politiche regionali e la pubblicazione di report/relazioni/bollettini relativi alla situazione epidemiologica e allo stato di salute dei beneficiari del SSR. In particolare, verrà aggiornato il Rapporto

Epidemiologico Annuale Regionale (REAL), che inquadra in modo sintetico i tratti della popolazione regionale delineandone le dinamiche, i bisogni di salute e i carchi assistenziali, e definendone gli stili di vita e l'ambiente fisico.

17.2. Registri

17.2.1. Registro Tumori

In quanto strumento essenziale per la sorveglianza epidemiologica oncologica, il Registro Tumori è incluso nei LEA. In merito all'integrazione del Registro Tumori Regionale con il Registro Nazionale Tumori, il Ministero della Salute in data 28/10/2025 ha comunicato l'avvio del Registro con decorrenza dal mese di dicembre 2025, prevedendo una fase preliminare di invio di flussi "test" già nel mese di novembre. La DG Welfare ha fornito dettagli relativi alle finestre di caricamento dei dati da parte delle ATS con nota Prot. G1.2025.0044203 del 11/11/2025.

Nelle more di ulteriori indicazioni ministeriali su modalità e date di conferimento dei flussi annuali, si stabilisce pertanto che:

- i dati pregressi da inviare a Regione da parte delle ATS riguardano il periodo dal 2014 al 2019, rispettivamente primo e ultimo anno completi disponibili a oggi per tutti i Registri Tumori di popolazione delle 8 ATS;
- al fine di uniformare la registrazione dei casi sul territorio regionale, le ATS dovranno trasmettere a Regione fino all'annualità 2020 entro marzo 2026 e fino all'annualità 2022 entro marzo 2027, fermo restando che le annualità da conferire potranno essere modificate sulla base delle indicazioni che perverranno formalmente dal Ministero della Salute.

Si precisa che la gestione di un Registro Tumori di popolazione necessita di competenze multidisciplinari e richiede la presenza di almeno un informatico/statistico, un amministrativo e due sanitari dedicati alla codifica dei casi. Inoltre, per garantire il rispetto delle scadenze ministeriali e un'adeguata qualità dei dati, occorre prevedere un codificatore aggiuntivo ogni 300.000 abitanti (oltre la soglia iniziale dei primi 300.000 abitanti).

Nell'ambito della realizzazione del progetto triennale "Miglioramento del controllo di qualità dei dati", finanziato dal Ministero della Salute, che prevede l'uso dell'intelligenza artificiale per analizzare la qualità dei registri, sono previsti aggiornamenti semestrali sullo stato di avanzamento.

Proseguirà la partecipazione alla Joint Action europea per il miglioramento della qualità dei dati nei Registri Tumori.

Il Comitato Tecnico-scientifico (CTS) del Registro Tumori, istituito nel 2024, supervisionerà la gestione dei dati e le attività di ricerca in ambito oncologico e tumore-correlato, nonché lo stato di avanzamento delle attività del Registro e dei Progetti. Si prevedono almeno n. 4 riunioni del CTS.

Entro il 31/12/2026 verrà organizzato un evento formativo regionale di aggiornamento.

17.2.2. Registro nazionale e Registro regionale degli Impianti Protesici Mammari (di cui al D.M. 207/22 e alla L. n. 86/2012)

Al fine di consentire la corretta, completa e tempestiva implementazione dei Registri Nazionale e Regionale degli Impianti Protesici Mammari (RIPM), la DG Welfare proseguirà la condivisione con gli Enti SSR della reportistica sui dati contenuti nel Registro regionale, dettagliata per ATS, ASST, IRCCS e Enti privati, con aggiornamento progressivo bimestrale.

Agli Enti erogatori interessati si raccomandano in particolare il rispetto delle condizioni di liceità all'intervento e la verifica dei due indicatori di performance monitorati a livello regionale e nazionale, relativi alla coerenza dei dati inseriti nel Registro, rispettivamente, con i dati registrati nelle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) e con i dati relativi agli acquisti di protesi (flusso "consumi").

Nel 2026 verrà attivata una "*Community Referenti del Registro Regionale degli impianti Protesici Mammari*", tra cui referenti della rete Breast Unit e della rete oncologica lombarda, allo scopo di condividere criticità e programmare azioni nell'ambito delle principali finalità del registro: monitoraggio clinico del soggetto sottoposto a impianto, monitoraggio epidemiologico a scopo di studio e ricerca scientifica, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria erogata.

Entro il 31/12/2026 verrà organizzato un evento formativo regionale sulle tematiche sviluppate.

17.3. Accesso al patrimonio informativo e uso secondario dei dati

In linea con gli anni precedenti, nel 2026 verranno sviluppate le seguenti azioni per la regolamentazione, l'accessibilità e la fruizione dei dati sociosanitari nel SSR:

- Revisione della normativa regionale: aggiornamento della normativa relativa all'accesso ai dati sociosanitari per finalità di programmazione, anche nella prospettiva della creazione dello spazio comune europeo dei dati sanitari (European Health Data Space, EHDS), in particolare in materia di uso secondario dei dati finalizzato al miglioramento degli interventi di sanità pubblica;
- Utilizzo dell'Intelligenza Artificiale (AI) con l'applicazione sperimentale di "Privacy Enhancing Technologies (PET)" nel servizio regionale di accesso al patrimonio Informativo sociosanitario (servizio "DaaS 2.0"), allo scopo di massimizzare l'anonimizzazione dei dataset e di ampliare le possibilità di condivisione dei dati, seguendo le buone pratiche già espresse nelle normative nazionali e internazionali come l'AI Act e il Data Governance Act. Si prevede anche la progettazione di un framework decisionale finalizzato a guidare la scelta della PET più adeguata da utilizzare in funzione delle esigenze di analisi dei dataset.
- Prosecuzione del progetto europeo TEHDAS2, finalizzato a sviluppare linee guida e specifiche tecniche per l'uso secondario dei dati sanitari europei.

17.4. Azioni collaborative con le ATS

Le azioni collaborative con i Servizi di Epidemiologia delle ATS a cui verrà data priorità di realizzazione entro il 31/12/2026 riguarderanno:

- Produzione semestrale della "Scheda Medico-MAP" di cui alla DGR n. XII/5099 del 06/10/2025.
- Elaborazione della "Scheda Medico-PLS" per il monitoraggio delle attività dei Pediatri di Libera Scelta, da recepire con specifica Delibera di formalizzazione degli indicatori.

Le Schede costituiscono la base informativa per azioni di miglioramento dell'assistenza territoriale, che saranno oggetto di definizione e sviluppo nell'ambito di uno specifico Gruppo di lavoro regionale.

La tempistica di produzione della Scheda Medico potrà essere rivalutata sia in ragione delle indicazioni del suddetto Gruppo di lavoro, sia a seguito di verifica della disponibilità delle fonti dati in coerenza con gli assetti privacy.

- Implementazione del Registro Tumori Regionale.
- Valutazione congiunta per l'implementazione del nuovo flusso delle Anatomie patologiche (di seguito descritto).
- Contributo allo sviluppo del sito regionale "Osservatorio Epidemiologico e Prevenzione", al fine di valorizzarne i contenuti informativi (almeno 1 contributo per ATS).
- Completamento dei Portali Profilo di Salute (di ATS e regionale).
- Revisione congiunta del flusso cause di morte regionale, finalizzata al recupero delle annualità pregresse secondo cronoprogramma definito.
- Contributo epidemiologico collaborativo, fin dalla fase progettuale, a progetti di altre UU.OO (es. screening, sorveglianza sindromica, prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro, ecc.).

- Attività del Gruppo di lavoro regionale su "Long-Covid" (di cui al Decreto n. 14601/2025), con la partecipazione di tre ATS, orientata nel 2026 all'erogazione di una formazione specifica ai MAP e alla definizione di un percorso di valutazione clinica e presa in carico dei soggetti, che preveda il *referral* dei MAP ai Centri specialistici di secondo livello.
- Partecipazione al Progetto "Sinergie Digitali" (di cui alla sezione successiva).
- Elaborazione congiunta con una ATS di un set di indicatori per il confronto dei consumi di assistenza territoriale, finalizzato alla produzione di una reportistica da condividere nel sistema regionale.
- Classificazione della popolazione nelle categorie della Banca Dati Assistito a partire dai flussi informativi disponibili.

La DG Welfare procede alla definizione di un percorso di condivisione alle ATS dei flussi SDO estesi trasmessi in Regione dalle strutture di ricovero, in linea con gli assetti Privacy regionali, per la realizzazione di alcune delle azioni previste tra cui il monitoraggio degli indicatori di performance del NSG e del PNE.

17.4.1. Progetto "Sinergie Digitali": Collaborazione Interistituzionale con i Common Data Model

Verrà favorita un'azione collaborativa tra Enti SSR, in particolare i servizi di epidemiologia delle ATS, basata sull'utilizzo di Common Data Model (CDM). L'adozione operativa di Common Data Model (CDM), modello già ampiamente sperimentato sia in ambito nazionale — come nel caso del progetto TheShinISS coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità nell'ambito della farmacoepidemiologia — sia a livello internazionale, rappresenta una svolta significativa per la conduzione e l'analisi di studi epidemiologici multi-database. Questa modalità di lavoro si basa sull'impiego di modelli di dati standardizzati, che permettono di uniformare la raccolta, la gestione e l'analisi delle informazioni sanitarie.

Il CDM verrà applicato, in una logica sperimentale, ad una progettualità di analisi epidemiologica, coordinata dalla DG Welfare che coinvolgerà i servizi di Epidemiologia delle ATS.

Di seguito, in sintesi, le caratteristiche e i vantaggi di tale modello.

Riduzione dei tempi di analisi e riproducibilità dei risultati

Le esperienze maturate fino ad oggi hanno evidenziato come l'utilizzo del CDM consenta una notevole riduzione dei tempi necessari per effettuare le analisi epidemiologiche. La standardizzazione delle variabili e delle procedure analitiche facilita infatti la replicabilità degli studi, garantendo che i risultati ottenuti siano riproducibili e confrontabili nel tempo e tra diversi contesti.

Confrontabilità degli indicatori epidemiologici

L'impiego del CDM offre alla Regione e agli Enti SSR, in particolare alle ATS per le proprie attività di governo, l'opportunità di confrontare in maniera più efficace gli indicatori epidemiologici sviluppati, ad esempio, per strumenti come il Portale Profili di Salute, sviluppato nel corso degli ultimi due anni dalle ATS lombarde. La presenza di un modello dati comune permette di analizzare gli stessi indicatori su popolazioni diverse, favorendo una lettura integrata e omogenea dei dati raccolti a livello territoriale.

Tutela della privacy e analisi aggregata

Un ulteriore vantaggio risiede nella possibilità di elaborare i dati localmente, senza la necessità di trasferire informazioni sensibili. I dati vengono processati all'interno di ciascuna realtà territoriale e successivamente aggregati per consentire analisi centralizzate, facilitando così lo studio dei fenomeni su scala regionale o nazionale, ma sempre nel rispetto delle normative in materia di privacy e protezione dei dati.

17.5. Dati e flussi informativi

17.5.1. Flussi Informativi Sanitari

Gli Enti SSR sono tenuti a rispettare gli adempimenti informativi e statistici necessari per garantire il rispetto dei LEA, assicurando la tempestività, la completezza e la qualità dei flussi sanitari e sociosanitari trasmessi, in applicazione alle direttive ministeriali e regionali vigenti. Il rispetto degli obblighi informativi costituisce inoltre prerequisito alla valutazione di tutti gli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG).

Al fine di consentire la chiusura del Bilancio regionale nel rispetto dei termini previsti, si comunica che la chiusura per l'anno 2025 dei flussi informativi sanitari *SDO, 28/SAN, protesica maggiore, assistenza integrativa e protesica minore, File F, PS 6/SAN, NPIA, Psichiatria 46/SAN, Psichiatria e NPIA 43/SAN, E (Terme)*, è fissata improrogabilmente al 15 febbraio 2026, senza apertura di alcuna finestra temporale aggiuntiva (come da nota Prot. G1.2025.0044811 del 14/11/2025).

Le principali azioni previste per il monitoraggio, la verifica e il miglioramento qualitativo dei flussi informativi sanitari nell'anno 2026 comprendono:

- Monitoraggio periodico: La DG Welfare proseguirà l'attività di monitoraggio dei flussi inviati dagli Enti tramite FIM o piattaforma SMAF, valutando la qualità dei dati, declinata nelle 5 dimensioni di qualità formale, accuratezza, completezza, tempestività e coerenza, mediante i criteri e gli indicatori già applicati a livello nazionale e regionale. Gli esiti dei monitoraggi saranno resi disponibili agli Enti SSR attraverso specifica reportistica e una Dashboard di data quality, al fine di individuare e sviluppare azioni correttive per il superamento delle criticità.
  La Dashboard, che verrà sviluppata nel 2026, consentirà a livello regionale di monitorare sistematicamente la qualità dei flussi rispetto ai target attesi, valutare la performance regionale di gestione tecnica dei flussi e individuare, tramite benchmarking, le criticità da trattare nei tavoli operativi con gli Enti SSR.
- Incontri Operativi con gli Enti SSR su qualità dati, errori ricorrenti, correzioni degli scarti, supporto alla compilazione. Avvio di incontri periodici con le Aziende (referenti aziendali dei flussi sanitari) utilizzando le reportistiche e la Dashboard come base di analisi e confronto operativo, al fine di analizzare errori ricorrenti, supportare la gestione ordinaria e straordinaria dei flussi, definire regole di compilazione condivise e diffondere best practice.
- Incontri di Data Governance con gli Enti SSR (almeno 3 incontri).

17.5.2. L'evoluzione dei flussi informativi a livello nazionale e regionale

Nel 2026 proseguiranno due rilevanti progetti promossi dal Ministero della Salute, in collaborazione con le Regioni, i cui esiti intermedi e finali saranno fortemente impattanti anche sul SSR, in termini di miglioramento dell'accuratezza, completezza, coerenza, tempestività dei dati NSIS.

Progetto Ministeriale di introduzione di nuovi sistemi di classificazione delle malattie e delle procedure

Nel 2026 proseguirà il progetto del Ministero della Salute inerente all'applicazione sperimentale di nuovi sistemi di classificazione quali ICD-10-IM (per le malattie) e CIPI-Classificazione Italiana Procedure e Interventi chirurgici (per le procedure) – versioni 2025- nell'ambito di alcuni flussi NSIS, in previsione del passaggio definitivo a tali sistemi di codifica per tutti i flussi informativi individuali NSIS che ora utilizzano la classificazione ICD-9-CM, a decorrere dal 1° gennaio 2027 sull'intero territorio nazionale.

Si richiamano di seguito i presupposti normativi e il percorso previsto dal Ministero della Salute.

- La L. 30 dicembre 2021 n. 234, "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024" (G.U. 31 dicembre 2021, n.310, s.o. 49), art. 1, comma 280 prevede l'aggiornamento delle tariffe per l'assistenza ospedaliera per acuti e dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO).

- Al fine di dare attuazione a quanto previsto dalla Legge di Bilancio 2022, la ex Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, a febbraio 2024 ha quindi dato avvio ad un programma operativo per la transizione dei sistemi informativi sanitari nazionali dagli standard di codifica attualmente in uso a standard più aggiornati, in versione italiana.
- Nel 2025 è stato avviato il Protocollo di sperimentazione su Enti Pilota per la transizione delle codifiche in alcuni flussi NSIS: Scheda di dimissione ospedaliera (SDO), Flusso Emergenza e Pronto Soccorso (EMUR-PS), Sistema informativo per l'assistenza domiciliare (SIAD), Sistema informativo per la salute mentale (SISM). Sono stati anche individuati referenti per ciascuna Regione, tra cui un referente principale che funge da raccordo tra gli Enti SSR e il Ministero per ogni eventuale segnalazione anche in termini di criticità nelle transcodifiche.
- Nel 2026 la sperimentazione verrà progressivamente estesa a tutti gli Enti e a tutti i flussi NSIS, fino all'adozione ufficiale delle nuove classificazioni dal 1° gennaio 2027 in completa sostituzione della codifica ICD-9-CM.
- Il Decreto Ministeriale relativo ai nuovi sistemi di classificazione, che ha concluso l'iter di approvazione e sottoscrizione, è in fase di pubblicazione in Gazzetta Ufficiale.

Nella fase di avvio nel 2025, in Lombardia sono stati coinvolti i seguenti Enti "Pilota":

- ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini – CTO (SDO)
- ASST Rhodense (SDO, SISM, SIND)
- ASST Papa Giovanni XXIII (SDO, SISM, SIND)
- ASST Mantova (SDO, SISM, SIND)
- ASST Valtellina e Alto Lario (SDO, SISM, SIND)
- IRCCS Ospedale S. Raffaele – Milano (SDO)
- IRCCS Istituto Clinico Humanitas – Rozzano (SDO)

Presso gli Enti sono stati individuati un referente dei sistemi informativi e un referente clinico/esperto di codifiche, che stanno partecipando alla formazione erogata dal Ministero della Salute in collaborazione con CCIOMS (Centro Collaboratore Italiano dell'OMS per le Classificazioni) e ISS (Istituto Superiore di Sanità). Il modello formativo è a cascata: i referenti per la formazione di ogni Ente hanno la responsabilità di disseminare la formazione sui nuovi sistemi di codifica nelle rispettive realtà. Nel 2026 la sperimentazione si estenderà progressivamente a tutti gli Enti SSR, con la medesima modalità operativa della prima fase di progetto (formazione e adeguamento dei sistemi informativi).

Ai fini della verifica delle transcodifiche, saranno anche attivati "*focus group*" con specialisti di riferimento per area clinica e chirurgica di competenza, con l'obiettivo di evidenziare sia punti di forza che eventuali criticità.

La DG Welfare supporterà gli Enti SSR nell'attività formativa prevedendo l'inserimento nei piani formativi aziendali (compresi quelli di ATS) di un evento accreditato ECM nell'ambito degli accordi di collaborazione già in essere tra PoliS-Lombardia e attraverso la U.O. Accademia di formazione per il servizio sociosanitario lombardo.

Progetto PNRR-M6C2-1.3.2.2.3 «Rafforzamento della collezione, elaborazione e produzione di dati a livello locale»

Il Ministero della Salute, in collaborazione con le Regioni, ha avviato il Progetto «Rafforzamento della collezione, elaborazione e produzione di dati a livello locale», al fine di potenziare la capacità di produzione dei dati relativi ai flussi NSIS a livello locale sotto il profilo tecnologico, organizzativo e dei processi, e per migliorare la qualità dei dati – sotto l'aspetto formale, sostanziale, di completezza, tempestività e coerenza - valorizzando il patrimonio informativo disponibile a livello locale a supporto delle attività di programmazione e di governance dei dati di verifica e monitoraggio degli adempimenti LEA attraverso gli indicatori previsti dal NSG.

Il Progetto, in cui Regione Lombardia è stata coinvolta nel 2025, segue un approccio integrato che coniuga l'analisi qualitativa dell'intero ciclo di vita del dato e un'analisi quantitativa basata su indicatori multidimensionali di qualità, in coerenza con quanto definito da standard internazionali (ISO/IEC 25012:2008 "Data Quality Model" e ISO/IEC 25024 "Measurement of Data Quality") e nazionali (Disposizioni Agid: Determinazione Commissariale n. 68/2013, Linee Guida per la valorizzazione del patrimonio informativo pubblico 2017, Linee Guida Open Data 2023).

In questo contesto, a partire dall'individuazione di criticità che possono emergere lungo l'intero processo di gestione dei dati – produzione, elaborazione, raccolta e trasmissione al livello centrale - viene elaborato, di concerto con la Regione, un Piano degli Interventi regionale, contenente iniziative mirate a rafforzare processi, tecnologie e assetti organizzativi a supporto della qualità del dato.

17.5.3. Flussi ministeriali

Si richiama l'obbligatorietà di mantenere aggiornati i Modelli ministeriali di cui al D.M. 22 dicembre 2023, anche al fine di consentire la corretta rendicontazione regionale dei target PNRR M6C1-7.

Si segnala in particolare di procedere ad una corretta compilazione dei modelli relativi ai posti letto attivi (HSP.12, HSP.13, HSP.22-bis).

Le indicazioni operative per la chiusura anno 2025 e l'apertura anno 2026 dei Flussi ministeriali sono riportate, come di consueto, in specifica nota della DG Welfare.

Flusso Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Si ritiene opportuno richiamare alcuni obblighi normativi inerenti alla trasmissione del flusso SDO, ai sensi del Decreto del Ministero della Sanità n. 380 del 27 ottobre 2000 e s.m.i., sulla base di criticità emerse da verifiche puntuali.

- Obbligo di compilazione da parte di tutti gli Enti pubblici e privati (accreditati e non) con attività di ricovero. La verifica da parte della DG Welfare sarà effettuata in base alla coerenza tra i flussi SDO e HSP.
- Obbligo di produrre il flusso SDO da parte di tutte le strutture erogatrici nel cui assetto è presente la U.O. Attività a ciclo diurno, così come disciplinato da Regione Lombardia nel Manuale di rilevazione della SDO. Con apposita successiva circolare a cura della U.O. Controllo e monitoraggio dati, LEA e outcome saranno fornite le indicazioni operative.
- Viene altresì stabilito che l'adempimento della trasmissione del flusso informativo sia una condizione per poter mantenere il livello autorizzativo, facendo ricomprendere tale obbligo nel requisito OGISIN01
- Verifica a cura delle ATS della trasmissione tempestiva del flusso SDO da parte degli Enti SSR che insistono nel territorio di competenza. Si richiama che non saranno ammesse riaperture straordinarie per l'invio oltre i termini di chiusura delle competenze annuali.
- Completezza e accuratezza nella compilazione e nella codifica delle informazioni della SDO, elementi cruciali per finalità gestionali, programmatorie ed epidemiologiche, tra cui si richiamano anche le informazioni anagrafiche (es. titolo di studio), utili per il calcolo degli indicatori di equità nell'accesso alle cure nei sistemi di performance nazionali (PNE), e la sezione "Onere della degenza".

