



Regione Lombardia
LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N. XII/ 6692

SEDUTA DEL 03/08/2026

Presidente **ATTILIO FONTANA**

Assessori regionali MARCO ALPARONE *Vicepresidente*
ALESSANDRO BEDUSCHI
GUIDO BERTOLASO
FRANCESCA CARUSO
GIANLUCA COMAZZI
ALESSANDRO FERMI
PAOLO FRANCO
GUIDO GUIDESI

ROMANO MARIA LA RUSSA
ELENA LUCCHINI
FRANCO LUCENTE
GIORGIO MAIONE
DEBORA MASSARI
MASSIMO SERTORI
CLAUDIA MARIA TERZI
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

ULTERIORI DETERMINAZIONI IN ORDINE AGLI INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE DEL SSR PER L' 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

Il Direttore Centrale Manuela Giaretta

Francesco Foti

I Dirigenti	Ida Fortino	Raffaella Clelia Borra	Luca Giuseppe Sgaria	Giovanni Delgrossi
	Laura Chiappa	Clara Sabatini	Paola Carini	Danilo Cereda
	Francesco Maraschi	Maurizio Bracchi	Giuseppina Valenti	Marzia Gueritore
	Marta Capatti			

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



Regione Lombardia

LA GIUNTA

RICHIAMATA la seguente normativa a livello comunitario:

- il Regolamento (UE) 2020/2094 del Consiglio, del 14 dicembre 2020, che istituisce uno strumento dell'Unione europea, a sostegno della ripresa dopo la crisi COVID-19;
- 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);
- 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 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;
- 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;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

- 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"*;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

- 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 6 maggio 2021, n. 59, convertito, con modificazioni, dalla legge 1° luglio 2021, n. 101, recante: *"Misure urgenti relative al Fondo complementare al Piano nazionale di ripresa e resilienza e altre misure urgenti per gli investimenti"* ed in particolare l'art. 1 che approva il Piano Nazionale per gli Investimenti Complementari (PNC) al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR);
- 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 funzionali 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"*



Regione Lombardia

LA GIUNTA

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, di concerto con il Ministro delegato per l'innovazione tecnologica e la transizione digitale del 30 settembre 2022, con il quale sono state adottate le Linee Guida per l'individuazione delle soluzioni di telemedicina di cui all'art. 12, comma 15 undecies del decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179;*
- *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;*



Regione Lombardia

LA GIUNTA

- 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 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 decreto-legge n. 156 del 29 ottobre 2025 *"Misure urgenti in materia economica"*, convertito con modificazioni nella legge n. 191 del 18 dicembre 2025;
- la legge 30 dicembre 2025, n. 199 *"Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2026 e bilancio pluriennale per il triennio 2026-2028"*, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale, serie generale, n. 301 del 30.12.25 – SO n. 42;



Regione Lombardia
LA GIUNTA

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"*;
- 30 dicembre 2023, n. 213 *"Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 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"*;
- 30 dicembre 2025, n. 20, *"Legge di stabilità 2026-2028"*;
- 31 dicembre 2025, n. 21, *"Bilancio di previsione 2026 – 2028"*;

VISTE altresì:

- la DGR n. XII/6295 del 15 giugno 2026 *"Determinazioni in ordine all'approvazione del bilancio preventivo economico consolidato 2026 - (di concerto con l'Assessore Bertolaso)"*;
- la DGR n. XII/6321 del 18 giugno 2026 *"Approvazione della proposta di progetto di legge "Assestamento al bilancio 2026 – 2028 con modifiche di leggi regionali" e del relativo documento tecnico di accompagnamento - (di concerto con il Vicepresidente Alparone)"*;
- la DGR n. XII/6408 del 6 luglio 2026 *"Variazioni al bilancio di previsione 2026-2028 (d.lgs. 118/11 - l.r. 19/12 art. 1, co. 4) – 29° provvedimento - (atto da trasmettere al Consiglio regionale)"*;
- la DGR n. XII/6457 del 13 luglio 2026 *"Variazioni al documento tecnico di accompagnamento al bilancio di previsione 2026-2028 (d.lgs. 118/11 - l.r. 19/12 art. 1, co. 4) – 32° provvedimento - (atto da trasmettere al consiglio regionale)"*;

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"*;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

RICHIAMATO il Piano Nazionale Governo Liste di Attesa (PNGLA) 2025/2027, di cui alla nota del Ministero della Salute prot. 0005428-P-04/04/2025;

VISTA l'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 sul Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2026-2031 – Rep. atti n. 69/CSR del 21 maggio 2026 che approva il Piano Nazionale della Prevenzione 2026 – 2031;