Flusso SDO-Riabilitativa (SDO-R)

La SDO Riabilitativa (SDO-R), introdotta dal Ministero della Salute con il DM n. 165/2023 rappresenta uno strumento innovativo per il tracciamento epidemiologico dei pazienti trattati nell'ambito della riabilitazione ospedaliera e per la quantificazione dell'assorbimento delle risorse. La completezza e la qualità dei dati conferiti attraverso il tracciato SDO-R costituiscono obblighi informativi statistici, essenziali per la garanzia dei LEA.

La DG Welfare continuerà a monitorare periodicamente il flusso trasmesso dagli Enti SSR, anche in base agli esiti dei controlli effettuati dal Ministero della Salute.

Le criticità emerse e i risultati conseguiti ad oltre un anno di implementazione saranno oggetto di verifica comune con gli Enti SSR coinvolti.

Flusso MTA

L'attività di monitoraggio delle prestazioni di specialistica ambulatoriale prenotate ex ante, rilevate attraverso il flusso informativo MTA attivo dal 1° gennaio 2025 sarà potenziata in coerenza con le indicazioni tecniche e metodologiche fornite da AGENAS e dal Ministero della Salute.

Si evidenzia che i dati derivanti dal flusso MTA costituiscono la base informativa per l'alimentazione della Piattaforma Nazionale delle Liste di Attesa (PNLA), gestita da AGENAS e pubblicata sul Portale della Trasparenza, e per la costruzione degli indicatori di monitoraggio delle agende e delle prenotazioni, che potranno rientrare tra gli adempimenti LEA.

La trasmissione del flusso, al momento ancora su base mensile, dovrà avere una copertura del 100% degli Enti tenuti all'invio e dovrà avvenire nel rispetto delle tempistiche previste per il caricamento dei dati comunicate dalla DG Welfare.

Modifiche della frequenza e della modalità di trasmissione dei dati sono previste nel 2026, anche in relazione all'esito del collaudo da parte di AGENAS del Modello Web Service per l'acquisizione dei dati regionali con cadenza giornaliera e alla valutazione dei Piani Operativi regionali da parte di Commissione Agenas-Ministero della Salute.

Flusso ALPI VOLUMI

Nelle more di eventuali nuove indicazioni da parte del Ministero della Salute, si conferma la rilevazione trimestrale ALPI volumi, nelle tempistiche comunicate dalla DG Welfare.

Flusso EMUR PS (6 SAN)

Si richiama l'obbligatorietà della trasmissione settimanale dei dati relativi agli accessi al Pronto Soccorso in emergenza-urgenza per finalità di sorveglianza sindromica. Il flusso deve rispettare i criteri di tempestività, completezza e qualità delle informazioni.

Per quanto attiene all'implementazione dei campi relativi alla violenza di genere, obbligatoria a decorrere dal conferimento dati del 1° luglio 2025, si fa riferimento alle indicazioni operative fornite con nota Prot. G1.2025.0022090 del 06/06/2025.

Nel 2026 si provvederà ad una verifica dei dati regionali relativi all'assistenza in emergenza-urgenza, basata sul flusso EMUR-PS e sugli indicatori dell'Atlante Regionale Pronto Soccorso di AGENAS. L'iniziativa è finalizzata a rafforzare la qualità e la coerenza informativa, valutare l'allineamento dei flussi regionali agli standard nazionali e individuare eventuali scostamenti o criticità sistemiche, a supporto della definizione di azioni di miglioramento condivise con gli Enti SSR.

Coerenza tra assetti accreditati OBI (Osservazione Breve Intensiva), flusso EMUR-PS, flusso SDO

Al fine di garantire la correttezza e la coerenza dei dati rilevati nei flussi informativi sanitari inerenti all'Area Emergenza-Urgenza, si richiamano le seguenti indicazioni:

- la compilazione in FIM dei modelli ministeriali HSP12 o HSP13 con disciplina 04 "Osservazione Breve Intensiva", da parte delle strutture con posti letto accreditati OBI (e pertanto registrati nella piattaforma SIGAUSS;
- la coerenza tra flusso SDO e flusso EMUR-PS: coerenza tra il campo "proveniente da OBI Osservazione Breve Intensiva" (del Flusso SDO – campo "provenienza del paziente") e le schede di Pronto Soccorso con esito trattamento "0=ricovero in OBI" (flusso EMUR-PS);

- il divieto di trasmettere SDO con provenienza OBI da parte di strutture senza posti letto accreditati OBI.

Nuovo Flusso Certificato di Assistenza al Parto (CedAP)

Ai sensi del D.M. 5 maggio 2025 “Certificato di assistenza al parto, per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi di nascita, di nati-mortalità ed ai nati affetti da patologie congenite” (GU n.128 del 05/06/2025), del cui recepimento si dà atto con il presente provvedimento, a decorrere dal 1° gennaio 2026 entrerà in vigore il nuovo tracciato CedAP nazionale e dal 2027 il conferimento dei dati sarà ricompreso fra gli adempimenti LEA. Il Decreto risponde alla necessità di procedere all'aggiornamento della disciplina in considerazione degli avvenuti progressi scientifici nell'ambito dell'assistenza sanitaria correlata all'evento nascita e alla necessità di adeguare il relativo flusso informativo.

L’implementazione del nuovo flusso, secondo le modalità indicate nel disciplinare tecnico del Ministero della Salute, è supportata da una nuova piattaforma informatica regionale. Per il tramite delle UU.OO. Polo Ospedaliero e Controllo e Monitoraggio dati, LEA e outcome, verrà fornito supporto informativo agli Enti SSR, già avviato nel 2025 con 2 eventi di formazione a distanza sull’uso della piattaforma di inserimento dei dati.

Si comunicano le scadenze nell’anno 2026 stabilite dalla DG Welfare per la validazione dei dati CedAP da parte degli Enti SSR:

- entro il 11/03/2026: controllo e validazione del II semestre 2025
- entro il 09/09/2026: controllo e validazione del I semestre 2026

Ciò al fine di consentire il rispetto delle scadenze semestrali per l’invio dei dati CedAP al Ministero della Salute da parte delle Regione tramite la piattaforma NSIS (entro il 31/03/2026: dati relativi al II semestre 2025 ed eventuali correzioni al I semestre 2025; entro il 30/09/2026 dati relativi al I semestre 2026).

Al fine di consentire un monitoraggio costante da parte di ciascun Ente, si segnala ai referenti aziendali utenti del portale dedicato al CedAP, di verificare completezza e qualità dei dati utilizzando i relativi report di monitoraggio.

Le relazioni regionali CedAP annuali realizzate nel 2026 saranno oggetto di condivisione con gli Enti.

IVG - Interruzioni Volontarie di Gravidanza

Si richiamano le finestre di inserimento dei dati IVG da parte degli Enti SSR nel portale GINO di ISTAT per l’anno 2026:

- dal 1 al 31/01/2026: IV trimestre 2025
- dal 1 al 30/04/2026: I trimestre 2026 ed eventuale completamento dati del 2025
- dal 1 al 31/07/2026: II trimestre 2026
- dal 1 al 31/10/2026: III trimestre 2026
- dal 1 al 31/01/2027: IV trimestre 2026

In previsione della scadenza di chiusura dell’anno 2025, gli Enti dovranno provvedere alle verifiche e alle eventuali correzioni dei dati sul portale GINO entro e non oltre il 30/04/2026, come richiesto da ISTAT. Analogamente, gli Enti dovranno verificare correttezza e congruità dei dati IVG con quelli registrati nelle SDO, per consentire la validazione dei dati ISTAT ai fini della verifica dell'avvenuta erogazione dei LEA e della predisposizione della relazione annuale del Ministro al Parlamento per l’anno 2025.

Verrà trasmessa nota formale dalla DG Welfare contenente le segnalazioni di ISTAT da verificare.

Flussi informativi relativi a endoprotesi e dispositivi medici impiantabili

Nel 2026 il “Gruppo di Lavoro tecnico regionale sui flussi informativi relativi a endoprotesi e dispositivi medici impiantabili (di cui al Decreto n. 14759 del 21/10/2025) proseguirà l’attività avviata nel 2025, con frequenza bimestrale, raccogliendo le criticità e le istanze pervenute dagli Enti SSR principalmente per le seguenti finalità:

- aggiornare l’elenco dei dispositivi medici rendicontabili con il flusso SDO-4
- verificare criticità relative ad “errori” del flusso SDO-4
- proporre l’aggiornamento delle tariffe delle prestazioni rendicontate nei flussi dei dispositivi medici allo specifico Gruppo di lavoro regionale (di cui alla successiva sezione TARIFFE RICOVERI E PRESTAZIONI AMBULATORIALI – PERCORSO DI REVISIONE)
- adeguare i sistemi informativi regionali agli indirizzi di programmazione sulla materia
- revisionare i controlli esistenti sul portale SMAF
- produrre linee di indirizzo, manuali e altra documentazione tecnica sui flussi informativi regionali relativi a endoprotesi e dispositivi medici impiantabili
- raccordare gli indirizzi regionali con l’evoluzione della normativa nazionale in materia.

Gli esiti delle attività verranno diffusi agli Enti SSR, attraverso l’invio di note formali o la pubblicazione in specifici provvedimenti deliberativi (previsti a cadenza almeno semestrale) al fine di rendere più efficiente il sistema di monitoraggio e di rendicontazione.

Nuovo Flusso dell’anatomia patologica

L’Anatomia Patologica rappresenta una fonte informativa cruciale in diversi ambiti, tra cui la diagnosi, la sorveglianza epidemiologica e la valutazione degli screening oncologici. Attualmente, i dati prodotti dalle diverse strutture del SSR risultano frammentati ed eterogenei. Per rispondere a queste criticità e valorizzare il patrimonio informativo disponibile, verrà istituito un Gruppo di lavoro tecnico interistituzionale finalizzato alla definizione e all’implementazione di un flusso informativo strutturato e standardizzato per l’Anatomia Patologica. Il Gruppo di lavoro, coordinato dalla U.O. Controllo e monitoraggio dati, LEA e outcome della DG Welfare, sarà composto da referenti delle Anatomie patologiche, dai Responsabili dei Servizi di Epidemiologia delle ATS e dei Sistemi informativi (di ATS, enti erogatori e regionali).

Gli obiettivi principali saranno: mappare i dati attualmente prodotti e raccolti dalle strutture di Anatomia Patologica; definire un dataset minimo comune e un modello dati condiviso; progettare un flusso informativo interoperabile ed integrabile con gli altri flussi sanitari.

Lo stato di avanzamento dell’attività sarà oggetto di monitoraggio da parte del CTS del Registro Tumori, istituito presso la DG Welfare.

17.5.4. Calendari flussi informativi sanitari

Si rimanda alle tabelle presenti in §Appendice 13: *Calendario scadenze flussi informativi sanitari* per le scadenze ad oggi definite per la trasmissione dei flussi informativi sanitari, con l’esclusione dei flussi che risentono maggiormente di variazioni nelle finestre di invio anche da parte del Ministero (es. 28/SAN). Altre indicazioni potranno essere fornite nel corso dell’anno, con note relative ad eventuali integrazioni o modifiche.

17.6. Nuovo nomenclatore dell’assistenza specialistica ambulatoriale

Nel 2026 proseguirà il monitoraggio dell’implementazione del Nuovo Nomenclatore dell’assistenza specialistica ambulatoriale e protesica di cui al DPCM 12/01/2017 e alla DGR n. XII/3630 del 16/12/2024 di recepimento dello stesso e ss.mm.ii., con aggiornamenti su specifiche tematiche (modalità prescrittive ed erogative, aggiornamento tariffe, condizioni di appropriatezza prescrittiva), quale esito delle attività dei diversi Gruppi di Lavoro istituiti con l’avvio del Nuovo Nomenclatore.

In collaborazione con uno o più Enti SSR, verrà sviluppato un progetto finalizzato a verificare l'impatto del Nuovo Nomenclatore sui percorsi organizzativi all'interno di specifici setting assistenziali, al fine di individuare elementi di miglioramento applicabili sull'intero territorio regionale.

L'eventuale aggiornamento di prestazioni, tariffe e modalità erogative, avverrà a seguito di indicazioni ministeriali (aggiornamento della normativa) o per revisione regionale attraverso un adeguato percorso di verifica (sezione successiva).

17.7. Tariffe ricoveri e prestazioni ambulatoriali – percorso di revisione

Nel 2026 il processo di revisione delle tariffe per la remunerazione delle prestazioni di ricovero e ambulatoriali, farà capo ad uno specifico Gruppo di Lavoro della DG Welfare istituito in raccordo tra la U.O. Polo Ospedaliero, la U.O. Programmazione e controllo delle risorse del SSR e la U.O. Controllo e monitoraggio dati, LEA e Outcome. Le richieste di revisione tariffaria potranno pervenire alla DG Welfare, da parte di Enti SSR o per segnalazione del già citato Gruppo di lavoro tecnico regionale sui flussi informativi relativi a endoprotesi e dispositivi medici impiantabili, entro due finestre temporali nell'anno, ai fini di consentire il percorso di verifica e di eventuale modifica delle tariffe da parte della DG Welfare, da recepire con atto deliberativo.

Si richiamano le tempistiche previste:

Invio richieste	Analisi DG Welfare	Pubblicazione DGR N.
01/01/2026 - 30/04/2026	Dal 01/05/2026	luglio-agosto 2026
01/05/2026 - 30/09/2026	Dal 01/10/2026	novembre-dicembre 2026

Le richieste dovranno pervenire via PEC alla DG Welfare e contestualmente via mail alla U.O. Controllo e monitoraggio dati, LEA e outcome.

Seguiranno ulteriori indicazioni operative specifiche.

18. OBIETTIVI DIRETTORI GENERALI

18.1. Disposizioni generali in merito agli obiettivi ai Direttori generali

Il sistema di valutazione dei Direttori Generali delle ATS, ASST e AREU si fonda sull'attribuzione di un punteggio complessivo massimo pari a 100 punti. Tale punteggio rappresenta l'esito finale del processo di verifica annuale e costituisce la base per la definizione dell'incentivo economico previsto dai relativi contratti.

La soglia minima di conseguimento è fissata in 60 punti: il mancato raggiungimento di tale livello determina, da un lato, la non corresponsione dell'incentivo economico e, dall'altro, un esito negativo della valutazione, che viene considerato nella verifica prevista trascorsi ventiquattro mesi dalla nomina di ciascun Direttore Generale, ai sensi dell'articolo 2, comma 4, del D.Lgs. 171/2016.

Si ricorda il disposto relativo al comma 7-bis dell'articolo 3-bis del Dlgs 502/1992, che recita: *"L'accertamento da parte della regione del mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali costituisce per il direttore generale grave inadempimento contrattuale e comporta la decadenza automatica dello stesso"*.

Il punteggio finale è composto dalla somma di due componenti:

- Obiettivi strategici: fino a 70 punti, attribuiti dalla DG Welfare sulla base del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati all'Ente;
- Comportamenti manageriali: fino a 30 punti, determinati da un Comitato ristretto composto dal Presidente della Regione, dall'Assessore al Welfare e dall'Assessore al Bilancio, attraverso una valutazione qualitativa inerente alla gestione e ai comportamenti organizzativi del Direttore Generale.

La DG Welfare definisce altresì i seguenti obiettivi operativi, il cui mancato raggiungimento comporterà una decurtazione fino a 5 punti del punteggio conseguito:

- adesione agli indirizzi di Programmazione Anno 2026;
- rispetto dei tempi di pagamento previsti dal comma 865 dell'art. 1 della L. 145 del 30 dicembre 2018;
- rispetto della scadenza di invio e protocollazione del Bilancio d'esercizio e dei Conti Economici Trimestrali come da comunicazione regionale;
- corretta applicazione delle norme in materia di trasparenza.

Il risultato ottenuto nella valutazione degli obiettivi assegnati ai Direttori generali determina la definizione dell'incentivo economico che sarà pari al valore del punteggio finale, arrotondato all'unità più prossima, espresso in percentuale.

La verifica finale del raggiungimento dei risultati di che trattasi, al termine del periodo di sviluppo degli obiettivi, si svolgerà nel seguente modo:

- comunicazione, da parte della DG Welfare, dell'avvio del procedimento di valutazione degli obiettivi;
- rendicontazione degli obiettivi assegnati a cura degli uffici competenti;
- istruttoria e verifica della documentazione e completamento del processo di valutazione, da parte di Regione Lombardia (in capo alla DG Welfare ed al Comitato ristretto di Assessori);
- contradditorio ed emissione dei decreti di valutazione a cura della DG Welfare;
- erogazione dell'incentivo economico, da parte di A.T.S./A.S.S.T./A.R.E.U., spettante al Direttore Generale successivamente al termine di scadenza per la presentazione del bilancio consuntivo esercizio 2026.

Nel caso in cui la durata dell'incarico del Direttore Generale sia **inferiore a 12 mesi ma superiore a 4 mesi**, la valutazione viene riferita esclusivamente al periodo di effettivo svolgimento delle funzioni, con ri-proporzionamento dell'incentivo economico.

Tale disposizione non si applica nei casi di modifica della sede di assegnazione deliberata dalla Giunta regionale o nelle designazioni del Presidente relative alle Fondazioni IRCCS.

Non è considerato valutabile, ai fini della corresponsione dell'incentivo, il Direttore Generale nei confronti del quale sia intervenuta una dichiarazione di **decadenza** o di **risoluzione del contratto** secondo la normativa vigente.

Le ATS, le ASST e AREU sono tenute a dare attuazione al presente sistema di valutazione, estendendo gli obiettivi anche ai Direttori Sanitario, Amministrativo e Sociosanitario. Le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico assumono il presente documento come linea di indirizzo per la definizione degli obiettivi dei propri Direttori Generali.

Seguiranno ulteriori provvedimenti necessari per definire, per ciascun obiettivo, indicatori di misurazione, pesature e criteri di dettaglio, assicurando coerenza con gli indirizzi programmatori regionali.

18.2. Obiettivi e punteggi ATS e ASST

Di seguito vengono riportarti gli obiettivi strategici e il relativo punteggio concorrente alla valutazione generale.

Per le ATS, oltre a obiettivi specificatamente di loro competenza, ad esempio in ambito di veterinaria e prevenzione, sono attribuiti obiettivi per garantire il raggiungimento del target assegnati alle ASST su tutto il territorio di propria responsabilità (includendo anche gli erogatori privati nel calcolo del raggiungimento del target).

Area	Descrizione	ATS	ASST
Liste di attesa	Raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa, in termini di prestazioni da erogare e tempistiche da garantire.	20	20
Nuovo Sistema di Garanzia	Garantire che tutte le attività aziendali siano allineate agli indicatori di qualità e di performance definiti, con l'obiettivo di assicurare un'assistenza sanitaria che sia non solo conforme agli standard normativi e legislativi, ma anche in grado di rispondere alle esigenze di salute dei cittadini in modo efficace, efficiente e sostenibile.	11	11
Pronto Soccorso e Polo Ospedaliero	Miglioramento di specifici indicatori di performance relativi alla presa in carico del paziente in PS e miglioramento degli standard ospedalieri offerti	5	6
Razionalizzazione della spesa per Beni e Servizi	Rispetto degli obiettivi economici per ogni singola area dell'aggregato Beni e Servizi definiti per ciascun ente	5	10
Investimenti	Attuazione degli investimenti finanziati con i fondi del PNRR – PNC e POR e relativa rendicontazione	-	5

Area	Descrizione	ATS	ASST
Polo territoriale e presa in carico*	Rafforzamento dell'assistenza distrettuale e dell'integrazione tra i diversi livelli di cura favorendo lo sviluppo di percorsi per pazienti con specifici bisogni di cura.	8	6
Reti	Raggiungimento dei requisiti organizzativi e assistenziali previsti per particolari reti regionali	4	2
Prevenzione	Rafforzamento degli interventi di prevenzione collettiva e sanità pubblica.	5	6
Veterinaria	Rafforzamento degli interventi di veterinaria	6	-
Farmaceutica	Dispositivo vigilanza e spesa farmaceutica	3	2
Flussi informativi	Adeguamento e potenziamento dei flussi informativi trasmessi, con l'obiettivo di garantire una tempestiva alimentazione e una maggiore qualità e completezza dei dati, favorendo un efficace monitoraggio delle performance	3	2
TOTALE		**70**	**70**

18.3. Obiettivi e punteggi AREU

Obiettivo	Descrizione	Punteggio
Miglioramento della presa in carico dei pazienti in accesso al PS	Miglioramento di specifici indicatori di performance relativi alla presa in carico del paziente in PS	13
Medical Response to Major Incidents (MRIMI) – Legacy Olimpiadi 2026	Interventi mirati all'estensione del modello MRMI applicato per le Olimpiadi 2026	11
UNICA	Consolidamento ed evoluzione del modello della centrale UNICA	11
Nuovo Sistema di Garanzia	Tempo di arrivo dei mezzi di soccorso dalla ricezione della chiamata	10
Applicazione DM70	Supporto alle analisi propedeutiche nell'ambito di attuazione del DM70	8

Obiettivo	Descrizione	Punteggio
Razionalizzazione della spesa per Beni e Servizi	Supporto alle analisi propedeutiche ed elaborazione di sistemi per la razionalizzazione della spesa all'interno del Sistema.	7
Sperimentazione Elistam	Monitoraggio e prima valutazione ad un anno dalla partenza della sperimentazione Elistam	5
Rete sangue	Avvio della revisione della rete immuno-trasfusionale	5
Totale		**70**

* la differenza di peso tra ATS e ASST è attribuibile al ruolo di programmazione sociosanitaria che hanno le Aziende di Tutela della Salute anche relativamente alla Presa in Carico dei pazienti cronici

18.4. Declinazione degli obiettivi e assegnazione dei punteggi

La declinazione degli obiettivi in specifici target, del peso attribuito a ciascuna componente di eventuali obiettivi multipli (es. NSG – Area distrettuale, Area ospedaliera, Area prevenzione) e le modalità di assegnazione del punteggio sono demandate a decreti attuativi della DG Welfare emanati entro il 31/12/2025.