RICHIAMATI tutti i provvedimenti concernenti le Regole di Sistema per il Servizio Sociosanitario Regionale ed 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 programmatico”*;
- la DGR n. XII/5589 del 30 dicembre 2025 *“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)”*;

VALUTATO necessario, sulla base delle valutazioni effettuate dalla Direzione Generale Welfare sugli esiti del primo semestre 2026, fornire ulteriori indicazioni e precisazioni rispetto a quanto stabilito con la sopra richiamata DGR n. XII/5589/25;

RITENUTO pertanto di approvare:

- l'allegato n. 1 *“Aggiornamento del Quadro Economico Finanziario per l'anno 2026”*, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- l'allegato n. 2 *“Aggiornamento delle indicazioni specifiche per gli Enti del Sistema Sociosanitario Regionale”*, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- l'allegato n. 3 *“Ulteriori determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2026”*, parte integrante e sostanziale 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;

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;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

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 approvare:
 - l'allegato n. 1 *“Aggiornamento del Quadro Economico Finanziario per l'anno 2026”*, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
 - l'allegato n. 2 *“Aggiornamento delle indicazioni specifiche per gli Enti del Sistema Sociosanitario Regionale”*, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
 - l'allegato n. 3 *“Ulteriori determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2026”*, parte integrante e sostanziale 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 programmatico”* richiamata in premessa;
4. di dare mandato alla Direzione Generale Welfare per la puntuale applicazione di quanto disposto con il presente provvedimento;
5. di dare atto che il presente provvedimento è soggetto alla pubblicazione cui agli artt. 26 e 27 del D.Lgs 33/2013;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

6. 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.

AGGIORNAMENTO DEL QUADRO ECONOMICO PROGRAMMATORIO DELLE RISORSE DESTINATE AL FINANZIAMENTO DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE PER L'ANNO 2026 APPROVATO CON DGR N. XII/5524/2025

La Legge di Bilancio 2026, n. 199 del 30 dicembre 2025, definisce il fabbisogno complessivo del Servizio Sanitario Nazionale per il 2026 nell'ammontare di **142,9 miliardi di euro**. Le risorse definitive del Fondo Sanitario previste per l'anno 2026 verranno recepite a bilancio regionale solo a seguito dell'approvazione dell'atto di riparto del FSN 2026 da parte della Conferenza Stato-Regioni e verranno destinate e vincolate al finanziamento delle linee programmatiche individuate in sede di sottoscrizione del Patto della Salute, tenendo conto in particolare del processo attuativo e delle disposizioni del DM 77/2022.

Si provvede, con il presente atto, all'aggiornamento del quadro economico per il 2026 approvato con DGR n. XII/5524 del 17/12/2025, considerando gli incrementi previsti con Legge del Consiglio Regionale n. 76 del 24/07/2026 "*Assestamento al bilancio 2026-2028*", oltre le risorse destinabili al Sistema Sociosanitario Regionale per l'esercizio 2026 determinate, in via prudenziale, sulla base del riparto del Fondo Sanitario Nazionale Indistinto anno 2025 (Intesa Rep. atti n. 267/CSR del 29 dicembre 2025) e sulla base delle stime relative al riparto 2026 degli obiettivi di piano, del fondo farmaci innovativi e delle risorse per la medicina penitenziaria e della mobilità extraregionale ed internazionale.

Gli incrementi previsti rispetto al Bilancio di previsione 2026 di Regione Lombardia sono di seguito dettagliati:

- incremento del Fondo Sanitario Regionale indistinto (*incluse le finalizzazioni statali*) per un valore di **439 mln/euro**, effettuata in maniera prudenziale rispetto all'incremento definito dalla L. 30 dicembre 2025, n. 199;
- incremento di ulteriori **93,4 mln/euro** di risorse di FS Vincolato;
- stanziamento di ulteriori **8,545 mln/euro** di risorse autonome regionali extra fondo;
- modifica saldi delle mobilità extraregionale e internazionale per allineamento al riparto 2025;
- incremento di ulteriori **98,04 mln/euro** di risorse per investimenti;

Le risorse destinate al finanziamento e alla governance del sistema sociosanitario regionale devono, per l'esercizio 2026, tenere conto in particolare:

- della prosecuzione del percorso attuativo della riforma della approvata con L.r. n. 22 del 14/12/2021;
- delle azioni finalizzate al recupero delle liste di attesa, anche in virtù del DL n. 73 del 07/06/2024, convertito in legge con modificazioni dalla L. n. 107 del 29/07/2024 e del Piano Nazionale Governo Liste di Attesa (PNGLA) 2025/2027, di cui alla nota del Ministero della Salute Prot. n. 0005428 del 04/04/2025;
- dei processi di attuazione delle azioni legate all'allineamento del SSR al DM n. 77/2022 nel quadro della L.r. n. 33/2009, come modificata con L.r. n. 22/2021, ed allo sviluppo della sanità territoriale;
- delle attività finalizzate alla presa in carico;
- della integrazione delle attività sanitarie e sociosanitarie, con particolare

- attenzione ai bisogni dei pazienti cronici e fragili;
- di percorsi di efficientamento delle performance, regolati dai criteri di cui al Decreto del Ministero della Salute del 21 giugno 2016 e successivi aggiornamenti normativi;
 - del rafforzamento degli organici e della valorizzazione del personale del Sistema Sociosanitario Regionale;
 - ai programmi di prevenzione primaria e secondaria, attraverso il potenziamento degli screening oncologici, delle campagne vaccinali e degli interventi di diagnosi precoce;
 - al potenziamento della ricerca sanitaria, finalizzato a favorire l'innovazione, il trasferimento delle conoscenze e il miglioramento della qualità delle cure.
 - del D.Lgs n. 29 del 15/03/2024 "Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane" e del D.Lgs n. 62 del 03/05/2024 "Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e l'attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato";
 - del pieno rispetto degli obiettivi di spesa per le varie linee di attività stabiliti a livello regionale attraverso le assegnazioni di risorse compatibili con le norme nazionali, compresi i limiti di spesa previsti dal Decreto-legge 6 luglio 2012 n. 95 "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini", convertito in legge n. 135/2012.

La programmazione a livello regionale del sistema sociosanitario definisce le proprie priorità di intervento nelle more di quanto definito a livello nazionale per la destinazione delle risorse previste per l'esercizio 2026 e garantisce il perseguimento del rispetto dell'equilibrio economico finanziario di sistema.

Il presente atto definisce pertanto la previsione legata all'impiego delle risorse per il 2026 al fine di garantire la continuità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria nel rispetto dell'equilibrio delle risorse rese disponibili dal bilancio. Tali previsioni sono pertanto declinate per singole macroaree, in ogni caso con riserva di variazione in ragione di nuove e non prevedibili esigenze, ovvero con successive rimodulazioni tra gli stanziamenti definiti, fermo restando il pieno rispetto del vincolo dell'equilibrio economico e finanziario del sistema.

1. RISORSE PER IL FINANZIAMENTO DEL SISTEMA SOCIO-SANITARIO REGIONALE

1.1 RISORSE DI PARTE CORRENTE 2026

Lo stanziamento di parte corrente indistinta del Fondo Sanitario Regionale (*incluse le finalizzazioni statali*) nel bilancio regionale per l'esercizio 2026 ammonta a **22.383,52 mln/euro**.

L'importo di **22.383,52 mln/euro** è ulteriormente incrementato di **621,59 mln/euro** relativi alle stime dei saldi di mobilità 2025 extraregionale e internazionale, per complessivi **23.005,11 mln/euro**.

Alle risorse di parte corrente indistinta del FSR (compreso il saldo delle mobilità) si aggiungono inoltre somme pari a **593,23 mln/euro**, di cui:

- **493,4 mln/euro** per finanziamenti FSR a destinazione vincolata;
- **37 mln/euro** per quota stimata di payback;
- **8 mln/euro** per quota stimata per finanziamento personale Esacri;
- **15 mln/euro** per quota stimata finanziamento prestazioni STP;
- **39,83 mln/euro** per quote extra-fondo 2026 già assegnate a Regione relative a: Fondo per le dipendenze patologiche, Fondo per sostituti latte materno, Fondo Alzheimer e Demenze, Piano oncologico nazionale 2023-2027, NUE 112, sostegno ai proprietari di animali di affezione, PSAL, posti disponibili per detenuti tossicodipendenti nelle strutture sanitarie e potenziamento dei servizi per le dipendenze presso gli istituti penitenziari a custodia attenuata.

L'importo programmabile, stimato nelle more del riparto definitivo del finanziamento SSR per l'anno 2026, ammonta pertanto a **23.598,34 mln/euro**, al lordo delle riduzioni di rettifiche di FS indistinto per investimenti per un totale di euro 299,9 mln/euro (vedi paragrafo 1.3 "Risorse per investimenti").

1.2. RISORSE DI PARTE CORRENTE DEL BILANCIO AUTONOMO REGIONALE – EXTRA FONDO

Per il 2026 sono stanziati risorse autonome regionali per il finanziamento di prestazioni Extra LEA del sistema sanitario per un totale di **45,525 mln/euro**, e precisamente:

- esenzione ticket codice bianco forze armate art. 27 quater 1 della L.r. n. 33/2009 (introdotto dall'art. 18 della l.r. n. 23/2019), per **0,01 mln/euro**;
- L. 210/92 (indennizzi emotrasfusi) per **21,50 mln/euro**;
- farmaci Classe C e alcune prestazioni ambulatoriali per **6,60 mln/euro**;
- screening genetici neonatali e non preventivi non compresi nei LEA per **4,00 mln/euro**;
- contributi regionali per contratti di formazione medica specialistica aggiuntiva, per **3,97 mln/euro** relativi alla copertura delle spese per i cicli accademici già attivati;
- contributi regionali per borse di formazione specialistica rivolte a professionisti sanitari non medici per **0,30 mln/euro**;
- esenzione ticket sanitario per le vittime di violenza basata sul genere prese in carico presso i Centri antiviolenza per **0,45 mln/euro**;
- dermopigmentazione del complesso areola-capezzolo a seguito di mastectomia totale per **0,15 mln/euro**;
- promozione di campagne regionali di sensibilizzazione alla donazione di organi e tessuti per **0,70 mln/euro**;
- esenzione ticket sanitari per **2,87 mln/euro**;
- potenziamento del servizio di assistenza ostetrica domiciliare per **0,70 mln/euro**;
- gratuità dei controlli periodici a cui devono sottoporli le persone affette dalla sindrome di Li Fraumeni per **0,05 mln/euro**;
- misure per il contrasto della diffusione del Gioco d'Azzardo Patologico per euro **0,35 mln/euro**;
- campagna di informazione e comunicazione di prevenzione della legionellosi

per euro **0,05 mln/euro**;

- interventi sul territorio di prevenzione attraverso servizi di assistenza di base counseling e test rapidi per euro **0,30 mln/euro**;
- ampliamento servizi delle strutture residenziali per i disturbi della nutrizione e alimentazione per euro **0,10 mln/euro**;
- attività di prevenzione e informazione sulla salute sessuale e riproduttiva rivolta alla popolazione giovanile – amministrazioni locali per euro **0,15 mln/euro**;
- progetto di odontoiatria sociale – trasferimenti per esonero della compartecipazione alla spesa sanitaria per l'erogazione di prestazioni a popolazione in età geriatrica in condizioni di svantaggio economico – amministrazioni locali per euro **0,15 mln/euro**;
- risorse aggiuntive regionali per corsi di formazione per medici di medicina generale e pediatri per **0,1 mln/euro**;
- esenzione dal pagamento della quota di partecipazione alla spesa sanitaria per gli studenti e le studentesse provenienti dalla Striscia di Gara per **0,02 mln/euro**;
- interventi volti a supportare l'attività svolta dai consultori familiari pubblici destinata a popolazione giovanile in condizione di fragilità economica sociale – amministrazioni locali per **0,15 mln/euro**;
- supporto attività dei rifugi per animali sul territorio lodigiano – amministrazioni locali per **0,1 mln/euro**;
- esecuzione di screening neonatali – amministrazioni locali per **0,25 mln/euro**;
- salvaguardia della colonia felina del castello Sforzesco – amministrazioni locali per **0,03 mln/euro**;
- sostegno e il potenziamento dei servizi erogati dalle ASST per **0,075 mln/euro**;
- realizzazione di interventi di manutenzione ordinaria, di cui:
 - ✓ per istituzioni sociali private per **0,105 mln/euro**;
 - ✓ per amministrazioni locali per **0,075 mln/euro**;
- progetti di sostegno ai pazienti oncologici e alle loro famiglie e per iniziative di prevenzione, informazione e prossimità per patologie oncologiche – istituzioni sociali private per **0,115 mln/euro**;
- progetti sperimentali per l'integrazione di attività artistiche a scopi terapeutici – amministrazioni locali per **0,05 mln/euro**;
- progetto percorsi di riabilitazione psichiatrica rivolta a giovani pazienti – amministrazioni locali per **0,055 mln/euro**;
- progetto sperimentale per pazienti con obesità grave per **2 mln/euro**.