APPENDICI

Appendice 1: Indicatori di appropriatezza degli Ospedali di Comunità (§ 7.6)

Tabella 1

GENERALI					
N.	**DESCRIZIONE INDICATORE**	**CAMPIONE**	**MODALITA' DI CALCOLO**	**FONTE**	**MODALITA' DI VERIFICA**
1	Presenza della valutazione/rivalutazione multidimensionale dei bisogni	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali è stata effettuata una valutazione/rivalutazione multidimensionale dei bisogni/ N. totale FASAS di utenti campionati	-FASAS: 1. Documentazione attestante la valutazione/rivalutazione multidimensionale	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, per tutti i FASAS campionati, la presenza di una valutazione/rivalutazione multidimensionale dei bisogni nelle aree professionali coerenti con l'UdO Per C-Dom l'indicatore non è applicabile in quanto la valutazione/rivalutazione è in capo alla ASST
2	Esistenza della progettazione, pianificazione e tracciabilità degli interventi attuati	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali è presente la progettazione, la pianificazione e la tracciabilità degli interventi attuati/ N. totale di FASAS di utenti campionati	- FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, per tutti i FASAS campionati, l'esistenza della progettazione, della pianificazione completa di tutti gli elementi previsti, nelle tempistiche previste (sia provvisoria sia deifnitiva) , con la condivisione con utente/caregiver e della tracciabilità degli interventi attuati (diario eventi, Foglio Unico Terapia e mancata attuazione interventi) Per odc essendo ricoveri brevi il PAI, comprensivo di tutti gli elementi previsti, è sufficiente per adempiere al requisito, ovvero il Progetto coincide con il PAI. L'aggiornamento del diario, con l'eventuale definizione di nuovi obiettivi/interventi, può essere considerato quale revisione del PI/PAI.
3,1	Coerenza della valutazione multidimensionale con la progettazione e pianificazione	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali la valutazione multidimensionale risulta coerente con la progettazione e pianificazione/ N. totale di FASAS di utenti campionati	- FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, per tutti i FASAS campionati, la coerenza della valutazione multidimensionale rispetto alla progettazione e alla pianficazione
3,2	Coerenza della pianificazione con gli interventi attuati	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali la pianificazione risulta coerente con gli interventi attuati/ N. totale di FASAS di utenti campionati	- FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, per tutti i FASAS campionati, la coerenza della pianificazione rispetto agli interventi attuati. L'indicatore non è applicabile per le monoprestazioni (ad es. per Consultori)
4	Congruenza tra i dati rendicontati con flusso informativo/debito informativo rispetto a quanto rintracciato nel FASAS	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali i dati del flusso informativo/debito informativo risultano congruenti con quanto contenuto nel FASAS/ N. totale di FASAS di utenti campionati	-FASAS di ciascun utente campionato: 1. Flussi informativi/debito informativo 2. Documentazione sociosanitaria all'interno del FASAS Eventuale osservazione diretta della persona	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, per tutti i FASAS campionati, la congruenza tra i dati in esso contenuti e quanto rendicontato attraverso i flussi informativi/debito informativo. L'indicatore è "Non Pertinente" in caso di indisponibilità del flusso.

Tabella 2

OSPEDALE DI COMUNITA'						
AREE DI APPROPRIATEZZA SPECIFICA	**N.**	**DESCRIZIONE INDICATORE**	**CAMPIONE**	**MODALITA' DI CALCOLO**	**FONTE**	**MODALITA' DI VERIFICA**
Rispetto dei criteri di eleggibilità	1	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è presente la valutazione all'ingresso dei criteri di eleggibilità che risultano coerenti con il setting	Utenti campioati per controllo	N. FASAS di utenti nei quali è rintracciabile la valutazione di eleggibilità all'ingresso/ N. totale FASAS di utenti campionati per controllo	- FASAS di ciascun soggetto campionato: 1. Documentazione attestante la valutazione all'ingresso	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, all'interno del FASAS di ciascun utente campionato, la presenza di evidenza della valutazione effettuata all'ingresso di verifica delle condizioni cliniche e dei criteri di eleggibilità
valutazione autonimie	2.1	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è presente la valutazione ADL all'ingresso tramite scala "Indice di Barthel modificato"	Utenti campionati per controllo	N. FASAS di utenti nei quali è rintracciabile la valutazione ADL all'ingresso / N. totale FASAS di utenti campionati per controllo	FASAS di ciascun soggetto campionato: 1. Documentazione attestante la valutazione ADL all'ingresso tramite scala Indice di Barthel modificato	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, all'interno del FASAS di ciascun utente campionato, la presenza di evidenza della valutazione ADL effettuata all'ingresso tramite scala Indice di Barthel modificato
	2.2	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è presente la valutazione ADL alla dimissione tramite scala "Indice di Barthel modificato"	Utenti dimessi campionati per controllo	N. FASAS di utenti nei quali è rintracciabile la valutazione alla dimissione / N. totale FASAS di utenti dimessi campionati per controllo	FASAS di ciascun soggetto campionato: 1. Documentazione attestante la valutazione ADL alla dimissione tramite scala Indice di Barthel modificato	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, al'interno del FASAS di ciascun utente campionato e dimesso, la presenza di evidenza della valutazione ADL effettuata alla dimissione o comunque entro massimo 3 giorni prima della dimissione stessa, tramite scala Indice di Barthel modificato
dolore	3.1	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è rintracciabile la valutazione del dolore effettuata con scala adeguata allo stato cognitivo della persona (self report/osservazionale)	Utenti campionati per controllo	N. FASAS di utenti per i quali è rintracciabile la valutazione del dolore /N. totale FASAS di utenti campionati per controllo	- FASAS di ciascun utente campionato: 1. Documentazione attestante la valutazione del dolore	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, al'interno del FASAS di ciascun utente campionato, la presenza di evidenza della valutazione del dolore effettuata all'ingresso e in caso di variazioni cliniche della persona
	3.2	Percentuale di FASAS di utenti per i quali tutti gli stati/episodi algici rilevati sono trattati con interventi. Il monitoraggio degli esiti è parte del trattamento	Utenti campionati per i quali è rintracciabile il riscontro di dolore cronico e/o episodi di dolore acuto	N. FASAS di utenti per i quali si rilevano interventi sul dolore /N. totale FASAS di utenti campionati per i quali è rintracciabile il riscontro di dolore cronico e/o episodi di dolore acuto	FASAS di ciascun utente campionato per i quali è rintracciabile il riscontro di dolore cronico e/o episodi di dolore acuto: - evidenza del trattamento di tutti gli stati/episodi algici rilevati	Ai fini del calcolo dell'indicatore devono essere verificati, all'interno del FASAS, i trattamenti effettuati per la cura del dolore per tutti i FASAS di utenti campionati nei quali è rintracciabile la valutazione positiva del dolore

OSPEDALE DI COMUNITA'						
AREE DI APPROPRIATEZZA SPECIFICA	**N.**	**DESCRIZIONE INDICATORE**	**CAMPIONE**	**MODALITA' DI CALCOLO**	**FONTE**	**MODALITA' DI VERIFICA**
rilevazione parametri	4	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è presente la rilevazione dei parametri vitali nelle modalità e tempi previsti da PAI (ad es. FC, PA, FR, Ossi-Flussimetria, Temperatura, Livello di coscienza, diuresi)	Utenti campionati per controllo	N. FASAS nei quali è presente rilevazione dei parametri vitali/N. totale FASAS campionati	- FASAS di ciascun utente campionato con evidenza della rilevazione dei parametri vitali	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, all'interno dei FASAS di ciascun utente campionato, la rilevazione dei parametri nelle modalità e tempi previsti dal PAI
stato nutrizionale e apporto idrico	5.1	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è presente la valutazione dello stato nutrizionale e apporto idrico all'ingresso e la rivalutazione al modificarsi delle condizioni della persona	Utenti campionati per controllo	N. FASAS di utenti per i quali è rintracciabile la valutazione dello stato nutrizionale e apporto idrico /N. totale FASAS di utenti campionati per controllo	- FASAS di ciascun utente campionato con evidenza della valutazione dello stato nutrizionale e apporto idrico	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare la presenza nel FASAS della valutazione dello stato nutrizionale e apporto idrico all'ingresso e la rivalutazione al modificarsi delle condizioni della persona
	5.2	Percentuale di FASAS con interventi attuati per gli utenti a rischio o in stato di malnutrizione e/o disidratazione	Utenti campionati per controllo con rischio o in stato di malnutrizione e/o disidratazione	N. utenti con interventi preventivi e/o trattamentali per malnutrizione e/o disidratazione / N.totale utenti a rischio o in stato di malnutrizione e/o disidratazione	FASAS degli utenti i a rischio o in stato di malnutrizione e/o disidratazione: -presenza inteventi preventivi e/o trattamentali	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare, all'interno dei FASAS di ciascun utente a rischio o in stato di malnutrizione e/o disidratazione , la presenza di interventi preventivi e/o trattamentali specifici.
Ulcere da pressione	6.1	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è stato valutato il rischio di sviluppare ulcere da pressione (per esempio Scala BRADEN ≤ 16) o sono presenti lesioni	FASAS di tutti gli utenti	N. utenti per i quali si rileva la redazione e la sottoscrizione del PRI e pri coerenti con i bisogni rilevati/N. totale utenti campionati per controllo ex post con interventi riabilitativi	N. FASAS di utenti per i quali è stato valutato il rischio di sviluppare ulcere da pressione/ N. totale FASAS di utenti campionati	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, all'interno dei FASAS campionati, la presenza della valutazione del rischio di sviluppare ulcere da pressione
	6.2	Percentuale di FASAS di utenti per i quali sono previsiti interventi preventivi e/o curativi per le sole persone valutate a rischio di sviluppare ulcere da pressione o con lesioni in atto	FASAS di utenti valutati a rischio di sviluppare ulcere da pressione o con lesioni in atto	N. FASAS di utenti per i quali si rilevano interventi appropriati per la prevenzione delle ulcere da pressione o per la cura delle lesioni in atto/ N. totale FASAS di utenti campionati con rischio di sviluppare ulcere da pressione o con lesioni in atto	N. FASAS di utenti per i quali si rilevano interventi appropriati per la prevenzione delle ulcere da pressione o per la cura delle lesioni in atto/ N. totale FASAS di utenti campionati con rischio di sviluppare ulcere da pressione o con lesioni in atto	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare la presenza, all'interno del FASAS, di interventi appropriati per tutti i FASAS di utenti con valutazione del rischio di sviluppare ulcere da pressione o con lesioni in atto

OSPEDALE DI COMUNITA'						
AREE DI APPROPRIATEZZA SPECIFICA	**N.**	**DESCRIZIONE INDICATORE**	**CAMPIONE**	**MODALITA' DI CALCOLO**	**FONTE**	**MODALITA' DI VERIFICA**
rischio cadute	7.1	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è stato valutato il rischio caduta	Utenti campionati per controllo	N. FASAS di utenti per i quali è stato valutato il rischio caduta/ N. totale FASAS di utenti campionati	- FASAS di ciascun utente campionato: 1. Documentazione attestante la valutazione del rischio caduta	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, all'interno dei FASAS campionati, la presenza della valutazione del rischio caduta
	7.2	Percentuale di FASAS di utenti, valutati a rischio di caduta e/o caduti, sottoposti a misure preventive/trattamentali	FASAS di utenti valutati a rischio di caduta e/o caduti	N. FASAS di utenti valutati a rischio di caduta e/o caduti, sottoposti a misure preventive/trattamentali/ N. totale FASAS di utenti valutati a rischio di caduta e/o caduti	FASAS	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, all'interno del FASAS, l'attuazione di misure preventive/trattamentali per tutti i FASAS di utenti campionati a rischio di caduta e/o caduti
obiettivi dimissione	8	percentuale di FASAS con presenza nel PAI di ingresso di obiettivi, al fine di garantire la continuità assistenziale dopo la dimissione, definiti in base alla condizione, anche socio-familiare, e alla condivisione con utente/caregiver, e la relativa pianificazione degli interventi necessari	Utenti campionati per controllo	N. utenti con presenza nel PAI di ingresso di obiettivi per garantire la continuità assistenziale in dimissione e con evidenza della situazione sociofamilare rilevata/ N.totale utenti campionati per controllo	FASAS	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare, all'interno del PAI di ingresso di ciascun utente campionato le azioni previste per attivare, anche tramite COT, gli interventi necessari al domicilio (ad es. predisposizione dell'ambiente domestico con ausili ...) o all'inserimento presso altre Unità di Offerta/strutture, considerando la situazione socio-familiare, ovvero se è in carico ai servizi sociali,se vive da solo, nonchè la verifica di: problemi relazionali/comportamentali/psichiatrici, dipendenze, problemi di autonomia, disabilità fisica, problemi di carattere giudiziario, difficoltà economiche e abitative, assenza o inadeguatezza del caregiver e nomina amministratore di sostegno/tutore. L'indicatore è raggiunto se presenti obiettivi di dimissione nel PAI con evidenza della rilevazione della situazione socio-familiare.
addestramento caregiver	9	Percentuale di FASAS con evidenza prima della dimissione della formazione/addestramento all'utente e/o al caregiver per la gestione delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche	Utenti campionati per controllo	N. utenti per i quali si rileva l'avvenuta formazione e/o addestramento all'utente e/o al caregiver o l'evidenza dell'assenza del bisogno /N. totale utenti campionati per controllo	FASAS	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare, per ciascun utente campionato l'avvenuta formazione/addestramento dell'utente /caregiver per la gestione delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche ovvero l'evidenza che tale formazione/addestramento non siano necessarie per la persona. Non pertinente in caso di

OSPEDALE DI COMUNITA'						
AREE DI APPROPRIATEZZA SPECIFICA	**N.**	**DESCRIZIONE INDICATORE**	**CAMPIONE**	**MODALITA' DI CALCOLO**	**FONTE**	**MODALITA' DI VERIFICA**
						dimissioni presso altre UdO/strutture
mobilizzazione	10.1	Percentuale di FASAS con evidenza della valutazione di bisogno di mobilizzazione attiva e/o passiva all'ingresso	Utenti campionati per controllo	N. utenti per i quali è presente la valutazione del bisogno di mobilizzazione/ N. totale utenti campionati per controllo	FASAS	ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare, per ciascun utente campionato, la presenza della di valutazione del bisogno di mobilizzazione attiva e/o passiva
	10.2	Percentuale di FASAS con evidenza nel PAI, in relazione al bisogno rilevato, di obiettivi e interventi atti a garantire la mobilizzazione dell'utente	utenti campionati che hanno evidenziato in sede di valutazione il bisogno di mobilizzazione	N. utenti per i quali sono presenti inteventi di mobilizzazione/ N. totale utenti campionati per controllo che hanno evidenziato in sede di valutazione il bisogno di mobilizzazione	FASAS	ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare, per gli utenti con bisogno di mobilizzazione la pianificazione e l'attuazione degli interventi
durata oltre 30 giorni	11	Percentuale di FASAS con evidenza della motivazione del superamento dei 30 giorni di ricovero	Utenti campionati per controllo che hanno ricoveri superiori ai 30 giorni	N. utenti con ricovero superiore ai 30 giorni motivato nel FASAS /N. totale utenti campionati per controllo con ricovero superiore ai 30 giorni	FASAS	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare, per ciascun utente campionato con ricovero superiore ai 30 giorni, la presenza nel FASAS di motivazione. L'indicatore non è applicabile con ricovero con durata inferiore ai 30 giorni.
protocolli	12	Percentuale di FASAS nei quali è stata riscontrata la corretta e appropriata applicazione dei protocolli assistenziali in uso dal Gestore	Utenti campionati per controllo	N. FASAS nei quali è stata verificata la corretta applicazione dei protocolli assistenziali/N. totale FASAS campionati	-FASAS di ciascun utente campionato - Protocolli assistenziali in uso	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, all'interno dei FASAS di ciascun utente campionato, l'appropriata applicazione dei protocolli assistenziali, coerenti con i bisogni dell'utente, precisati nel verbale di controllo.

Appendice 2: Indicatori di copertura dei Posti Letto a contratto (§ 7.8.1)

Tabella 1: Posti contrattualizzati ogni 10.000 abitanti (per Hospice, tutte le età)

ATS	ASST	HOSPICE
030321	ASST DI LODI	0,9
030321	ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA	0,5
030321	ASST NORD MILANO	1,0
030321	ASST OVEST MILANESE	0,7
030321	ASST RHODENSE	0,5
030321	COMUNE DI MILANO	1,0
030322	ASST DEI SETTE LAGHI	0,7
030322	ASST DELLA VALLE OLONA	0,8
030322	ASST LARIANA	0,5
030323	ASST DELLA VALCAMONICA	1,9
030323	ASST DELLA VALTELLINA E DELL'ALTO LARIO	0,8
030324	ASST DELLA BRIANZA	0,7
030324	ASST DI LECCO	0,7
030325	ASST DI BERGAMO EST	1,0
030325	ASST DI BERGAMO OVEST	0,3
030325	ASST PAPA GIOVANNI XXIII	1,3
030326	ASST DEGLI SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	0,8
030326	ASST DEL GARDA	1,1
030326	ASST DELLA FRANCIACORTA	0,6
030327	ASST DI CREMA	0,9
030327	ASST DI CREMONA	2,3
030327	ASST DI MANTOVA	0,7
030328	ASST DI PAVIA	1,6
TOTALE REGIONALE		**0,8**

Tabella 2: Posti contrattualizzati ogni 10.000 abitanti (16-64 anni)

ATS	ASST	RSD	CDD	CSS
030321	ASST DI LODI	6,6	12,4	1,6
030321	ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA	3,0	7,2	2,1
030321	ASST NORD MILANO	3,6	13,1	1,1
030321	ASST OVEST MILANESE	4,5	9,7	1,8
030321	ASST RHODENSE	14,5	13,8	3,1
030321	COMUNE DI MILANO	3,2	11,6	2,0
030322	ASST DEI SETTE LAGHI	10,4	9,4	2,1
030322	ASST DELLA VALLE OLONA	0	11,1	4,2
030322	ASST LARIANA	8,2	12,7	2,3
030323	ASST DELLA VALCAMONICA	2,7	17,7	6,8
030323	ASST DELLA VALTELLINA E DELL'ALTO LARIO	8,9	18,7	0,9
030324	ASST DELLA BRIANZA	4,9	10,2	1,1
030324	ASST DI LECCO	7,5	11,1	4,5
030325	ASST DI BERGAMO EST	10	10,7	3
030325	ASST DI BERGAMO OVEST	3,6	5,8	1,8
030325	ASST PAPA GIOVANNI XXIII	4,8	9,7	2,9
030326	ASST DEGLI SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	8,2	10	3
030326	ASST DEL GARDA	7,8	11,4	3,3
030326	ASST DELLA FRANCIACORTA	0	7,6	2,2
030327	ASST DI CREMA	12,6	7,2	2,7
030327	ASST DI CREMONA	47,2	11,7	4,9
030327	ASST DI MANTOVA	6,1	13,8	2,7
030328	ASST DI PAVIA	8,1	11,3	3,4
TOTALE REGIONALE		**6,7**	**10,8**	**2,5**

Tabella 3: Posti contrattualizzati ogni 10.000 abitanti (per RSA over75enni, per CDI over65enni)

ATS	ASST	RSA	CDI
030321	ASST DI LODI	484,5	23,6
030321	ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA	338,7	19,2
030321	ASST NORD MILANO	268,3	30,5
030321	ASST OVEST MILANESE	412,1	23
030321	ASST RHODENSE	277,1	22,7
030321	COMUNE DI MILANO	427	18,3
030322	ASST DEI SETTE LAGHI	539,7	15,1
030322	ASST DELLA VALLE OLONA	320,3	20,4
030322	ASST LARIANA	579,8	20,7
030323	ASST DELLA VALCAMONICA	614,6	51,5
030323	ASST DELLA VALTELLINA E DELL'ALTO LARIO	607,7	19,9
030324	ASST DELLA BRIANZA	299,2	26,6
030324	ASST DI LECCO	443,1	19,9
030325	ASST DI BERGAMO EST	477,5	25,8
030325	ASST DI BERGAMO OVEST	357,1	29,0
030325	ASST PAPA GIOVANNI XXIII	452,4	23,7
030326	ASST DEGLI SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	380,1	33,2
030326	ASST DEL GARDA	563,4	28,1
030326	ASST DELLA FRANCIACORTA	400	41,1
030327	ASST DI CREMA	396,7	28,8
030327	ASST DI CREMONA	1054,5	84,5
030327	ASST DI MANTOVA	613,1	28,1
030328	ASST DI PAVIA	725,2	35
TOTALE REGIONALE		**453,7**	**26**

Appendice 3: Indicazioni operative sull'avvio della sperimentazione specialistica ad alta intensità assistenziale terapeutico riabilitativa (§ 8.2.4)

Tabella 1

SPERIMENTAZIONE SPECIALISTICA AD ALTA INTENSITA' ASSISTENZIALE TERAPEUTICO RIABILITATIVA	
Target	Soggetti, preferibilmente minorenni e giovani adulti, con dipendenza patologica (da alcol e/o sostanze e/o gioco d'azzardo), che, per la presenza concomitante di disturbi psichiatrici o di gravi patologie fisiche o psichiche necessitano di trattamenti terapeutici specifici/intensivi, anche con ricorso a terapia farmacologica e relativo monitoraggio. Il target definito nei moduli dovrà comunque rappresentare una popolazione omogenea (minori o comorbili adulti, ecc). Eventuali provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria non costituiscono criterio di esclusione.
Tipologia di intervento	Trattamenti di alta intensità terapeutico-riabilitativi specifici correlati alla situazione clinica, anche con ricorso a terapia farmacologica e relativo monitoraggio. In caso di inserimento in specifici moduli i per minori è necessario che il gestore adegui i propri interventi ai peculiari bisogni con una particolare attenzione per il mantenimento e/o orientamento in percorsi scolastici o lavorativi.
Durata inserimento	18 mesi
Posti modulo funzionale	Da 5 a 15 su posti autorizzati e accreditati ma non a contratto. È comunque possibile aderire alla sperimentazione utilizzando posti già a contratto sospendendo temporaneamente il budget ordinario. In caso di minori è necessario vengano garantiti spazi e camere dedicati.
Standard gestionale	È obbligatoria la presenza in organico delle seguenti figure professionali (personale qualificato): -medico con specializzazione (Psichiatra o Neuropsichiatra o equipollenti); - Infermiere; - psicologo specializzato in disciplina di psicologia o psicoterapia o medico specializzato per la disciplina di psicoterapia; - professionista appartenente alla categoria delle professioni sanitarie della riabilitazione da definire in base ai bisogni dell'utenza, iscritto all'Ordine o ai relativi elenchi speciali. L'infermiere è presente per il tempo necessario a rispondere ai bisogni degli utenti, in particolare per garantire l'eventuale somministrazione della terapia farmacologica ai soggetti per cui il medico non ha dichiarato l'affidabilità nell'assunzione autonoma del farmaco (da rivedere almeno ogni 6 mesi o al cambio delle condizioni soggettive) Il Medico con le specializzazioni di cui sopra deve essere presente in struttura almeno una volta a settimana per il tempo necessario a rispondere ai bisogni degli utenti. Devono essere garantiti: a) 470 minuti settimana/ospite di personale qualificato di cui: - almeno 200 minuti devono essere garantiti da figure dell'area sanitaria (medico e/o infermiere e/o psicoterapeuta e/o psicologo e/o professionista sanitario della riabilitazione) - per i restanti 270 minuti possono essere conteggiati gli eventuali minuti eccedenti erogati dalle figure dell'area sanitaria, e quelli erogati dall'educatore socio-pedagogico, assistente sociale, OSS, psicologo, sociologo, mediatore linguistico culturale. b) 288 minuti settimana/ospite di personale di supporto Copresenza: È necessario garantire la copresenza di almeno due operatori per turno diurno, nello specifico: ➢ dalle 8:00 alle 16:00 copresenza di due operatori qualificati; ➢ dalle 16:00 alle 21:00 copresenza di un operatore qualificato e un operatore di supporto; ➢ nei festivi e nei fine settimana copresenza di un operatore qualificato e un operatore di supporto.

	Nel turno notturno deve essere garantita la presenza di almeno un operatore qualificato, (anche con l'utilizzo di Istituti Contrattuali quali notti passive/guardia notturna passiva e/o reperibilità con obbligo di residenza nel medesimo edificio della comunità) e reperibilità di un secondo operatore che può essere garantita anche da un operatore di supporto. Possono essere rendicontate nel minutaggio settimanale solo le ore di effettiva presenza in servizio attivo, con esclusione di ogni forma di reperibilità quali notti passive/guardia notturna passiva.

STANDARD PERSONALE	
Personale qualificato	- medico con specializzazione differenti secondo le tipologie di moduli funzionali - Infermiere - psicologo specializzato in disciplina di psicologia o psicoterapia o medico specializzato per la disciplina di psicoterapia - professionista appartenente alla categoria delle professioni sanitarie della riabilitazione, anche se iscritti agli elenchi speciali, ove previsti. - educatore socio-pedagogico - assistente sociale - OSS - psicologo - sociologo - mediatore linguistico culturale Per i soli gestori con qualifica di ONLUS ai sensi del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460 o delle qualifiche equiparate è ammesso, per una quota non eccedente il 25% della dotazione minima, l'impiego di personale in formazione (ad esclusione del personale sanitario), a condizione che abbia completato almeno il 50% del programma curricolare e garantisca un impegno di servizio di almeno 18 ore settimanali. È esclusa la rendicontazione a standard di tirocinanti o servizio civile come già previsto dalla DGR 2569/2014 e s.m.i. .
Personale di supporto	Il personale di supporto garantisce lo svolgimento di varie attività nelle strutture, contribuendo a migliorare la qualità dell'esperienza comunitaria e pertanto dell'intervento terapeutico e riabilitativo. A tale scopo è possibile ricomprendere anche l'apporto di utenti esperti/pari provenienti da percorsi riabilitativi in considerazione della loro esperienza. Tutto il personale di supporto dovrà essere adeguatamente formato tramite la partecipazione a percorsi organizzati da Regione, ATS/ASST o enti accreditati, secondo linee guida regionali. Afferiscono a tale area: 1) operatori che abbiano sostenuto corsi di formazione/aggiornamento/specializzazione quali, ad esempio, musicoterapia, arteterapia, danzaterapia, pet-therapy, mindfulness e teatroterapia, oltre che esperti in lavori artigianali (maestri d'arte), diplomati ISEF o laureati in scienze delle attività motorie sportive (classe 33); 2) operatori con corsi IREF di Regione Lombardia, e baccellierato per i sacerdoti; 3) il personale proveniente da percorsi riabilitativi è considerabile, al fine dello standard (minutaggio e copresenza), solo con la contemporanea presenza di altro/i operatore/i. L'eventuale eccedenza di minuti di personale qualificato concorre al raggiungimento del minutaggio previsto per il personale di supporto
Volontari	Per i soli gestori con qualifica di ONLUS ai sensi del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460 o delle qualifiche equiparate, il personale volontario con titoli/formazione previsti per il personale qualificato e/o di supporto è rendicontabile a standard, fino a un massimo del 50% del minutaggio erogato purché sia previsto un impegno settimanale di almeno 18 ore e sia garantito

	con dichiarazione sottoscritta dall'interessato, un impegno continuativo di servizio per almeno un anno.
Copresenza	Il requisito della copresenza quando previsto, per le UdO con più moduli funzionali è assolto su tutta l'unità di offerta e non sul singolo modulo. Se negli stessi spazi della struttura residenziale è accreditato anche una UdO semiresidenziale, il requisito della "copresenza" degli operatori può essere considerato soddisfatto con la presenza contemporanea di almeno due operatori che servano entrambe le UdO (residenziale e semiresidenziale). Resta confermato comunque il rispetto del minutaggio previsto per ciascuna unità d'offerta.
Medico	La presenza settimanale, ove richiesta, per il medico si intende assolta come presenza nella unità di offerta e non sul singolo modulo funzionale.

Appendice 4: Aggiornamento del Nomenclatore - Flusso Ambulatoriale (§ 8.2.6)

Tabella 1

NUOVO AMB	Dizionario	Operatore abilitato	Codice delle prestazioni Ex DGR 20586/2005 confluite nel nuovo nomenclatore.	Codice Sind per Prestazioni Omogenee
01_A Relazioni	Tutte le relazioni complesse sul singolo caso per Enti esterni anche su richiesta dell'assistito ivi compresa la produzione di tutti gli atti rilasciati al paziente o ad altri da lui autorizzati, che lo stesso può far valere per gli usi consentiti dalla legge	Tutte le figure professionali. Il valore è riconosciuto solo agli operatori che hanno redatto e firmato la propria relazione	2.1	1
01_B Certificazioni	Certificazione di dipendenza patologica e qualunque atto che presuppone un percorso certificativo (clinico diagnostico) di cui il certificato è l'attestazione conclusiva. NO PRESCRIZIONE FARMACI CHE RIENTRA NELLA QUOTA FORFETTARIA	Medici	2.2; 2.3	1
01_C Attestazione psicosociale a fini certificatori	Tutte le certificazioni di competenza dell'area psicosociale come, ad esempio, le certificazioni di situazione di grave svantaggio sociale	Psicologo; Assistente sociale; Educatore;	Non presente nel precedente AMB	1
02_A Visita Medica (1° e succ.).	Visita e/o colloquio medico resa al paziente sia in ambulatorio sia a domicilio, in ospedale etc. Visita per prima valutazione, revisione anamnestica propedeutica alla stesura del P.I. Visita per monitoraggio andamento trattamento o modifica P.I.	Medici	3.1.a; 3.1.b; 3.4; 3.12.a; 3.12.b; 4.1.; 4.6, 6.9	2
02_B Visita M. Spec (1° e succ.)	Visita specialistica è qualunque prestazione compiuta da un medico specialista appartenente alle specialità che la normativa nazionale prevede per i SerD.	Medico specialista	4.2; 4.4; 4.7; 4.9	2
03_A Counselling	Counseling su situazioni specifiche rivolto direttamente all'assistito e per informazioni/prevenzione inerenti comportamenti a rischio. Prestazioni psico-socioeducative e sanitarie focalizzate su problemi specifici e che possono esitare nella presa in carico o nel reinvio dell'assistito ad altre risorse/servizi. Sono valorizzate e riconosciute anche le prestazioni occasionali (max due al trimestre) anche in assenza di PI e PAI	Tutte le figure professionali escluse le figure amministrative	3.7; 5.2	3
03_B Colloqui con famigliari	Colloqui su situazioni specifiche rivolte alla famiglia o rete di supporto dell'all'assistito. Prestazioni psico-socioeducative e sanitarie focalizzate su problemi specifici e che possono esitare nella presa in carico o nel reinvio dell'assistito ad altre risorse/servizi. Con o senza la presa in carico del soggetto con problemi di dipendenza	Tutte le figure professionali escluse le figure amministrative	5.4	3
04_A Colloquio accoglienza/assistenza (incluso triage)	Tutti i colloqui e le attività svolte in fase di accoglienza e primo contatto per assistere il soggetto nelle prime fasi di presa in carico. Colloqui finalizzati alla lettura della domanda espressa. Colloqui per illustrare procedure diagnostiche e terapeutiche	Tutte le figure professionali escluse le figure amministrative	3.5.a; 3.5.b; 3.6.a; 3.6.b	4

04_B Colloquio infermiere (incluso triage)	Attività infermieristica e/o colloquio in fase di accoglienza e/o assistenza paziente durante le fasi di cura. Procedure di raccolta anamnestica, rilevazione parametri vitali e di funzionalità SNA; FC; P.A: etc.)	Infermiere/Assistenti sanitari	3.3.a; 3.3.b; 4.11	4
05_A Counseling patologie correlate	Counselling su patologie correlate e attività informativa/educativa sulle Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST) e salute sessuale	Medici/infermieri/ Assistenti sanitari	5.1	5
05_B test rapidi IST	Esecuzione di test IST e comunicazione dell'esito preliminare dei test rapidi salivari e su sangue da prelievo capillare	Medici/infermieri/ Assistenti sanitari	Non prevista nel precedente tariffario Ex DGR 20586/2005	5
05_C Colloqui e distribuzione materiale IST	Colloqui e distribuzione e di materiale informativo o presidi IST	Tutte le figure professionali	Non prevista nel precedente tariffario Ex DGR 20586/2005	5
06_A Esecuzione test urine	Ricerca mediante test rapid o drug test per la ricerca dei metaboliti eseguita direttamente negli ambulatori	Medici/infermieri/ Assistenti sanitari	6.10	6
06_B Medicazioni-incisioni	Iniezione infusione farmaci, medicazione ferite, incisioni, test al naloxone, sostituzione bendaggi etc. Compreso la somministrazione controllata di naloxone e monitoraggio ambulatoriale.	Medici/infermieri	6.5; 6.6; 6.7; 6.8; 6.12	6
06_C Raccolta urine	raccolta urine presso gli ambulatori, catena di custodia e invio ai laboratori	Medici/infermieri/ Assistenti sanitari/OSS	6.4	6
06_D Raccolta matrice cheratinica	Prelievo microbiologico (capello, tampone faringe, espettorato BK, ecc.)	Medici/infermieri/ Assistenti sanitari	6.3	
06_E Analisi su aria espirata	Rilevazione del tasso alcolico con etilometro in ambulatorio	Medici/infermieri/ Assistenti sanitari/OSS	6.11	6
06_F Prelievo sangue	Prelievo in ambulatorio di sangue venoso e/o arterioso	Medici/infermieri	3.14.a; 3.14.b; 6.1; 6.2	6
06_G Agopuntura	Seduta di trattamento non convenzionale (agopuntura con moxa revulsivante)	Medici/infermieri	4.12	6
06_H Raccolta matrice cheratinica	Prelievo microbiologico (capello)	OSS		
07_B Vaccinazioni	Esecuzione diretta di vaccini	Medici/infermieri/ Assistenti sanitari	4.13	7 + somministrazione farmaci non tariffata perché prevista nella quota forfettaria
08_A Colloquio psicologico (1° o succ.)	Colloqui psicologici di anamnesi, valutazione, sostegno e motivazionali individuali o di coppia/famiglia	Psicologo/psicoterapeuta	3.2; 3.2.b; 3.8.a; 3.8.b; 4.3; 4.8	8
08_F Psicoterapia (1° e succ.)	Trattamenti psicologici terapeutici e/o sedute di psicoterapia individuale o di coppia/famiglia	Psicoterapeuta	5.3; 7.1; 7.2; 8.1; 8.2	8
09_A Colloquio sociale (1° e succ.)	Colloqui sociali di anamnesi, valutazione, sostegno e trattamento individuali o di coppia/famiglia	Assistente sociale	3.9.a; 3.9.b; 4.5; 4.10; erogate da ass.soc.	9
09_B Colloquio educativo (1° e successivi)	Colloqui educativi di anamnesi, valutazione, sostegno e trattamento individuali o di coppia/famiglia	Educatore e Tecnico della riabilitazione	3.9.a; 3.9.b; 4.5; 4.10; erogate da educatore	19
10_A test diagnostici	Somministrazione, valutazione e restituzione di test per la definizione della diagnosi della funzionalità psichica/relazionale dell'assistito	Psicologo/psicoterapeuta/ Medici	3.11; 10.1	10
10_B questionario - interviste	Somministrazione, valutazione e restituzione di test, non di competenza esclusiva dello psicologo/medico, per la conoscenza della funzionalità psichica/relazionale dell'assistito	Tutte le figure professionali.	10.2; 10.3	10

11_A Attività reinserimento	Tutti i colloqui e le attività svolte in fase di riabilitazione/reinserimento e/o dimissione dell'assistito. Valutazione delle risorse personali; capacità individuali, livello di integrazione sociale e attitudine lavorativa residua	Tutte le figure professionali.	5.5	11
12_A Accompagnamento paziente	Tutti i colloqui e le attività svolte per l'accompagnamento dell'assistito a strutture/risorse del territorio nella fase della cura e del reinserimento (accompagnamenti in servizi di salute mentale, CPS, CT, ospedale, servizi sociali, ecc.)	Tutte le figure professionali.	Non presente nel tariffario Ex DGR 20586/2005	12 – 16 - 18
12_B Attività di Rete	Incontro di rete con operatori di altre strutture/risorse esterne all'ente erogatore. Le equipe interne all'ente erogatore per la definizione del programma sono invece incluse nella quota forfettaria	Tutte le figure professionali	3.10	13
12_C Management clinico telefonico	Attività di supporto, anche telefonica, alla gestione del caso con l'assistito e/o con soggetti della rete esterni all'ente erogatore, con indicazione nel FASAS del contenuto della prestazione erogata	Tutte le figure professionali	1.1; 1.2	13
12_D Inserimento in comunità	Colloqui di accompagnamento paziente nella fase di inserimento in strutture residenziali e semiresidenziali.	Tutte le figure professionali	Non presente nel tariffario Ex DGR 20586/2005	16
17_A Gruppi terapeutici	Gruppi con valenza terapeutica composti fino a un max di 12 pazienti. Dal 13esimo partecipante in poi la prestazione non viene valorizzata	Medici e psicologi/psicoterapeuti	9.1	17
17_B Gruppi socioeducativi	Gruppi socioeducativi e laboratori di animazione riabilitazione composti fino a un max di 12 pazienti. Dal 13esimo partecipante in poi la prestazione non viene valorizzata	Tutte le figure professionali	3.15; 3.15.b; 3.16: 9.2.a; 9.2.b	17
Prestazioni alberghiere	Previste nel SIND ma non nel nomenclatore Regionale	Non previste dal nomenclatore	Non presente nel tariffario Ex DGR 20586/2005	14
Prestazioni straordinarie di carattere economico	Previste nel SIND ma non nel nomenclatore Regionale	Non previste dal nomenclatore	Non presente nel tariffario Ex DGR 20586/2005	15
Invio in ricovero ospedaliero	Previste nel SIND ma non nel nomenclatore Regionale	Non previste dal nomenclatore	Non presente nel tariffario Ex DGR 20586/2005	18
Tutoraggio economico	Previste nel SIND ma non nel nomenclatore Regionale	Non previste dal nomenclatore	Non presente nel tariffario Ex DGR 20586/2005	20
Attività di consulenza legale	Previste nel SIND ma non nel nomenclatore Regionale	Non previste dal nomenclatore	Non presente nel tariffario Ex DGR 20586/2005	21

Appendice 5: Prestazioni Consultoriali (§ 8.5)

	CODICE	PRESTAZIONI	DESCRIZIONE	FIGURE CHE POSSONO EROGARE LA PRESTAZIONE	TETTO MAX	SEDE E MODALITA' EROGAZIONE
FASE ACCOGLIENZA	00101	COLLOQUIO DI ACCOGLIENZA/ORIENTAMENTO	Primo accesso al consultorio familiare da parte dell'utente (singolo/coppia/famiglia). Colloquio obbligatorio per i nuovi utenti, finalizzato a presentare il servizio, l'offerta consultoriale e/o accogliere la domanda dell'utente. E' possibile, dopo un periodo di interruzione/conclusione della presa in carico precedente, con relativa chiusura del progetto, svolgere un nuovo colloquio di accoglienza all'utente che si ripresenta al servizio. Il colloquio di accoglienza/orientamento può essere seguito dall'erogazione di altre prestazioni consultoriali nel medesimo giorno. Non sono considerati "colloquio di accoglienza/orientamento" le comunicazioni telefoniche, i colloqui svolti in modo informale, l'attività informativa, la raccolta di dati a fini amministrativi e altri accertamenti non strettamente connessi alle finalità del colloquio.	Viene svolto da un operatore tra le diverse figure professionali presenti nel consultorio con inquadramento non amministrativo.	(massimo 2 colloquio ogni 12 mesi dal primo colloquio di accoglienza)	Erogabile sia presso la sede del consultorio che fuori sede Erogabile solo in presenza
FASE DI INQUADRAMENTO / VALUTAZIONE DELLA DOMANDA E DEL BISOGNO		FASE DI INQUADRAMENTO / VALUTAZIONE DELLA DOMANDA E DEL BISOGNO	Può seguire il colloquio di accoglienza/orientamento ed è finalizzato all'approfondimento della situazione personale/sanitaria/relazionale e ad una miglior comprensione della domanda, al fine di facilitare (laddove segua una presa in carico) l'individuazione e la condivisione con l'utente del percorso che risponde ai bisogni individuati. L'operatore che effettua l'inquadramento valuta l'attivazione, ove necessario, degli altri professionisti pertinenti e/o dell'equipe.			
	20001	COLLOQUIO DI VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE INTEGRATA	E' un intervento che si rivolge alle situazioni complesse ed è finalizzato a comprendere, attraverso una valutazione multidisciplinare integrata (a cura dei diversi operatori consutoriali), i bisogni (espressi e non espressi) della persona/coppia/famiglia - che richiedano una lettura multidimensionale. A seguito del/i colloquio/i può essere necessario un ulteriore approfondimento (utilizzando altre prestazioni previste nella fase di INQUADRAMENTO/VALUTAZIONE), oppure può essere formulata la proposta/modifica di uno o più percorsi consultoriali. Non sono considerati "colloqui di valutazione multidisciplinare integrata" le comunicazioni telefoniche, i colloqui svolti in modo informale, l'attività di consulenza e altri accertamenti non strettamente connessi all'approfondimento dei bisogni di cui l'utente è portatore.	E' svolta da più operatori di diversa professionalità, anche non compresenti, e può prevedere anche il coinvolgimento di operatori di altro ente/soggetto, attivato dal consultorio.	(sino ad un massimo di 5 colloqui fatte salve prese in carico valutative e di monitoraggio/vigilanza in attuazione di mandato del Tribunale per i Minorenni in materia di adozione/affido)	Erogabile presso la sede del consultorio o fuori sede se motivato Erogabile solo in presenza

	CODICE	PRESTAZIONI	DESCRIZIONE	FIGURE CHE POSSONO EROGARE LA PRESTAZIONE	TETTO MAX	SEDE E MODALITA' EROGAZIONE
	20002	**CONSULTAZIONE**	Spazio di competenza di ogni figura professionale con la finalità di approfondire i bisogni, acquisire una cornice generale del problema, consentire eventualmente di riformulare la motivazione sottesa alla domanda, indicare/modificare un percorso consultoriale.	Può essere effettuata da tutte figure professionali del consultorio.	(fino a un massimo 4 colloqui di consultazione nel caso in cui sia erogata da una sola figura professionale; fino ad un massimo di 6 colloqui totali di consultazione nel caso in cui sia erogata da più figure professionali di diverse aree: ostetrico-ginecologico / sociale / psicologica / educativa).	Erogabile presso la sede del consultorio o fuori sede se motivato Erogabile in presenza o, solo in circostanze motivate e con utenti già noti al servizio, da remoto
	20003	**VALUTAZIONE PSICOLOGICA**	E' erogabile in tutti i casi in cui si renda necessario un approfondimento psicodiagnostico, rispetto alle finalità della consultazione. Oltre a quanto indicato per la consultazione, comprende una approfondita raccolta di dati relativi all'anamnesi personale/coppia/familiare (transgenerazionale), un approfondimento del funzionamento complessivo della persona/coppia/famiglia, la restituzione del quadro emerso e l'indicazione dell'intervento più appropriato per far fronte ai bisogni emersi.	effettuata da psicologo/psicoterapeuta.	(fino ad un massimo di 4 prestazioni)	Erogabile presso la sede del consultorio Erogabile solo in presenza
	20004	**SOMMINISTRAZIONE TEST**	La valutazione psicologica, per le sue finalità, può avvalersi della somministrazione di strumenti standardizzati (test, interviste, scale, ecc.) rivolti al singolo/coppia/famiglia. Comprende la lettura quali - quantitativa (scoring) degli esiti di somministrazione dei test.	Può essere effettuata da psicologi/ psicoterapeuti.		Erogabile presso la sede del consultorio Erogabile solo in presenza
	20005	**VALUTAZIONE SOCIALE**	E' erogabile in tutti i casi in cui si renda necessario un approfondimento sociale, rispetto alle finalità della consultazione. Oltre a quanto indicato per la consultazione, comprende un approfondimento delle componenti socio/economiche/culturali, la restituzione del quadro emerso e l'indicazione dell'intervento più appropriato per far fronte ai bisogni emersi.	effettuata dall'assistente sociale.	(fino ad un massimo di 4 colloqui)	Erogabile presso la sede del consultorio Erogabile solo in presenza
	20006	**OSSERVAZIONE**	Osservazione specifica,anche attraverso l'eventuale videoregistrazione, con la finalità di identificare le dinamiche relazionali e di funzionamento.	Può essere effettuata da tutte figure professionali del consultorio, anche in copresenza.		Erogabile presso la sede del consultorio Erogabile solo in presenza
FASE DI INTERVENTO/TRATTAMENTO		**FASE DI INTERVENTO/ TRATTAMENTO**	In questa fase, vengono attuati gli interventi/trattamenti finalizzati alla realizzazione dei percorsi consultoriali condivisi con l'utente.			
	30001	**MEDIAZIONE FAMILIARE**	Percorso, finalizzato alla ricerca di accordi in caso di separazione o divorzio, attivato per: - promuovere e sostenere la genitorialità - affrontare gli aspetti connessi alla separazione o al divorzio riguardanti le relazioni/funzioni educative - cercare soluzioni comuni e reciprocamente accettabili in un clima di rispetto, dignità ed equità.	E' svolto dalle figure professionali in possesso di formazione specifica in mediazione familiare.	(sino ad un massimo di 8 colloqui, con flessibilità sino a 10 per situazioni particolarmente problematiche)	Erogabile presso la sede del consultorio Erogabile in presenza o, solo in circostanze motivate o, da remoto

	CODICE	PRESTAZIONI	DESCRIZIONE	FIGURE CHE POSSONO EROGARE LA PRESTAZIONE	TETTO MAX	SEDE E MODALITA' EROGAZIONE
	30002	**CONSULENZA FAMILIARE**	Percorso guidato e strutturato per offrire alle coppie e ai nuclei familiari, anche monogenitoriali, la possibilità di affrontare, all'interno di uno spazio neutrale, problemi e/o difficoltà di tipo relazionale/familiare, in ordine alla maternità e paternità responsabili, all'educazione dei figli, alla promozione ed al mantenimento di equilibrati rapporti interpersonali. E' volto a: - favorire/facilitare le relazioni all'interno della famiglia, - sostenere le famiglie che si trovano in situazioni di difficoltà sociale e culturale - prevenire situazioni di disagio e violenza nell'ambito familiare - ricercare soluzioni per la ricomposizione del conflitto di coppia e familiare - promuovere le risorse personali e relazionali	E' svolto da psicologi, pedagogisti, assistenti sociali, educatori o da consulenti familiari in possesso di riconoscimento.	(sino ad un massimo di 8 colloqui, con flessibilità sino a 10 per situazioni particolarmente problematiche)	Erogabile presso la sede del consultorio o fuori sede se motivato Erogabile in presenza o, solo in circostanze motivate, da remoto
	30003	**CONSULENZA**	Intervento rivolto al singolo/coppia/famiglia finalizzato a fornire assistenza e supporto alla specifica tematica/problematica individuata, (compresa la consulenza preconcezionale), ad esclusione di quanto previsto nell'attività svolta all'interno della consulenza familiare. Sono comprese anche le consultazioni nutrizionali (da personale qualificato) e antifumo per le persone inserite in percorsi di presa in carico del Consultorio	La consulenza può essere effettuata da tutte le figure professionali presenti in consultorio.	(fino a un massino di 4 colloqui)	Erogabile presso la sede del consultorio o fuori sede se motivato Erogabile in presenza o, solo in circostanze motivate, da remoto
	30006	**COLLOQUIO DI SOSTEGNO**	Intervento finalizzato a fornire aiuto nelle situazioni di crisi a favore del singolo/coppia/famiglia, per affrontare i compiti evolutivi e di transizione del ciclo di vita. l'intervento mira a valorizzare le competenze e capacità individuali e relazionali e a fornire assistenza/orientamento/supporto alla specifica tematica/problematica presentata.	Il sostegno viene svolto da tutte le figure professionali presenti in consultorio.	(fino a un massimo 10 colloqui di sostegno nel caso in cui sia erogato da una sola figura professionale; fino ad un massimo di 15 colloqui di sostegno totali nel caso in cui sia erogato da più figure professionali di aree diverse (ostetrico-ginecologico / sociale / psicologica / educativa) . Restano escluse dal limite massimo le prese in carico relative a: adozioni, affidi, violenza di genere, disturbi emotivi perinatali, situazioni attivate da provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria, progetti personalizzati per attuazione di iniziative regionali, training allattamento postpartum).	Erogabile presso la sede del consultorio o fuori sede se motivato Erogabile in presenza o, solo in circostanze motivate, da remoto
	30007	**COUNSELING MOTIVAZIONALE BREVE**	Intervento relazionale di durata breve basata sui principi Motivational Interviewing. Deve essere erogata solo associata a consulenza, sostegno, bilanci di salute e visite ostetrico-ginecologiche.	Può essere effettuato da tutte le figure professionali sanitarie adeguatamente formato nel	massimo n. 4 all'anno	la modalità di erogazione segue la prestazione a cui è associata

	CODICE	PRESTAZIONI	DESCRIZIONE	FIGURE CHE POSSONO EROGARE LA PRESTAZIONE	TETTO MAX	SEDE E MODALITA' EROGAZIONE
				Counseling Motivazionale Breve		
		PSICOTERAPIA	Interventi strutturati mirati alla cura dei disturbi psicologici e relazionali nell'area di competenza consultoriale. La presa in carico psicologica e psicoterapeutica consultoriale è orientata prevalentemente ad interverventi che si configurano come tutela del Benessere e dell'equilibrio psichico, volti a superare momenti di crisi del ciclo di vita. In presenza di sintomi emotivi comuni, se non chiaramente reattivi a situazioni riconducibili al fisiologico ciclo di vita individuale e familiare, si valuterà in fase di accoglienza l'attivazione della rete dei servizi di Salute Mentale, di Psicologia delle Cure Primarie e/o Psicologia di Comunità.	Viene svolta da psicoterapeuti abilitati.	(di norma, sino a un massimo di 10 sedute, fatte salve le situazioni relative a: progetti d'intervento con obiettivi legati alla violenza di genere, disturbi emotivi perinatali, attuazione di provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria)	in sede anche da remoto
	30008	Psicoterapia rivolta al singolo				Erogabile presso la sede del consultorio Erogabile in presenza o, solo in circostanze motivate, da remoto
	30009	Psicoterapia rivolta alla famiglia				Erogabile presso la sede del consultorio Erogabile in presenza o, solo in circostanze motivate, da remoto
	30010	Interventi di psicoterapia di gruppo				Erogabile presso la sede del consultorio Erogabile in presenza o, solo in circostanze motivate, da remoto
	30011	Psicoterapia rivolta alla coppia				Erogabile presso la sede del consultorio Erogabile in presenza o, solo in circostanze motivate, da remoto
	30012	**ASSISTENZA AL DOMICILIO**	Visita di uno o più operatori al domicilio in favore del singolo, della coppia e della famiglia. Intervento finalizzato alla promozione del benessere e al sostegno nelle diverse fasi del ciclo di vita, al supporto alle relazioni familiari e alla genitorialità responsiva; alla valutazione dell'ambiente, del clima familiare, delle relazioni educative; all'accompagnamento e al sostegno a situazioni di vulnerabilità e fragilità	L'assistenza al domicilio viene svolta da tutte le figure professionali presenti in consultorio.		Erogabile presso il domicilio

	CODICE	PRESTAZIONI	DESCRIZIONE	FIGURE CHE POSSONO EROGARE LA PRESTAZIONE	TETTO MAX	SEDE E MODALITA' EROGAZIONE
	30013	**INCONTRO DI GRUPPO CON UTENTI**	Incontro singolo o ciclo di incontri della durata minima di un'ora con un minimo di 4 e un massimo 20 utenti, caratterizzati da tematiche comuni. L'intervento può essere realizzato da uno o più operatori, anche di discipline diverse. E' finalizzato a promuovere il benessere personale/familiare nelle diverse fasi del ciclo di vita,a fornire conoscenze e confrontare esperienze che favoriscano il miglioramento delle competenze relazionali ed educative e degli stili di vita e a favorire il superamento delle situazioni di difficoltà.	L'incontro di gruppo viene svolto da tutte le figure professionali presenti in consultorio.		Erogabile presso la sede del consultorio o fuori sede Erogabile in presenza. In relazione all'esigenze dei singoli è possibile la partecipazione da remoto per alcuni incontri
	30014	**INCONTRI DI ACCOMPAGNAMENTO DEL PERCORSO NASCITA**	ciclo di incontri di gruppo dedicato al percorso nascita (dal concepimento al puerperio) a conduzione ostetrica. rivolto alla donna e alla persona di riferimento da lei scelta	Svolti dall'ostetrica, eventualmente in integrazione con operatore di altre discipline su tematiche specifiche (es. aspetti psicologici o sociali dell'evento nascita)	min 6 max 12 incontri	Erogabile presso la sede del consultorio o fuori sede Erogabile in presenza. In relazione all'esigenze dei singoli è possibile la partecipazione da remoto per alcuni incontri
	30015	**INCONTRI DI GRUPPO DI AUTO-MUTUO-AIUTO**	Nell'ambito dei gruppi di auto – mutuo – aiuto, l'intervento, ad opera di una o più delle figure professionali presenti in consultorio, secondo le competenze proprie della professione, può comportare: - la partecipazione attiva al gruppo finalizzata a facilitare, con metodologie peer to peer, la condivisione e lo scambio di esperienze tra i partecipanti, in relazione a specifiche tematiche (es.: aiuto al care giver, genitori separati, elaborazione del lutto, ecc.); - la sola attivazione e/o la supervisione del gruppo.			Erogabile presso la sede del consultorio o fuori sede Erogabile in presenza.
RELAZIONI COMPLESSE		**RELAZIONI COMPLESSE**	Relazioni di particolare complessità. Non si configura come relazione complessa il riscontro a richiesta di accesso agli atti. Le relazioni riguardano le seguenti aree tematiche, implicanti particolare rilevanza e specifica complessità di presa in carico e connessa progettazione personalizzata.	possono essere redatte (in modalità mono professionale o multidisciplinare) da tutte le figure professionali presenti nel consultorio		in presenza anche fuori sede
	40001	Adozione nazionale /internazionale				
	40002	Affido familiare				
	40003	Tutela dei minorenni (Tribunale per i minorenni, Tribunale ordinario)				
	40004	Interruzione volontaria della gravidanza	Interdetti, incapaci e minori			
	40005	relazione sul percorso consultoriale su richiesta della Procura/autorità giudiziaria, altri enti	solo per persone già seguite dal consultorio familiare			

	CODICE	PRESTAZIONI	DESCRIZIONE	FIGURE CHE POSSONO EROGARE LA PRESTAZIONE	TETTO MAX	SEDE E MODALITA' EROGAZIONE
	40006	Matrimoni tra minorenni				
	40007	Nullità presso Tribunale ecclesiastico				
ATTIVITA' CON ALTRI ENTI E SERVIZI		**ATTIVITÀ CON ALTRI ENTI E SERVIZI**	Incontri operativi mirati alla presentazione e alla discussione del caso, alla presa in carico, alla programmazione, al coordinamento e alla verifica del progetto di intervento incentrato sul singolo, coppia o famiglia.	L'attività può essere svolta da tutte le figure professionali presenti in consultorio, secondo le competenze proprie della professione		
	50001	in sede				Erogabile da remoto
	50002	fuori sede				
PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE		**PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE**				
		INCONTRI DI GRUPPO Gli interventi sono riferiti alle seguenti tematiche:	Serie di incontri (minimo 2) della durata minima di 90 minuti, realizzati da uno o più operatori, con un gruppo di almeno 4 utenti e sino ad un massimo di 25, oppure, nel contesto scolastico, con un gruppo classe, finalizzati, nell'ambito di programmi di comunità, a sostenere processi di salute mediante la promozione di conoscenze, competenze e consapevolezze per il miglioramento delle dinamiche relazionali, educative, evolutive, comportamentali.	tutte le figure professionali del consultorio		
	60001	relazioni di coppia e familiari e rapporto genitori-figli				Erogabile presso la sede del consultorio o fuori sede Erogabile in presenza
	60002	genitorialità				Erogabile presso la sede del consultorio o fuori sede Erogabile in presenza
	60003	"educazione alle relazioni, all'affettività e alla sessualità"				Erogabile presso la sede del consultorio o fuori sede Erogabile in presenza
	60004	contraccezione e procreazione responsabile				Erogabile presso la sede del consultorio o fuori sede Erogabile in presenza
	60005	promozione della salute rispetto alle infezioni sessualmente trasmesse				Erogabile presso la sede del consultorio o fuori sede Erogabile in presenza
	60006	accompagnamento alle diverse fasi della vita				Erogabile presso la sede del consultorio o fuori sede Erogabile in presenza

	CODICE	PRESTAZIONI	DESCRIZIONE	FIGURE CHE POSSONO EROGARE LA PRESTAZIONE	TETTO MAX	SEDE E MODALITA' EROGAZIONE
	60007	bullismo, cyber bullismo				Erogabile presso la sede del consultorio o fuori sede Erogabile in presenza
	60008	violenza di genere				Erogabile presso la sede del consultorio o fuori sede Erogabile in presenza
		INCONTRI DI SENSIBILIZZAZIONE				
	60009	incontri rivolte alla comunità di sensibilizzazione su tematiche consultoriali	incontri almeno di durata di 2 ore	tutte le figure professionali del consultorio	massimo n. 10 all'anno per CF	Erogabile presso la sede del consultorio o fuori sede Erogabile in presenza.
		LIFE SKILLS TRAINING - SCUOLA PRIMARIA	Azioni previste nel Programma Preventivo Regionale Life Skills Training Lombardia Scuola Primaria - Programma evidence based su prevenzione dipendenze, affettività, sessualità, relazioni positive, benessere. La formazione del Programma per la Scuola Primaria. Per essere riconosciute la prestazione devono essere state erogate al medesimo docente le tre prestazioni previste: 60010/60011/60012			
	60010	Erogazione del programma formativo in presenza livello 1	rivolto a gruppo composto da minimo 6 a un massimo 30 docenti, condotto da 1 operatore e un docente formati e abilitati, previste 15 ore (compresa attività di accompagnamento e verifica): 5 incontri da 3 ore, condotti da n.1 operatore/incontro	professionisti che hanno partecipato ad una formazione regionale abilitante per il livello 1 (16 ore), per il livello 2-3 (14 ore)		Erogabile presso la sede del consultorio o fuori sede Erogabile in presenza.
	60011	Erogazione del programma formativo in presenza livello 2	rivolto a gruppo composto da minimo 6 a un massimo 30 docenti, condotto da 1 operatore e un docente formati e abilitati, previste 12 ore (compresa attività di accompagnamento e verifica): 4 incontri da 3 ore condotti da n.1 operatore/incontro	professionisti che hanno partecipato ad una formazione regionale abilitante per il livello 1 (16 ore), per il livello 2-3 (14 ore)		Erogabile presso la sede del consultorio o fuori sede Erogabile in presenza.
	60012	Erogazione del programma formativo in presenza livello 3	rivolto a un gruppo composto da minimo 6 a un massimo 30 docenti, condotto da 1 operatore e un docente formati e abilitati, previste 12 ore (compresa attività di accompagnamento e verifica): 4 incontri da 3 ore, condotti da n. 1 operatore/incontro	professionisti che realizzano il Programma dovranno partecipare a una formazione regionale abilitante per il livello 1 (16 ore), per il livello 2-3 (14 ore)		Erogabile presso la sede del consultorio o fuori sede Erogabile in presenza.
		LIFE SKILLS TRAINING - SCUOLA SECONDARIA I GRADO	Azioni previste nel Programma Preventivo Regionale Life Skills Training Lombardia Scuola Secondaria I grado con visita delle classi terze al consultorio - Programma evidence based su prevenzione dipendenze, GAP, affettività, sessualità, relazioni positive, benessere e salute mentale, bullismo, cyberbullismo, violenza di genere. Per essere riconosciuta la prestazione devono essere state erogate al medesimo docente le tre prestazioni previste: 60013/60014			

	CODICE	PRESTAZIONI	DESCRIZIONE	FIGURE CHE POSSONO EROGARE LA PRESTAZIONE	TETTO MAX	SEDE E MODALITA' EROGAZIONE
	60013	Erogazione del programma formativo livello 1	rivolto a un gruppo composto da minimo 6 a un massimo 30 docenti, condotto da 2 operatori formati e abilitati, previste 14 ore in presenza: 4 incontri da 3,5 ore ciascuno	I professionisti che realizzano il Programma dovranno partecipare a una formazione regionale abilitante per il livello 1 (16 ore), per il livello 2-3 (14 ore)		Erogabile presso la sede del consultorio o fuori sede Erogabile in presenza.
	60014	Erogazione del programma formativo livello 2-3	rivolto a un gruppo composto da minimo 6 a un massimo 30 docenti, condotto da 2 operatori formati e abilitati, previste 14 ore in presenza: 4 incontri da 3,5 ore ciascuno	I professionisti che realizzano il Programma dovranno partecipare a una formazione regionale abilitante per il livello 1 (16 ore), per il livello 2-3 (14 ore)		Erogabile presso la sede del consultorio o fuori sede Erogabile in presenza.
		PROGRAMMA PREVENTIVO REGIONALE UNPLUGGED - SCUOLA SECONDARIA II GRADO	Azioni previste nel Programma Preventivo Regionale Unplugged Lombardia Scuola Secondaria II grado con visita del gruppo classe al consultorio - Programma evidence based su prevenzione dipendenze, GAP, affettività, sessualità, relazioni positive, benessere e salute mentale, bullismo, cyberbullismo, violenza di genere. Per essere riconosciuta la prestazione devono essere state erogate al medesimo docente le tre prestazioni previste: 60015/60016			
	60015	Erogazione del programma formativo	rivolto a un gruppo composto da minimo 6 a un massimo 30 docenti, condotto da 2 operatori formati e abilitati 2,5 giornate, previste 20 ore: primo incontro: 7 ore / secondo incontro: 7 ore / terzo incontro: 6 ore	I professionisti che realizzano il Programma dovranno partecipare a una formazione regionale abilitante per il livello 1 (16 ore), per il livello 2-3 (14 ore)		Erogabile presso la sede del consultorio o fuori sede Erogabile in presenza.
	60016	Realizzazione di incontri di accompagnamento periodici	almeno 2 incontri condotti da 2 operatori formati e abilitati, previste 6 - 8 ore: 2-3 incontri/ anno, da 2 ore e mezza ciascuno, 2 operatori/incontri	I professionisti che realizzano il Programma dovranno partecipare a una formazione regionale abilitante per il livello 1 (16 ore), per il livello 2-3 (14 ore)		Erogabile presso la sede del consultorio o fuori sede Erogabile in presenza.
		PROGRAMMA REGIONALE TRA PARI - SCUOLA SECONDARIA	Azioni previste nel Programma Regionale Tra Pari Scuola Secondaria con visita del gruppo classe al consultorio - Programma evidence based su bullismo, cyberbullismo, sessualità e affettività, dipendenze, GAP, violenza di genere			
	60017	Reaalizzazione di incontri	L'iniziativa è rivolta agli studenti e sono previsti 5 incontri da 4 ore condotti da un operatore formato specificatamente da ATS	operatore formato specificatamente da ATS		Erogabile presso la sede del consultorio o fuori sede Erogabile in presenza.

	CODICE	PRESTAZIONI	DESCRIZIONE	FIGURE CHE POSSONO EROGARE LA PRESTAZIONE	TETTO MAX	SEDE E MODALITA' EROGAZIONE
INTERVENTI IN AREA OSTETRICO-GINECOLOGICA		**INTERVENTI IN AREA OSTETRICO-GINECOLOGICA**	Gli interventi in area ostetrico - ginecologica devono essere inseriti in percorsi preventivo/assistenziali di presa in carico multidimensionale della persona all'interno del quale trovano senso le singole prestazioni in risposta ai bisogni individuati attraverso l'analisi e la comprensione della specifica fase del ciclo di vita. Tutte le prestazioni sono gratuite e senza impegnativa; ogni prestazione che richieda un esame laboratoristico segue invece il regolamento in vigore secondo la Specialistica Ambulatoriale (impegnativa e compartecipazione alla spesa), esclusi i percorsi di screening			
	70001	BILANCIO DI SALUTE OSTETRICO - PRIMA VISITA PRENATALE				Erogabile presso la sede del consultorio Erogabile in presenza.
	70002	BILANCIO DI SALUTE OSTETRICO - PRIMA VISITA POSTNATALE				Erogabile presso la sede del consultorio Erogabile in presenza.
	70003	BILANCIO DI SALUTE OSTETRICO - CONTROLLO PRENATALE				Erogabile presso la sede del consultorio Erogabile in presenza.
	70004	BILANCIO DI SALUTE OSTETRICO - CONTROLLO POSTNATALE (entro 10 settimane dalla nascita)				Erogabile presso la sede del consultorio Erogabile in presenza.
	70005	BILANCIO DI SALUTE (NON ASSOCIABILE A GRAVIDANZA) ESEGUITA DA OPERATORI SANITARI	Note: rivolto a target quali donne in menopoausa, adolescenza etc.			Erogabile presso la sede del consultorio Erogabile in presenza.
	70006	PRIMA VISITA GINECOLOGICA	solo per donne già seguite dal consultorio familiare, anche presso una sede differente (ad es. secondaria) dello stesso			Erogabile presso la sede del consultorio Erogabile in presenza.
	70007	VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO	solo per donne già seguite dal consultorio familiare, anche presso una sede differente (ad es. secondaria) dello stesso			Erogabile presso la sede del consultorio Erogabile in presenza.
	70008	PRIMA VISITA OSTETRICA	solo per donne già seguite dal consultorio familiare, anche presso una sede differente (ad es. secondaria) dello stesso			Erogabile presso la sede del consultorio Erogabile in presenza.
	70009	VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO	solo per donne già seguite dal consultorio familiare, anche presso una sede differente (ad es. secondaria) dello stesso			Erogabile presso la sede del consultorio Erogabile in presenza.
	70010	PRIMA VISITA UROLOGICA	solo per donne già seguite dal consultorio familiare, anche presso una sede differente (ad es. secondaria) dello stesso			Erogabile presso la sede del consultorio Erogabile in presenza.

	CODICE	PRESTAZIONI	DESCRIZIONE	FIGURE CHE POSSONO EROGARE LA PRESTAZIONE	TETTO MAX	SEDE E MODALITA' EROGAZIONE
	70011	VISITA UROLOGICA DI CONTROLLO	solo per donne già seguite dal consultorio familiare, anche presso una sede differente (ad es. secondaria) dello stesso			Erogabile presso la sede del consultorio Erogabile in presenza.
	70012	SCREENING DELLA CERVICE (HPV/PAP TEST)	EROGABILE ALL'INTERNO DI ATTIVITA' DI SCREENING Come da indicazioni Regionali in vigore			Erogabile presso la sede del consultorio Erogabile in presenza.
	70013	PRELIEVO CITOLOGICO, ISTOLOGICO E MICROBIOLOGICO	Il prelievo è gratuito e non necessita impegnativa. L'analisi del campione non è di competenza del Consultorio e prevede prescrizione medica e compartecipazione compartecipazione qualora dovuta.			Erogabile presso la sede del consultorio Erogabile in presenza.
	70014	COLPOSCOPIA	Esecuzione a tutte le donne seguite in Consultorio con indicazione colposcopica della prestazione			Erogabile presso la sede del consultorio Erogabile in presenza.
	70015	BIOPSIA MIRATA DELLA PORTIO A GUIDA COLPOSCOPICA	Il prelievo è gratuito e non necessita impegnativa. L'analisi del campione non è di competenza del Consultorio e prevede prescrizione medica e compartecipazione qualora dovuta. Esame eseguibile solo per donne seguite all'interno dei percorsi del Consultorio Familiare			Erogabile presso la sede del consultorio Erogabile in presenza.
	70016	INSERZIONE RIMOZIONE O SOSTITUZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO L.A.R.C. (senza incisione)	erogabile in associazione a visita ginecologica (prima e controllo)			Erogabile presso la sede del consultorio Erogabile in presenza.
	70017	RIMOZIONE CON INCISIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO L.A.R.C.	erogabile in associazione a visita ginecologica (prima e controllo). In caso di sostituzione di contraccettivo sottocutaneo che preveda necessariamente l'incisione è possibile rendicontare sia la prestazione 70017 che la 70016.			Erogabile presso la sede del consultorio Erogabile in presenza.
	70018	INSERZIONE/RIMOZIONE/SOSTITUZIONE DI PESSARIO VAGINALE				Erogabile presso la sede del consultorio Erogabile in presenza.
	70019	ECOGRAFIA OSTETRICA per studio della translucenza nucale. Incluso: consulenza pre e post test combinato	solo per donne già seguite dal consultorio familiare, anche presso una sede differente (ad es. secondaria) dello stesso			Erogabile presso la sede del consultorio Erogabile in presenza.
	70020	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA	solo per donne già seguite dal consultorio familiare, anche presso una sede differente (ad es. secondaria) dello stesso			Erogabile presso la sede del consultorio Erogabile in presenza.
	70021	ECOGRAFIA OSTETRICA	solo per donne già seguite dal consultorio familiare, anche presso una sede differente (ad es. secondaria) dello stesso			Erogabile presso la sede del consultorio Erogabile in presenza.
	70022	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	solo per donne già seguite dal consultorio familiare, anche presso una sede differente (ad es. secondaria) dello stesso			Erogabile presso la sede del consultorio Erogabile in presenza.

	CODICE	PRESTAZIONI	DESCRIZIONE	FIGURE CHE POSSONO EROGARE LA PRESTAZIONE	TETTO MAX	SEDE E MODALITA' EROGAZIONE
	70023	PERCORSO DI SCREENING DNA FETALE NON INVASIVO DA SANGUE MATERNO	secondo le indicazioni Regionali in vigore			Erogabile presso la sede del consultorio Erogabile in presenza.
	70024	COUNSELING E SOMMISTRAZIONE DI VACCINO	Solo per donne già seguite dal consultorio familiare, anche presso una sede differente (ad es. secondaria) dello stesso Peri soli maggiorenni: Vaccini Anti hpv come da indicazioni regionali Vaccini anti Difterite tetano pertosse (ogni 10 anni), Vaccini Pneumo e zoster per over 65 anno e condizioni di rischio, Vaccino anti morbillo parotite rosolia e varicella (tutti gli scoperti), vaccino Influenza e vaccino Covid. Campagne promosse da Regione Lombardia. Il consultorio deve rendicontare le vaccinazioni sul portale ARVAX.			Erogabile presso la sede del consultorio Erogabile in presenza.
	70025	COUNSELING E INIEZIONE DI FARMACI	solo per donne già seguite dal consultorio familiare, anche presso una sede differente (ad es. secondaria) dello stesso			Erogabile presso la sede del consultorio Erogabile in presenza.
	70026	EDUCAZIONE E RIEDUCAZIONE ADDOMINO PELVI PERINEALE INDIVIDUALE	solo per donne già seguite dal consultorio familiare, anche presso una sede differente (ad es. secondaria) dello stesso			Erogabile presso la sede del consultorio Erogabile in presenza.
	70027	EDUCAZIONE E RIEDUCAZIONE ADDOMINO PELVI PERINEALE DI GRUPPO	solo per donne già seguite dal consultorio familiare, anche presso una sede differente (ad es. secondaria) dello stesso			Erogabile presso la sede del consultorio Erogabile in presenza.
		ACCESSO e TUTORING	Insieme delle attività relative al primo accesso dell'utente, comprendenti: informazioni telefoniche, colloqui di informazione anche per le nuove iniziative regionali in materia di sostegno alla famiglia e alla natalità e maternità, finalizzate se necessario anche alla compilazione della documentazione richiesta. Possono essere svolte da tutti gli operatori professionali presenti nel consultorio. La Regione provvede alla valorizzazione in funzione del numero di utenti rendicontati nell'anno di riferimento.			

Appendice 6: Indicatori di copertura posti letto accreditati (§ 9.4)

Tabella 1: Posti accreditati ogni 10.000 abitanti (18-64 anni)

ATS	ASST	RSD ACC	CDD ACC	CSS ACC
030321	ASST DI LODI	7	13,1	1,6
030321	ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA	3	7,9	2,8
030321	ASST NORD MILANO	3,6	13,1	1,1
030321	ASST OVEST MILANESE	4,5	9,7	2,5
030321	ASST RHODENSE	14,6	13,8	3,3
030321	COMUNE DI MILANO	3,2	12,1	2
030322	ASST DEI SETTE LAGHI	11,5	9,4	2,1
030322	ASST DELLA VALLE OLONA	0	12	5
030322	ASST LARIANA	9,3	13	3,1
030323	ASST DELLA VALCAMONICA	2,7	18,1	6,8
030323	ASST DELLA VALTELLINA E DELL'ALTO LARIO	8,9	18,7	0,9
030324	ASST DELLA BRIANZA	4,9	10,2	1,1
030324	ASST DI LECCO	9,7	11,6	5
030325	ASST DI BERGAMO EST	10,6	10,9	3,6
030325	ASST DI BERGAMO OVEST	3,6	5,8	1,8
030325	ASST PAPA GIOVANNI XXIII	4,8	9,7	3,6
030326	ASST DEGLI SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	8,5	10,4	3,1
030326	ASST DEL GARDA	7,9	11,6	3,7
030326	ASST DELLA FRANCIACORTA	0	7,6	2,2
030327	ASST DI CREMA	12,6	7,2	2,7
030327	ASST DI CREMONA	47,5	12,4	6
030327	ASST DI MANTOVA	6,6	14	3,5
030328	ASST DI PAVIA	8,5	11,7	3,4
TOTALE REGIONALE		**7,0**	**11,1**	**2,8**

Tabella 2: Posti Accreditati ogni 10.000 abitanti (per RSA over 75enni, per CDI over 65enni)

ATS	ASST	RSA ACC	CDI ACC
030321	ASST DI LODI	491	25,5
030321	ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA	362	19,7
030321	ASST NORD MILANO	276,1	30,8
030321	ASST OVEST MILANESE	456,3	26
030321	ASST RHODENSE	355,9	27,3
030321	COMUNE DI MILANO	444,3	18,3

030322	ASST DEI SETTE LAGHI	605	15,1
030322	ASST DELLA VALLE OLONA	334,4	32,2
030322	ASST LARIANA	672,4	21,9
030323	ASST DELLA VALCAMONICA	761,1	61,4
030323	ASST DELLA VALTELLINA E DELL'ALTO LARIO	737,7	20,8
030324	ASST DELLA BRIANZA	358,5	33
030324	ASST DI LECCO	471,5	21,6
030325	ASST DI BERGAMO EST	561,5	32
030325	ASST DI BERGAMO OVEST	421,9	35,7
030325	ASST PAPA GIOVANNI XXIII	518,3	26,6
030326	ASST DEGLI SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	437	39,7
030326	ASST DEL GARDA	590,4	39,2
030326	ASST DELLA FRANCIACORTA	418	46,3
030327	ASST DI CREMA	434,5	37,5
030327	ASST DI CREMONA	1.088,4	95,2
030327	ASST DI MANTOVA	733,5	37,9
030328	ASST DI PAVIA	851,1	47,1
Totale regionale		**508,3**	**30,7**

Appendice 7: Afferenze dei Punti Nascita ai CCR per SNE (§ 10.1.5)

Tabella 1

1: IRCCS Fondazione San Gerardo dei Tintori di Monza, Monza; 2: IRCCS Fondazione Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano; 3: Ospedale S. Paolo, ASST Santi Paolo Carlo, Milano; 4: Ospedale dei Bambini V. Buzzi; ASST Fatebenefratelli – Sacco, Milano; 5: Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta, Milano; 6: Spedali Civili di Brescia - Ospedale dei Bambini; 7: IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia; 8: IRCCS Ospedale San Raffaele di Milano.

			esistenti			**Nuovo**	**nuovo**
Ospedale	**Città**	**ASST**	**MME**	**HPA/PKU**	**SMA**	**XALD**	**SCID**
H P. Giovanni XXIII	Bergamo	Papa Giovanni XXIII	1	3	5	5	1
H. Poliambulanza	Brescia	-	2	3	5	5	6
Spedali Civili	Brescia	Spedali Civili di Brescia	2	3	6	5	6
Ist. Clinico S. Anna	Brescia	-	2	3	5	5	6
H. Circolo	Busto Arsizio	Valle Olona	4	4	5	4	**7**
H. V. Emanuele III	Carate Brianza	Brianza	1	4	5	4	1
H. M. Mellini	Chiari	Franciacorta	2	3	5	5	6
H. del Verbano Luvini	Cittiglio	Sette Laghi	4	4	5	4	**7**
H. S. Anna Como	S. Fermo della Battaglia	Lariana	1	4	5	4	**1**
H. Valduce	Como	-	1	4	5	4	**1**
H. Maggiore	Crema	Crema	3	3	5	5	**7**
H. POC	Cremona	Cremona	3	3	5	5	6
H. Civile	Desenzano	Garda	2	3	5	5	6

			esistenti			Nuovo	nuovo
Ospedale	**Città**	**ASST**	**MME**	**HPA/PKU**	**SMA**	**XALD**	**SCID**
H. Civile	Desio	Brianza	1	4	5	4	1
H Sacra Famiglia	Erba	-	1	4	5	4	**1**
H. Vallecamonica	Esine	Valcamonica	1	4	5	4	6
H. S. Antonio Abate	Gallarate	Valle Olona	4	4	5	4	**7**
H. Salvini	Garbagnate M.se	Rhodense	1	3	5	4	**8**
H. Moriggia Pelascini	Gravedona	-	1	4	5	4	**1**
H. A. Manzoni	Lecco	Lecco	1	3	5	4	**1**
H. Civile	Legnano	Ovest Milano	4	4	5	4	**7**
H. Maggiore	Lodi	Lodi	3	3	5	5	**7**
H. Fenaroli	Magenta	Ovest Milano	3	3	5	4	**7**
H. Civile	Manerbio	Garda	2	3	5	5	6
H. Carlo Poma	Mantova	Mantova	3	3	5	5	**6**
H. Predabissi	Melegnano	Melegnano Martesana	4	4	5	4	7
H. S. Maria d. Stelle	Melzo	Melegnano Martesana	1	3	5	4	8
H. S. Gerardo	Monza	IRCCS San Gerardo dei Tintori	1	4	5	5	1
H. V. Buzzi	Milano	Fatebenefratelli Sacco	4	4	4	4	8

			esistenti			Nuovo	nuovo
Ospedale	**Città**	**ASST**	**MME**	**HPA/PKU**	**SMA**	**XALD**	**SCID**
H. IOPM Melloni	Milano	Fatebenefratelli Sacco	4	4	4	4	8
H. F.ne Cà Granda Policlinico	Milano	IRCCS Ospedale Policlinico	2	3	2	5	2
H. Niguarda	Milano	Grande Ospedale Niguarda	2	4	9	4	**2**
H. Sacco	Milano	Fatebenefratelli Sacco	4	4	4	4	8
H. S. Carlo	Milano	Santi Paolo e Carlo	3	3	5	5	2
H. S. Giuseppe	Milano	-	2	4	5	4	**2**
H. S. Paolo	Milano	Santi Paolo e Carlo	3	3	5	5	2
H. S. Raffaele	Milano	-	4	4	8	4	8
H. S. Pio X	Milano	-	2	4	5	4	**2**
H. Civile Pieve di Coriano	Borgo Mantovano	Mantova	3	3	5	5	**6**
H. Policlinico S. Matteo	Pavia	IRCCS Policlinico S. Matteo	3	3	7	5	7
H. Circolo	Rho	Rhodense	1	3	5	4	8
H. Bolognini	Seriate	Bergamo Est	2	3	5	5	**8**
H. Città di Sesto S. G.	Sesto S. Giovanni	Nord Milano	2	4	5	4	**2**

			esistenti			Nuovo	nuovo
Ospedale	**Città**	**ASST**	**MME**	**HPA/PKU**	**SMA**	**XALD**	**SCID**
H. Bormio e Sondalo	Sondalo	Valtellina Alto Lario	1	4	5	4	**1**
H. Civile	Sondrio	Valtellina Alto Lario	1	4	5	4	**1**
H. Galmarini	Tradate	Sette Laghi	4	4	5	4	**7**
H. Treviglio Caravaggio	Treviglio	Bergamo Ovest	2	3	5	5	**8**
H. Circolo F. Del Ponte	Varese	Sette Laghi	4	4	5	4	**7**
H. Civile	Vigevano	Pavia	3	3	5	5	7
H. Civile	Vimercate	Brianza	1	4	5	4	1
H. Civile	Voghera	Pavia	3	3	5	5	7

Appendice 8: Tabelle screening (§ 12.13 E)

Tabella 1

ATS	SCREENING CERVICE		SCREENING COLON-RETTO		SCREENING MAMMELLA		Totale
	Primo livello	Secondo livello	Primo livello	Secondo livello	Primo livello	Secondo livello	
BERGAMO	**122.360,00**	**140.046,34**	**504.000,00**	**917.280,00**	**3.924.480,00**	**846.574,40**	**6.454.740,74**
PRIVATO	8.360,00	8.100,84		480.480,00	1.281.280,00	274.366,40	2.052.587,24
PUBBLICO	114.000,00	131.945,50	504.000,00	436.800,00	2.643.200,00	572.208,00	4.402.153,50
BRESCIA	**406.915,00**	**287.825,30**	**546.000,00**	**1.878.240,00**	**4.497.472,00**	**1.025.572,80**	**8.642.025,10**
PRIVATO		60.756,30		755.040,00	1.719.872,00	387.340,80	2.923.009,10
PUBBLICO	406.915,00	227.069,00	546.000,00	1.123.200,00	2.777.600,00	638.232,00	5.719.016,00
BRIANZA	**893.548,00**	**153.425,00**	**445.200,00**	**1.253.200,00**	**4.428.928,00**	**1.591.618,56**	**8.765.919,56**
PRIVATO				400.400,00	2.050.048,00	271.138,56	2.721.586,56
PUBBLICO	893.548,00	153.425,00	445.200,00	852.800,00	2.378.880,00	1.320.480,00	6.044.333,00
INSUBRIA	**1.083.613,38**	**347.170,09**	**570.376,80**	**1.195.105,60**	**6.972.040,32**	**1.408.438,64**	**11.576.744,83**
PRIVATO	9.074,78			431.745,60	2.981.883,52	707.703,92	4.130.407,82
PUBBLICO	1.074.538,60	347.170,09	570.376,80	763.360,00	3.990.156,80	700.734,72	7.446.337,01
MILANO	**1.563.930,00**	**524.099,80**	**1.134.000,00**	**2.198.352,00**	**9.257.920,00**	**2.076.088,00**	**16.754.389,80**
PRIVATO	14.630,00	94.509,80		867.152,00	3.030.720,00	645.568,00	4.652.579,80
PUBBLICO	1.549.300,00	429.590,00	1.134.000,00	1.331.200,00	6.227.200,00	1.430.520,00	12.101.810,00
MONTAGNA	**212.800,00**	**68.010,70**	**140.700,00**	**401.856,00**	**1.335.712,00**	**332.320,80**	**2.491.399,50**
PRIVATO		6.640,70		27.456,00	81.312,00	24.208,80	139.617,50
PUBBLICO	212.800,00	61.370,00	140.700,00	374.400,00	1.254.400,00	308.112,00	2.351.782,00
PAVIA	**500.826,20**	**116.603,00**	**176.400,00**	**546.000,00**	**1.871.609,60**	**243.555,20**	**3.454.994,00**
PRIVATO	14.588,20			308.880,00	834.310,40	112.974,40	1.270.753,00
PUBBLICO	486.238,00	116.603,00	176.400,00	237.120,00	1.037.299,20	130.580,80	2.184.241,00
VALPADANA	**361.225,00**	**227.069,00**	**306.600,00**	**973.544,00**	**2.756.096,00**	**531.860,00**	**5.156.394,00**
PRIVATO	6.270,00			241.384,00	1.143.296,00	40.348,00	1.431.298,00
PUBBLICO	354.955,00	227.069,00	306.600,00	732.160,00	1.612.800,00	491.512,00	3.725.096,00
Totale	**5.145.217,58**	**1.864.249,23**	**3.823.276,80**	**9.363.577,60**	**35.044.257,92**	**8.056.028,40**	**63.296.607,53**

Nelle tabelle seguenti, che costituiscono un dettaglio della tabella 1, sono riportate in modo specifico le prestazioni erogate fuori dal territorio di ATS, nonché l'accorpamento della prestazione FOBT di primo livello per lo screening del tumore del colon-retto, come previsto al completamento del processo di raggruppamento dei laboratori.

Tabella 2

SCREENING CERVICE primo livello		
	n° prestazioni da erogare fuori ATS	Valore economico euro
Da ATS MONTAGNA		

ASST Lecco	**14.000**	**212.800,00**
Da ATS PAVIA		
Laboratorio di ASST Mantova	**26.500**	**406.400,00**

Tabella 3

SCREENING COLON primo livello		
	n° prestazioni da erogare	Valore economico euro
ATS MILANO LABORATORIO Di PREVENZIONE	**575.804**	**2.418.376,80**
da ATS BRIANZA	106.000	445.200,00
da ATS INSUBRIA	135.804	570.376,80
da ATS MILANO	270.000	1.134.000,00
da ATS MONTAGNA	22.000	92.400,00
da ATS PAVIA	42.000	176.400,00
ATS BRESCIA LABORATORIO DI PREVENZIONE	**334.500**	**1.404.900,00**
da ATS BERGAMO	120.000	504.000,00
da ATS BRESCIA	130.000	546.000,00
da ATS MONTAGNA	11.500	48.300,00
da ATS VALPADANA	73.000	306.600,00

Appendice 9: Piano dei controlli per la sicurezza chimica per tipologia di prodotto (§ 12.18.1 B)

Tabella 1

REACH/CLP/Detergenti			
ATS	**Numero imprese**	**Numero controlli totali (analitici* e documentali)**	**Requisisti minimi su tipologia controlli**
CM MILANO	150	450	• 50 verifiche conformità SDS secondo check list regionale • 50 controlli notifiche miscele art. 45 CLP • 6 verifiche conformità etichetta detergenti al Reg CLP
BRESCIA	70	210	• 35 verifiche conformità SDS secondo check list regionale • 35 controlli notifiche miscele art. 45 CLP • 3 verifiche conformità etichetta detergenti al Reg CLP
BERGAMO	70	210	• 35 verifiche conformità SDS secondo check list regionale • 35 controlli notifiche miscele art. 45 CLP • 3 verifiche conformità etichetta detergenti al Reg CLP
MONZA BRIANZA	70	210	• 35 verifiche conformità SDS secondo check list regionale • 35 controlli notifiche miscele art. 45 CLP • 3 verifiche conformità etichetta detergenti al Reg CLP
INSUBRIA	70	210	• 35 verifiche conformità SDS secondo check list regionale • 35 controlli notifiche miscele art. 45 CLP • 3 verifiche conformità etichetta detergenti al Reg CLP
VALPADANA	50	150	• 16 verifiche conformità SDS secondo check list regionale • 16 controlli notifiche miscele art. 45 CLP • 3 verifiche conformità etichetta detergenti al Reg CLP
PAVIA	30	90	• 10 verifiche conformità SDS secondo check list regionale • 10 controlli notifiche miscele art. 45 CLP • 3 verifiche conformità etichetta detergenti al Reg CLP
MONTAGNA	25	75	• 8 verifiche conformità SDS secondo check list regionale • 8 controlli notifiche miscele art. 45 CLP • 3 verifiche conformità etichetta detergenti al Reg CLP

* Numero e Tipologia di controlli analitici saranno individuati a livello regionale e trasmessi alle ATS

Tabella 2

Prodotti fitosanitari			
ATS	**Numero imprese** (rivenditori, depositi, etc)	**Controlli PF all'utilizzo**	**Requisisti minimi su tipologia controlli***
Tutte le ATS	Indirizzi nazionali 2026	0,2% Aziende Agricole	Indirizzi nazionali 2026

* Numero e Tipologia di controlli analitici saranno individuati a livello regionale e trasmessi alle ATS

Tabella 3

Prodotti cosmetici		
ATS	**Numero controlli (analitici* e documentali)**	**Requisisti minimi su tipologia controlli**
CM MILANO	60	• GMP • Etichettature/Claims/CPNP • Restrizione 70 Reg REACH
BRESCIA	30	
BERGAMO	30	
MONZA BRIANZA	30	
INSUBRIA	30	
VALPADANA	20	
PAVIA	12	
MONTAGNA	10	

* Numero e Tipologia di controlli analitici saranno individuati a livello regionale e trasmessi alle ATS

Tabella 4

Prodotti biocidi/PMC		
ATS	**Numero prodotti**	**Requisisti minimi su tipologia controlli ***
CM MILANO	10	

BRESCIA	5	Utilizzare come riferimento i progetti di vigilanza ECHA BEF 1,2,3,4
BERGAMO	5	
MONZA BRIANZA	5	
INSUBRIA	5	
VALPADANA	3	
PAVIA	2	
MONTAGNA	2	

* Numero e Tipologia di controlli analitici saranno individuati a livello regionale e trasmessi alle ATS

Appendice 10: Questionari di gradimento dei servizi ricevuti (§ 16.3.1)

Questionario 1: Gradimento del servizio di ricovero

* obbligatorio

1. Compilatore*:

☐ Paziente ☐ Familiare/Caregiver del paziente

INFORMAZIONI GENERALI DEL PAZIENTE

2. Reparto di ricovero*:

_____

3. Data di compilazione:

-------/-------/-------

4. Genere*:

☐ Maschio ☐ Femmina ☐ Preferisco non rispondere

5. Età* (*da indicare in anni*):

_____

6. Nazionalità*:

☐ Italiana ☐ Straniera (specificare): _____

7. Titolo di studio:

☐ Nessuno ☐ Scuola elementare ☐ Scuola media

☐ Scuola superiore ☐ Laurea/Altro titolo universitario

8. Domicilio:

☐ Regione Lombardia

☐ Altra Regione (specificare): _____

9. Occupazione attuale:

☐ Casalingo/a ☐ Pensionato/a ☐ Studente/ssa ☐ Senza occupazione

☐ Lavoratore dipendente ☐ Lavoratore autonomo

☐ Altro (specificare): _____

10. Mese del ricovero*: _____

11. Tipo di ricovero*:

☐ Programmato ☐ Urgente (tramite Pronto Soccorso)

12. Perché ha scelto questo ospedale? *(è possibile indicare fino a 3 opzioni)*

☐ Inviato dal Medico di Famiglia

☐ Inviato dallo Specialista

☐ Già in carico presso questo ospedale

☐ Scelta personale: su consiglio di famigliare/amico/conoscente

☐ Scelta personale: ricerche in rete e reputazione della struttura

☐ Scelta personale: vicinanza a casa

☐ Trasportato dai mezzi di soccorso sanitario

VALUTAZIONE COMPLESSIVA DELL'ESPERIENZA DI RICOVERO E CURA

1. Come considera le cure ricevute*?

1	2	3	4	5
Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto

2. Quanto è rimasto soddisfatto complessivamente della sua esperienza*?

1	2	3	4	5
Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto

INGRESSO IN OSPEDALE

3. Al momento dell'ingresso in reparto è stata/o informata/o sull'organizzazione (orari visite mediche, prelievi e terapie, esami esterni al reparto, pasti, visite parenti ecc.)?

1	2	3	4	5
Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto

4. Se ha risposto "Per niente", è stato informato/a successivamente?

☐ Sì ☐ No

CURA ED ASSISTENZA

5. Come valuta la chiarezza e completezza delle informazioni ricevute da tutto il personale?

1	2	3	4	5
Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto

6. Durante il ricovero, il personale sanitario ha fornito ai suoi familiari/caregiver informazioni adeguate per comprendere il suo percorso di cura e le procedure eseguite?

1	2	3	4	5
Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto

7. Come valuta il personale medico per*:

Professionalità

1	2	3	4	5
Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto

Disponibilità all'ascolto

1	2	3	4	5
Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto

Coinvolgimento nel percorso di cura

1	2	3	4	5
Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto

8. Come valuta il personale sanitario non medico (infermiere, ostetrica, ecc.) per*: Professionalità

1	2	3	4	5
Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto

Disponibilità all'ascolto

1	2	3	4	5
Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto

Coinvolgimento nel percorso di cura

1	2	3	4	5
Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto

ASPETTI GENERALI DEL RICOVERO

9. Come valuta l'organizzazione delle visite dei familiari/caregiver (orari e numero di persone consentito)?

1	2	3	4	5
Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto

10. Durante il ricovero è stato possibile parlare con i medici del reparto in caso di necessità e/o durante gli orari stabiliti*?

☐ Sì ☐ No

11. Durante il ricovero, se ha segnalato dolore, le è stato fornito un trattamento/terapia*?

☐ Sì ☐ No

12. Se Sì, come valuta il trattamento/terapia ricevuto?

1	2	3	4	5
Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto

13. Ritiene che la sua privacy (riservatezza) sia stata rispettata durante il suo ricovero*?

☐ Sì ☐ No

DIMISSIONE

14. È soddisfatto delle indicazioni ricevute su come comportarsi dopo la dimissione (es. uso di farmaci, alimentazione, attività fisica, eventuali controlli, ecc.)*?

1	2	3	4	5
Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto

ASPETTI ALBERGHIERI – INFRASTRUTTURALI E DI SICUREZZA

15. Come valuta nell'insieme l'ospitalità offerta (temperatura degli ambienti, spazi, tranquillità e comfort)?

1	2	3	4	5
Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto

16. Come valuta gli aspetti di pulizia e igiene del reparto e della stanza*?

1	2	3	4	5
Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto

17. Come valuta i pasti?

1	2	3	4	5
Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto

18. Si è sentito sicuro in ospedale?

1	2	3	4	5
Per niente	Poco	Né poco sicuro né abbastanza sicuro	Abbastanza	Molto

19. Se ha risposto “Per niente”, quali aspetti migliorerebbe?

_____

_____

COMMENTI E SUGGERIMENTI

20. La Sua opinione ci interessa per aiutarci a migliorare

_____

_____

_____

Questionario 2: Gradimento del servizio ambulatoriale

* obbligatorio

1. Compilatore*:

☐ Paziente ☐ Familiare/Caregiver del paziente

INFORMAZIONI GENERALI DEL PAZIENTE

2. Genere*:

☐ Maschio ☐ Femmina ☐ Preferisco non specificare

3. Età* (*da indicare in anni*):

_____

4. Nazionalità*:

☐ Italiana ☐ Straniera (specificare): _____

5. Titolo di studio:

☐ Nessuno ☐ Scuola elementare ☐ Scuola media

☐ Scuola superiore ☐ Laurea/Altro titolo universitario

6. Domicilio:

☐ Regione Lombardia

☐ Altra Regione (specificare): _____

7. Occupazione attuale:

☐ Casalingo/a ☐ Pensionato/a ☐ Studente/ssa ☐ Senza occupazione

☐ Lavoratore dipendente ☐ Lavoratore autonomo

☐ Altro (specificare): _____

8. In quale mese è stata effettuata la visita/prestazione ambulatoriale*?:

_____

9. Come ha effettuato la prenotazione della visita/prestazione ambulatoriale*?

☐ Telefonicamente ☐ Allo sportello ☐ Online ☐ In farmacia

☐ In presenza durante l'ultima visita ☐ Non ho avuto bisogno di prenotare (Accesso diretto)

☐ Altro (specificare): _____

10. Chi le ha prescritto la visita/prestazione ambulatoriale?

☐ Medico di famiglia o pediatra di libera scelta ☐ Medico Specialista

☐ Senza impegnativa ☐ Pronto Soccorso

☐ Altro (specificare): _____

11. La visita/prestazione ambulatoriale è stata effettuata*:

☐ attraverso Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ☐ in Libera Professione (a pagamento)

☐ con Assicurazione

12. Che tipo di visita/prestazione ambulatoriale ha effettuato?

☐ Prima visita ☐ Visita di controllo ☐ Prelievo/esami laboratorio ☐ Vaccinazione

☐ Esame radiologico/strumentale ☐ Altro (specificare): _____

13. In quale specialità/reparto ha effettuato la prestazione ambulatoriale (specificare)*?

_____

14. Perché ha scelto questo ospedale?

☐ Inviato dal Medico di Famiglia

☐ Già in carico presso questo ospedale

☐ Scelta personale (ad esempio su consiglio di famigliare/amico/conoscente, ricerche in rete, vicinanza a casa, ecc.)

☐ Primo posto disponibile

VALUTAZIONE COMPLESSIVA DELL'ESPERIENZA DI CURA

15. Come valuta la prestazione e le cure ricevute*?

1	2	3	4	5
Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto

16. Quanto è rimasto soddisfatto complessivamente della sua esperienza*?

1	2	3	4	5
Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto

PROCESSO DI PRENOTAZIONE

17. È soddisfatto della modalità di prenotazione utilizzata e delle indicazioni ricevute*?

☐ Sì ☐ No

18. Se No, potrebbe indicare quali dei seguenti aspetti ritiene non siano stati soddisfatti? *(è possibile indicare fino a 3 opzioni)*

☐ Tempo di attesa allo sportello o per parlare con un operatore

☐ Modalità di prenotazione

☐ Professionalità dell'operatore

☐ Chiarezza delle informazioni ricevute

☐ Mancato rispetto della privacy

☐ Altro (specificare): _____

19. Ha ricevuto un promemoria poco prima della data fissata del suo appuntamento?

☐ Sì ☐ No

20. Quanto è soddisfatto delle informazioni ricevute sulle modalità di preparazione per la visita/prestazione ambulatoriale*?

1	2	3	4	5
Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto

ACCETTAZIONE AMMINISTRATIVA (PRESSO IL CUP) E PAGAMENTO TICKET

21. È soddisfatto dell'organizzazione dei servizi di accettazione e pagamento del ticket?

☐ Sì ☐ No

22. Se No, potrebbe indicare quali dei seguenti aspetti ritiene non siano stati soddisfatti? *(è possibile indicare fino a 2 opzioni)*

☐ Tempo di attesa allo sportello

☐ Facilità di utilizzo del totem

☐ Professionalità dell'operatore

☐ Mancato rispetto della privacy

☐ Altro (specificare): _____

CURA ED ASSISTENZA

23. Come valuta la chiarezza e completezza delle informazioni ricevute da tutto il personale?

1	2	3	4	5
Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto

24. Come valuta il personale sanitario per* (solo per prestazione ambulatoriale semplice):

Professionalità

1	2	3	4	5
Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto

Disponibilità all'ascolto

1	2	3	4	5
Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto

Coinvolgimento nel percorso di cura

1	2	3	4	5
Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto

Rispetto della privacy

1	2	3	4	5
Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto

25. Come valuta il personale medico per* (solo per BIC e

MAC): Professionalità

1	2	3	4	5
Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto

Disponibilità all'ascolto

1	2	3	4	5
Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto

Coinvolgimento nel percorso di cura

1	2	3	4	5
Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto

Rispetto della privacy

1	2	3	4	5
Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto

26. Come valuta il personale sanitario non medico per* (solo per BIC e MAC): Professionalità

1	2	3	4	5
Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto

Disponibilità all'ascolto

1	2	3	4	5
Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto

Coinvolgimento nel percorso di cura

1	2	3	4	5
Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto

Rispetto della privacy

1	2	3	4	5
Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto

27. Dopo la visita/prestazione ambulatoriale, le è stato spiegato chiaramente cosa fare, quale terapia seguire e a chi rivolgersi in caso di necessità*?

☐ Sì ☐ No

28. È soddisfatto dell'organizzazione dei servizi dell'ambulatorio nel quale ha effettuato la visita/prestazione ambulatoriale*?

1	2	3	4	5
Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto

29. È stato rispettato l'orario della visita/prestazione ambulatoriale?

☐ Sì ☐ No

FOLLOW-UP

30. Al termine della visita/prestazione ambulatoriale è stata fissata una visita/prestazione ambulatoriale successiva di controllo?

☐ Sì ☐ No ☐ Non è stato necessario

31. Le modalità di ritiro del referto o esito della prestazione ambulatoriale sono state chiare?*

1	2	3	4	5
Per niente	Poco	Né poco né molto	Abbastanza	Molto

ASPETTI INFRASTRUTTURALI E DI SICUREZZA

32. È soddisfatto degli aspetti di comfort e accessibilità degli sportelli, della sala di attesa e dell'infrastruttura ambulatoriale in generale?*

☐ Sì ☐ No

33. Se No, potrebbe indicare quali dei seguenti aspetti ritiene non siano stati soddisfatti?* *(fino a 2 risposte possibili)*

☐ Scarsa accessibilità

☐ Scarse indicazioni per raggiungere l'ambulatorio

☐ Comfort della sala di attesa

☐ Pulizia degli ambienti

☐ Altro (Specificare): _____

34. Se dovesse presentare un reclamo o una segnalazione saprebbe come comportarsi?

☐ Sì ☐ No

COMMENTI E SUGGERIMENTI

35. La Sua opinione ci interessa per aiutarci a migliorare

_____

Questionario 3: Gradimento del servizio di cure domiciliari

* obbligatorio

1. Compilatore: *

☐ Paziente ☐ Familiare/Caregiver del paziente

☐ Altro (es. operatore): _____

INFORMAZIONI GENERALI DEL PAZIENTE

2. Genere: *

☐ Maschio ☐ Femmina ☐ Preferisco non rispondere

3. Età* (*da indicare in anni*):

_____

4. Nazionalità del paziente: *

☐ Italiana ☐ Straniera (specificare): _____

5. Titolo di studio del paziente:

☐ Nessuno ☐ Scuola elementare ☐ Scuola media

☐ Scuola superiore ☐ Laurea/Altro titolo universitario

6. Domicilio del paziente:

☐ Regione Lombardia

☐ Altra Regione (specificare): _____

7. Occupazione attuale:

☐ Casalingo/a ☐ Pensionato/a ☐ Studente/ssa ☐ Senza occupazione

☐ Lavoratore dipendente ☐ Lavoratore autonomo

☐ Altro (specificare): _____

8. Mese di compilazione del questionario*:_____

9. Per quanto tempo ha ricevuto il servizio di cure domiciliari?

☐ 30 giorni ☐ 60 giorni ☐ 90 giorni ☐ Altro (specificare):_____

10. Come è stato indirizzato verso il servizio di cure domiciliari? *

☐ da Medico di famiglia ☐ da Medico Specialista ☐ da Distretto ☐ da Ospedale (al

momento della dimissione) ☐ Su consiglio di famigliare/amico/conoscente

☐ Altro (specificare): _____

11. Quanti accessi domiciliari riceve al mese*?

☐ da 1 a 5 ☐ da 5 a 9 ☐ da 9 a 14 ☐ da 14 a 30 ☐ Altro (specificare): _____

12. Quali delle seguenti figure professionali sono state coinvolte nell'attivazione del servizio di cure domiciliari da lei utilizzato*?

☐ Infermiere ☐ Fisioterapista ☐ Logopedista ☐ Operatore Socio-Sanitario ☐ Psicologo ☐ Medico ☐ Altro (specificare): _____

13. Ha scelto operatori: *

☐ dell'ASST di riferimento territoriale ☐ di cooperative (gestori accreditati)

14. Di quali prestazioni ha avuto bisogno? *

☐ Prelievi ☐ Medicazioni ☐ Gestione catetere ☐ Riabilitazione

☐ Gestione nutrizione artificiale ☐ Altro (specificare): _____

VALUTAZIONE COMPLESSIVA DELL'ESPERIENZA DI CURA

21. Come valuta complessivamente la qualità del servizio di cure domiciliari ricevuto? *

1	2	3	4	5
Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto

22. I servizi attivati rispondono alle sue esigenze di salute, migliorando la qualità di vita? *

1	2	3	4	5
Per niente	Poco	Né poco né molto	Abbastanza	Molto

RICHIESTA/VALUTAZIONE INIZIALE/PRESA IN CARICO

23. È soddisfatto della modalità di attivazione e presa in carico del servizio di cure domiciliari? *

☐ Sì ☐ No

24. Se No, potrebbe indicare quali dei seguenti aspetti ritiene non siano stati soddisfatti? *(è possibile indicare fino a 2 opzioni)*

☐ Modalità di presentazione richiesta

☐ Professionalità dell'operatore

☐ Mancato rispetto della privacy

☐ Altro (specificare): _____

25. È soddisfatto delle informazioni ricevute durante la presa in carico?

☐ Sì ☐ No

26. Quanto è soddisfatto dei tempi di attivazione del servizio di cure domiciliari? *

1	2	3	4	5
Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto

27. Per avere informazioni o accedere ai servizi domiciliari si è rivolto al Punto Unico di Accesso (PUA) della Casa di comunità di riferimento?

☐ Sì ☐ No

28. Se Sì, è rimasto soddisfatto?

1	2	3	4	5
Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto

EROGAZIONE DELLE CURE

29. Come valuta la chiarezza e completezza delle informazioni ricevute sulle sue condizioni di salute e sul programma di cure?*

1	2	3	4	5
Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto

30. In caso di necessità, sono state rese disponibili le informazioni necessarie per contattare il servizio?

☐ Sì ☐ No

31. E' stato coinvolto nella definizione del suo piano assistenziale? *

1	2	3	4	5
Per niente	Poco	Né poco né molto	Abbastanza	Molto

32. È soddisfatto, in generale, delle modalità erogative del servizio di cure domiciliari? *

☐ Sì ☐ No

33. Se No, potrebbe indicare quali dei seguenti aspetti ritiene non siano stati soddisfatti? *(fino a 3 risposte possibili)*

☐ I giorni e gli orari concordati non sono stati rispettati e/o non è stato anticipatamente avvisato

☐ La turnazione degli operatori

☐ Frequenza degli accessi non coerente con esigenze

☐ Offerta di cure domiciliari non adeguata ai bisogni

☐ Altro (Specificare): _____

34. Come percepisce il grado di collaborazione tra il suo medico di base e gli operatori delle cure domiciliari?

1	2	3	4	5
Assente	Debole	Moderato	Buono	Eccellente

35. Ha ricevuto tutti gli ausili e i dispositivi necessari?*

☐ Sì ☐ No

36. Quanto ritiene importante avere un operatore di riferimento?

1	2	3	4	5
Per niente importante	Poco importante	Né poco né molto importante	Abbastanza importante	Molto importante

37. Come valuta gli operatori per: *

Professionalità

1	2	3	4	5
Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto

Disponibilità all'ascolto

1	2	3	4	5
Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto

Rispetto della privacy

1	2	3	4	5
Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto

38. Gli operatori sono aggiornati sulla gestione della sua problematica (passaggio di consegne)?*

1	2	3	4	5
Per niente	Poco	Né poco né molto	Abbastanza	Molto

CONCLUSIONE/RIATTIVAZIONE DELLE CURE

39. È stato informato per tempo rispetto al termine o alla prosecuzione delle cure domiciliari?

☐ Sì ☐ No ☐ Non è stato necessario

COMMENTI E SUGGERIMENTI

40. La Sua opinione ci interessa per aiutarci a migliorare

Appendice 11: Aggiornamento della DGR n. 621/2010 (qualità documentale) (§ 16.3.2)

Tabella 1

ITEM	PESO	ORIENTAMENTI APPLICATIVI	Osservazioni
Inquadramento clinico con:	100%	Il motivo del ricovero deve essere presente. L'anamnesi patologica prossima deve essere presente. Tale requisito è valido anche nel caso in cui in cartella clinica siano presenti questionari anamnestici auto compilati dal paziente ma controfirmati dal medico per presa visione. L'esame obiettivo deve necessariamente essere compilato all'ingresso e riportare la data e la firma del medico esecutore. Il requisito relativo all'esame obiettivo all'ingresso è da ritenersi assolto anche in presenza dello stesso sulla documentazione di PS. É altresì assolto in caso di riconferma esplicita all'ingresso (dizione "si riconferma" o "invariato" o simili) della valutazione di pre-ricovero. La firma può essere apposta con una delle seguenti modalità: - firma digitale, apposta ai sensi della normativa vigente; - firma olografa accompagnata dal timbro o da forma che consenta la chiara identificazione dell'autore; - sigla olografa accompagnata dal timbro o da forma che consenta la chiara identificazione dell'autore, ed inoltre deve essere depositata in apposito registro presente nella Direzione Medica di presidio, consultabile su eventuale richiesta.	
• esame obiettivo all'ingresso con:	40%		
- firma	20%		
- data	10%		
• motivo del ricovero	20%		
• anamnesi patologica prossima	10%		
Diario clinico assistenziale	10%	Il Diario Clinico Assistenziale (DCA) integrato o separato (medico e infermieristico) riporta le valutazioni giornaliere, anche il giorno della dimissione, in funzione del regime assistenziale (acuto, riabilitazione e sub acuto). Il requisito non è soddisfatto anche in caso di mancata compilazione di una sola giornata.	
SDO definitiva, coerente con il flusso regionale, firmata dal medico della UO	100%	La firma deve essere apposta dal medico della UO e deve essere presente sulla SDO con una delle seguenti modalità: - firma digitale, apposta ai sensi della normativa vigente; - firma olografa accompagnata dal timbro o da forma che consenta la chiara identificazione dell'autore; - sigla olografa accompagnata dal timbro o da forma che consenta la chiara identificazione dell'autore, ed inoltre deve essere depositata in apposito registro presente nella Direzione Medica di presidio, consultabile su eventuale richiesta. In caso di pluralità di edizioni della SDO a seguito di invio di correzioni, in cartella clinica devono essere conservate tutte le versioni firmate della SDO, evidenziando chiaramente la versione più recente e coerente con il flusso regionale.	
Foglio unico di terapia (FUT)	50%	Presenza del FUT (o eventuale dichiarazione di nessuna prescrizione/terapia).	
Documentazione/cartella anestesiologica , nei casi in cui l'anestesista prenda parte all'intervento con le componenti di cui ai punti 1, 2 e 3 della colonna "orientamenti applicativi"	100%	La documentazione/cartella anestesiologica, con l'indicazione di data e firma, deve contenere: 1. valutazione preoperatoria con assegnazione del paziente ad una classe di rischio (ASA) e individuazione della tecnica anestesiologica; 2. il monitoraggio intraoperatorio; 3. valutazione postoperatoria. La firma del medico anestesista può essere apposta con una delle seguenti modalità: - firma digitale, apposta ai sensi della normativa vigente; - firma olografa accompagnata dal timbro o da forma che consenta la chiara identificazione dell'autore; - sigla olografa accompagnata dal timbro o da forma che consenta la chiara identificazione dell'autore, ed inoltre deve essere depositata in apposito registro presente nella Direzione Medica di presidio, consultabile su eventuale richiesta. I requisiti firma e data sono soddisfatti se presenti almeno sul monitoraggio/valutazione postoperatoria.	
- In presenza di una o due delle componenti di cui ai punti 1, 2 e 3 della colonna "orientamenti applicativi"	50%		

ITEM	PESO	ORIENTAMENTI APPLICATIVI	Osservazioni
- firma	40%		
- data	10%		
Verbale operatorio con: - descrizione dell'intervento - identificazione operatori - data e durata dell'intervento. - firma del primo operatore	60%	Il verbale operatorio deve contenere: - descrizione dell'intervento - identificazione operatori (almeno 3 nei ricoveri di 0-1 giorno e 5 nei restanti ricoveri ordinari, con l'eccezione degli interventi in anestesia locale gestita dal chirurgo e delle procedure mono-operatore da DGR n. IX/4605/2012 e n. X/2989/2014) - data e durata dell'intervento. - Firma del primo operatore Il primo operatore redige, firma il verbale operatorio, alla conclusione dell'intervento con una delle seguenti modalità: - firma digitale, apposta ai sensi della normativa vigente; - firma olografa accompagnata dal timbro o da forma che consenta la chiara identificazione dell'autore; - sigla olografa accompagnata dal timbro o da forma che consenta la chiara identificazione dell'autore, ed inoltre deve essere depositata in apposito registro presente nella Direzione Medica di presidio, consultabile su eventuale richiesta.	
Check list per la sicurezza in sala operatoria, nei casi in cui sia stato effettuato un intervento	10%	Presenza della check list per la sicurezza in sala operatoria.	
Lettera di dimissione firmata comprendente almeno: - data di stesura - identificazione del medico redattore - sintesi descrittiva del decorso clinico - eventuali terapie e prescrizioni diagnostiche previste	100%	La lettera di dimissione (non obbligatoria in caso di paziente deceduto, autodimesso) deve essere redatta dal medico dimettente e deve contenere i seguenti elementi: - data di stesura (coerente con la data di dimissione), - identificazione del medico redattore, - motivo del ricovero, - sintesi descrittiva del decorso clinico (compresi accertamenti significativi, eventuali trasfusioni, ecc. ed infine le condizioni del paziente alla dimissione), - terapie farmacologiche attuate, - indicazione di terapie e prescrizioni diagnostiche previste dopo la dimissione (oppure se non prevista alcuna terapia, precisazione di "nessuna prescrizione"), - firma del medico dimettente apposta con una delle seguenti modalità: o firma digitale, apposta ai sensi della normativa vigente; o firma olografa accompagnata dal timbro o da forma che consenta la chiara identificazione dell'autore; o sigla olografa accompagnata dal timbro o da forma che consenta la chiara identificazione dell'autore, ed inoltre deve essere depositata in apposito registro presente nella Direzione Medica di presidio, consultabile su eventuale richiesta. In cartella devono essere presenti sia l'eventuale lettera provvisoria che quella definitiva nel caso in cui all'atto della dimissione non fossero disponibili esiti di procedure diagnostiche. La valutazione del requisito deve essere fatta su quella definitiva, a garanzia del fatto che sia stata prodotta per il paziente.	
Consenso informato:		Il consenso informato esplicitamente espresso, completo di firma del medico e del paziente e di data, deve essere rilasciato in caso di intervento chirurgico (il consenso deve contenere l'esatta denominazione del tipo di intervento), di procedure anestesiologiche nel caso in cui sia prevista la presenza dell'anestesista nell'intervento e di trasfusioni. Il consenso informato preventivo alle trasfusioni di sangue, emocomponenti ed emoderivati deve essere presente almeno nel caso di effettuazione di indagini pretrasfusionali (es. Type&Screen) oppure se prevista da MSBOS o, ancora, se è presente la richiesta di sacche di sangue. Il consenso informato è, inoltre, obbligatorio in alcune situazioni definite da leggi dello Stato, nonché nei casi definiti dalla normativa regionale di riferimento. In particolare: • quando si dona o si riceve sangue (DM 15.01.91); • nel caso di trapianti da vivente (Legge 458/1967 e Decreto Ministeriale 116/2010); • nell'interruzione volontaria della gravidanza;	
• all'intervento chirurgico, alla procedura anestesiologica, alle trasfusioni e alle procedure di cui alla colonna "orientamenti applicativi", con firma del paziente e del medico	100%		
- data	10%		

ITEM	PESO	ORIENTAMENTI APPLICATIVI	Osservazioni
• alle **altre prestazioni** di cui alla colonna "orientamenti applicativi" con firma del paziente e del medico: - data NOTA BENE: in caso di assenza di più consensi, si applica la % maggiore di decurtazione	30% 10%	• nella rettificazione in materia di attribuzione di sesso; • nella procreazione medicalmente assistita (L. n. 40 del 19.02.04). **Altre prestazioni** Il consenso informato è, inoltre, obbligatorio in alcune situazioni definite da leggi dello Stato, nonché nei casi definiti dalla normativa regionale di riferimento. In particolare: • quando si partecipa alla sperimentazione di un farmaco (DM 27.04.92); • negli accertamenti di un'infezione HIV (L. n. 135 del 05.06.90); • per trattamenti e procedure ad alto rischio; • per accertamenti diagnostici invasivi. Le uniche eccezioni all'obbligo del consenso informato vanno esplicitate chiaramente all'interno della cartella clinica e sono: • le situazioni nelle quali la persona malata ha espresso esplicitamente la volontà di non essere informata. Il rifiuto o la rinuncia alle informazioni devono essere registrati nella cartella clinica (L. n. 219 del 22.12.17, art. 1, comma III); • in situazioni caratterizzate da emergenza e urgenza, in cui il paziente non sia in condizioni di prestare il proprio consenso (L. n. 219 del 22.12.17, art. 1, comma VII); • i Trattamenti Sanitari Obbligatori, TSO (L. n. 180/78, c.d. Legge Basaglia); • in situazioni caratterizzate da uno "stato di necessità" dove viene a mancare un dissenso valido e cosciente da parte del paziente. La causa di giustificazione dello stato di necessità è disciplinata dall'articolo 54 del Codice penale che stabilisce la non punibilità di chi abbia: "commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo". Lo stato di necessità consente quindi di giustificare l'operato del sanitario, pur in mancanza di un consenso del paziente: "la necessità del consenso del paziente alle cure sanitarie viene meno sia in presenza di uno stato di necessità effettivo, sia in presenza di uno stato di necessità presunto o putativo, il quale ricorre allorché il medico, senza colpa, abbia ritenuto in base a circostanze scusabili l'esistenza di un pericolo di danno grave alla salute del paziente" (Cass. civ., sez III, 15.11.99, n. 12621, GCM, 1999, 2248). Lo stato di necessità deve essere certificato dal medico, firmato dallo stesso e datato	
Riabilitazione: presenza PRI/pri firmato dal medico facente parte della équipe riabilitativa	100%	**Tempistiche di presa in carico in reparto di Riabilitazione per acuti del paziente trasferito da altro reparto per acuti nella giornata del venerdì.** A seguito dell'accettazione del paziente in reparto con apertura del fascicolo di ricovero, il Fisiatra o altro medico specialista facente parte dell'equipe riabilitativa provvede alla stesura del Progetto Riabilitativo Individuale (P.R.I.) e del programma riabilitativo individuale (p.r.i.) con scala/e di valutazione della disabilità/necessità riabilitativa. Tale valutazione, in linea generale, deve essere effettuata al massimo entro e non oltre il giorno successivo all'ingresso in reparto. Allo stesso modo, l'inizio dell'iter riabilitativo programmato deve avvenire al massimo entro e non oltre il giorno successivo all'ingresso in reparto. Fatte salve le descritte indicazioni generali, il tavolo di lavoro sulla riabilitazione, attivo presso la DG Welfare, ha concordato che: - nel caso in cui non venga effettuato il trattamento riabilitativo nella giornata di sabato, il NOC riconoscerà come valido un solo fine settimana (sabato e domenica), all'inizio (fase d'ingresso) o al termine (fase di dimissione) della degenza; - è indispensabile che la cartella clinica documenti le motivazioni cliniche e non (es. esecuzione di esami diagnostici ecc.) per cui il paziente non ha potuto sottoporsi al trattamento riabilitativo; - in caso di impossibilità ad effettuare il trattamento riabilitativo per motivi clinici, si distinguono i seguenti casi: - All'inizio della degenza: ▪ per il paziente che proviene dall'interno della struttura, si ritiene che la stessa si faccia carico del corretto invio in riabilitazione. In caso contrario, verrà ricondotto tutto al precedente ricovero;	

ITEM	PESO	ORIENTAMENTI APPLICATIVI	Osservazioni
		▪ se il paziente giunge da altro ospedale o dal domicilio, la struttura valuterà la possibilità di assisterlo per un periodo di circa una settimana. - Durante la degenza: ▪ se il paziente presenta uno o più episodi di acuzie durante il ciclo di riabilitazione, le giornate in cui non effettua la riabilitazione verranno ugualmente riconosciute; ▪ se la fase di acuzie dovesse prolungarsi oltre i 5 gg lavorativi consecutivi, il paziente dovrà essere trasferito in reparto idoneo e le giornate eccedenti il 5° giorno non verranno riconosciute. Se le valutazioni relative alla stesura di P.R.I. e p.r.i. non sono condotte entro il giorno successivo all'ingresso (es. dopo il primo week-end o dopo giornate festive), esse devono essere condotte il primo giorno lavorativo utile, contestualmente al primo trattamento riabilitativo. Se le suddette valutazioni sono invece regolarmente condotte entro il giorno successivo all'ingresso e se motivato in cartella, sarà possibile avviare i trattamenti riabilitativi nella giornata successiva alla redazione di P.R.I. e p.r.i.	

Appendice 12: Criteri 2026 sub-codici tipo campione 8 (§ 16.3.3)

Tabella 1

Tipo campo	Sub codice	Descrizione sub codice
8	001	Ricoveri ripetuti non tipo 1
8	002	DRG complicati non tipo 2
8	003	DRG Anomalo non tipo 3
8	004	DRG medici brevi non tipo 4
8	005	DH diagnostici, con 0/1 procedure non tipo 5
8	006	DRG chirurgici brevi
8	007	DRG ad alto rischio inappropriatezza
8	008	DRG chemioterapia
8	009	IMA
8	010	Madre nutrice
8	011	DRG ginecologia
8	012	Parti
8	013	Neonati patologici
8	014	DRG mammella
8	015	Neoplasie
8	016	Sepsi/Setticemie
8	017	DRG dermatologici non tipo D
8	018	Ustioni
8	019	Innesti cutanei
8	020	Subacuti
8	021	Ricoveri rinviati
8	022	Procedure BIC
8	023	Endoprotesi
8	024	Artrodesi
8	025	DRG altamente remunerativi
8	026	Stroke
8	027	Riabilitazione non tipo 6 o 7
8	028	Chirurgia bariatrica
8	029	Chirurgia post bariatrica
8	030	Trasferimenti intra-Ente
8	031	PMA
8	032	PTCA
8	033	Psichiatria
8	034	DRG 407 e 408
8	035	Insufficienza respiratoria in DP
8	036	Chirurgia estetica
8	037	Odontostomatologia
8	038	Chirurgia toracica
8	039	Chirurgia robotica
8	040	Appropriatezza del setting assistenziale del DH e del DS
8	041	Indicatori DRG ACSS
8	042	Pompa coassiale
8	100	Altre Aree di interesse locale

Appendice 13: Calendario scadenze flussi informativi sanitari (§ 17.5.4)

Tabella 1

FLUSSO SDO		
Mese di competenza	**Periodo di rilevazione**	**Periodo di trasmissione**
dicembre 2025	01/12/2025 - 31/12/2025	01/01/2026 - 31/01/2026
RESIDUI 2025	01/01/2025 - 31/12/2025	01/02/2026 - 15/02/2026
gennaio 2026	01/01/2026 - 31/01/2026	01/02/2026 - 28/02/2026
febbraio 2026	01/02/2026 - 28/02/2026	01/03/2026 - 31/03/2026
marzo 2026	01/03/2026 - 31/03/2026	01/04/2026 - 30/04/2026
aprile 2026	01/04/2026 - 30/04/2026	01/05/2026 - 31/05/2026
maggio 2026	01/05/2026 - 31/05/2026	01/06/2026 - 30/06/2026
giugno 2026	01/06/2026 - 30/06/2026	01/07/2026 - 31/07/2026
luglio 2026	01/07/2026 - 31/07/2026	01/08/2026 - 31/08/2026
agosto 2026	01/08/2026 - 31/08/2026	01/09/2026 - 30/09/2026
settembre 2026	01/09/2026 - 30/09/2026	01/10/2026 - 31/10/2026
ottobre 2026	01/10/2026 - 31/10/2026	01/11/2026 - 30/11/2026
novembre 2026	01/11/2026 - 30/11/2026	01/12/2026 - 31/12/2026
dicembre 2026	01/12/2026 - 31/12/2026	01/01/2027 - 31/01/2027

Tabella 2

FLUSSO EMUR-PS		
Settimana di competenza	**Periodo di rilevazione**	**Periodo di trasmissione**
1	01/01/2026 - 04/01/2026	05/01/2026 - **07/01/2026**
2	05/01/2026 - 11/01/2026	12/01/2026 - 13/01/2026
3	12/01/2026 - 18/01/2026	19/01/2026 - 20/01/2026
4	19/01/2026 - 25/01/2026	26/01/2026 - 27/01/2026
5	26/01/2026 - 01/02/2026	02/02/2026 - 03/02/2026
6	02/02/2026 - 08/02/2026	09/02/2026 - 10/02/2026
7	09/02/2026 - 15/02/2026	16/02/2026 - 17/02/2026
8	16/02/2026 - 22/02/2026	23/02/2026 - 24/02/2026
9	23/02/2026 - 01/03/2026	02/03/2026 - 03/03/2026
10	02/03/2026 - 08/03/2026	09/03/2026 - 10/03/2026
11	09/03/2026 - 15/03/2026	16/03/2026 - 17/03/2026
12	16/03/2026 - 22/03/2026	23/03/2026 - 24/03/2026
13	23/03/2026 - 29/03/2026	30/03/2026 - 31/03/2026
14	30/03/2026 - 05/04/2026	06/04/2026 - 07/04/2026
15	06/04/2026 - 12/04/2026	13/04/2026 - 14/04/2026
16	13/04/2026 - 19/04/2026	20/04/2026 - 21/04/2026
17	20/04/2026 - 26/04/2026	27/04/2026 - 28/04/2026
18	27/04/2026 - 03/05/2026	04/05/2026 - 05/05/2026
19	04/05/2026 - 10/05/2026	11/05/2026 - 12/05/2026
20	11/05/2026 - 17/05/2026	18/05/2026 - 19/05/2026
21	18/05/2026 - 24/05/2026	25/05/2026 - 26/05/2026
22	25/05/2026 - 31/05/2026	01/06/2026 - **03/06/2026**
23	01/06/2026 - 07/06/2026	08/06/2026 - 09/06/2026

24	08/06/2026 - 14/06/2026	15/06/2026 - 16/06/2026
25	15/06/2026 - 21/06/2026	22/06/2026 - 23/06/2026
26	22/06/2026 - 28/06/2026	29/06/2026 - 30/06/2026
27	29/06/2026 - 05/07/2026	06/07/2026 - 07/07/2026
28	06/07/2026 - 12/07/2026	13/07/2026 - 14/07/2026
29	13/07/2026 - 19/07/2026	20/07/2026 - 21/07/2026
30	20/07/2026 - 26/07/2026	27/07/2026 - 28/07/2026
31	27/07/2026 - 02/08/2026	03/08/2026 - 04/08/2026
32	03/08/2026 - 09/08/2026	10/08/2026 - 11/08/2026
33	10/08/2026 - 16/08/2026	17/08/2026 - 18/08/2026
34	17/08/2026 - 23/08/2026	24/08/2026 - 25/08/2026
35	24/08/2026 - 30/08/2026	31/08/2026 - 01/09/2026
36	31/08/2026 - 06/09/2026	07/09/2026 - 08/09/2026
37	07/09/2026 - 13/09/2026	14/09/2026 - 15/09/2026
38	14/09/2026 - 20/09/2026	21/09/2026 - 22/09/2026
39	21/09/2026 - 27/09/2026	28/09/2026 - 29/09/2026
40	28/09/2026 - 04/10/2026	05/10/2026 - 06/10/2026
41	05/10/2026 - 11/10/2026	12/10/2026 - 13/10/2026
42	12/10/2026 - 18/10/2026	19/10/2026 - 20/10/2026
43	19/10/2026 - 25/10/2026	26/10/2026 - 27/10/2026
44	26/10/2026 - 01/11/2026	02/11/2026 - 03/11/2026
45	02/11/2026 - 08/11/2026	09/11/2026 - 10/11/2026
46	09/11/2026 - 15/11/2026	16/11/2026 - 17/11/2026
47	16/11/2026 - 22/11/2026	23/11/2026 - 24/11/2026
48	23/11/2026 - 29/11/2026	30/11/2026 - 01/12/2026
49	30/11/2026 - 06/12/2026	07/12/2026 - **09/12/2026**
50	07/12/2026 - 13/12/2026	14/12/2026 - 15/12/2026
51	14/12/2026 - 20/12/2026	21/12/2026 - 22/12/2026
52	21/12/2026 - 27/12/2026	28/12/2026 - 29/12/2026
53	28/12/2026 - 03/01/2027	04/01/2027 - 05/01/2027
RESIDUI 2026	01/01/2026 - 31/12/2026	11/01/2027 - 12/01/2027

Sono riportate in grassetto le scadenze che, a causa di festività, risultano posticipate di un giorno.

Tabella 3

FLUSSO MTA			
Mese di competenza	**Periodo di rilevazione**	**1° periodo di trasmissione**	**2° periodo di trasmissione**
dicembre 2025	01/12/2025 - 31/12/2025	01/01/2026 - 05/01/2026	06/01/2026 - 25/01/2026
gennaio 2026	01/01/2026 - 31/01/2026	01/02/2026 - 05/02/2026	06/02/2026 - 25/02/2026
febbraio 2026	01/02/2026 - 28/02/2026	01/03/2026 - 05/03/2026	06/03/2026 - 25/03/2026
marzo 2026	01/03/2026 - 31/03/2026	01/04/2026 - 05/04/2026	06/04/2026 - 25/04/2026
aprile 2026	01/04/2026 - 30/04/2026	01/05/2026 - 05/05/2026	06/05/2026 - 25/05/2026
maggio 2026	01/05/2026 - 31/05/2026	01/06/2026 - 05/06/2026	06/06/2026 - 25/06/2026
giugno 2026	01/06/2026 - 30/06/2026	01/07/2026 - 05/07/2026	06/07/2026 - 25/07/2026
luglio 2026	01/07/2026 - 31/07/2026	01/08/2026 - 05/08/2026	06/08/2026 - 25/08/2026
agosto 2026	01/08/2026 - 31/08/2026	01/09/2026 - 05/09/2026	06/09/2026 - 25/09/2026
settembre 2026	01/09/2026 - 30/09/2026	01/10/2026 - 05/10/2026	06/10/2026 - 25/10/2026
ottobre 2026	01/10/2026 - 31/10/2026	01/11/2026 - 05/11/2026	06/11/2026 - 25/11/2026
novembre 2026	01/11/2026 - 30/11/2026	01/12/2026 - 05/12/2026	06/12/2026 - 25/12/2026

dicembre 2026	01/12/2026 - 31/12/2026	01/01/2027 - 05/01/2027	06/01/2027 - 25/01/2027

Tabella 4

ALPI VOLUMI	
Periodo di competenza	**Periodo di rilevazione**
3° trimestre 2025	07/01/2026 - 19/01/2026
4° trimestre 2025	08/04/2026 - 20/04/2026
1° trimestre 2026	08/07/2026 - 20/07/2026
2° trimestre 2026	07/10/2026 - 19/10/2026
3° trimestre 2026	07/01/2027 - 20/01/2027
4° trimestre 2026	07/04/2027 - 19/04/2027

Tabella 5

SOSPENSIONI	
Periodo di competenza	**Periodo di rilevazione**
2° semestre 2025	07/01/2026 - 19/01/2026
1° semestre 2026	08/07/2026 - 20/07/2026
2° semestre 2026	07/01/2027 - 20/01/2027