1.3. RISORSE PER INVESTIMENTI

Per l'esercizio 2026 le risorse programmate per investimenti in ambito sanitario sono pari a complessivi **495,44 mln/euro**, come di seguito dettagliato:

- **195 mln/euro**, assicurati dagli accantonamenti già previsti in GSA, di cui **97,5 mln/euro** stanziati con l'approvazione della Legge del Consiglio Regionale n. 76 del 24/07/2026 "Assestamento al bilancio 2026-2028" da impiegare negli ambiti programmatori per gli investimenti anno 2026;
- **299,9 mln/euro** rettifiche di FS Indistinto per investimenti DGR n. XII/6205/2026 e DGR n. XII/6384/2026;
- **0,15 mln/euro** quali contributi per la realizzazione di investimenti in ambito

- sanitario;
- **0,34 mln/euro** quali contributi agli investimenti per il progetto di medicina digitale per l'assistenza sanitarie penitenziaria – amministrazioni locali;
 - **0,05 mln/euro** quali contributi per investimenti in ambito sanitario – apparecchiature tecnologiche.

1.4. UTILIZZO DI RISORSE ACCANTONATE NEI PRECEDENTI ESERCIZI

E' previsto l'utilizzo di accantonamenti di anni precedenti presenti sulla GSA pari a **413,1 mln/euro** destinati ai seguenti interventi:

- fino a **35,00 mln/euro** da destinare alla protesica maggiore;
- fino a **44,00 mln/euro** per farmaci innovativi;
- fino a **19 mln/euro** di utilizzo destinate al recupero delle liste d'attesa (DGR POR 2026 – GSA 2023/2024);
- fino a **11,3 mln/euro** per dipendenze patologiche e GAP;
- fino a **3,9 mln/euro** per fondo 8 per mille dipendenze;
- fino a **299,9 mln/euro** per le finalità di cui alle DGR n. 6205/2026 e n. 6384/2026.

2. FINANZIAMENTO DEL SISTEMA

Le risorse correnti programmabili per il sistema sanitario regionale sono pari a **23.757,07 mln/euro** (*comprehensive di utilizzi di risorse anni precedenti per complessivi 413,10 mln/Euro*) al netto delle risorse per rettifiche ad investimenti di cui al paragrafo 1.3.

2.1. FINANZIAMENTO ENTI DEL SISTEMA REGIONALE A CARICO DEL S.S.R.

Le risorse da destinare al finanziamento degli **interventi diretti regionali, a carico della Gestione Sanitaria Accentrata**, sono determinate nell'importo di **556,9 mln/euro**, come di seguito distintamente indicato.

Finanziamento degli Enti del Sistema Regionale a carico del SSR per complessivi **154,40 mln/euro**:

- fino a **95,94 mln/euro** per il finanziamento dell'ARPA (*Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente*);
- fino a **57,67 mln/euro** per il finanziamento dei contributi di funzionamento di ARIA (*Azienda Regionale per l'innovazione e gli acquisti*);
- fino a **0,79 mln/euro** per il finanziamento di Polis;

Finanziamento della gestione sanitaria accentrata. Le risorse da destinare al finanziamento di interventi diretti regionali a carico della Gestione Sanitaria Accentrata ammontano a **402,5 mln/euro**, così ripartite:

- fino a **59,4 mln/euro** per far fronte alle spese dirette regionali sostenute per conto del SSR, nonché per la prosecuzione delle progettualità del Sistema sanitario;
- fino a **343,10 mln/euro** per acquisti di servizi informatici del sistema sanitario e sociosanitario, da considerare quale tetto massimo di spesa;

2.2 FINANZIAMENTO DELLA GESTIONE PER GLI ENTI DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE

Per quanto attiene la quota per il finanziamento dei costi standard territoriali, vengono programmabili fino a **23.200,17 mln/Euro** (comprensivo di risorse di anni precedenti per complessivi 413,10 mln/euro), da ripartire tra gli enti del sistema sociosanitario regionale secondo le modalità di seguito indicate, tenendo conto dei livelli diretti di spesa e di quelli attribuibili agli erogatori in relazione ai livelli essenziali di assistenza. Ogni macroarea definisce le risorse massime disponibili in correlazione alle attività di cui alle linee programmatiche aggiornate per l'esercizio 2026 con il presente provvedimento, fermo restando eventuali successive rimodulazioni tra macroaree disposte con successivi specifici atti di Giunta nell'ambito di quanto previsto nel primo paragrafo del presente allegato.

Macroarea n.1 delle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale: determinata per un importo fino a **8.141,96 mln/euro**, tra cui;

- **fino a 5.171,33 mln/euro** per ricoveri per acuti; il valore è comprensivo delle risorse di cui alla legge regionale 7/2010;
- **fino a euro 2.631,72 mln/euro** per prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- **fino a euro 71,27 mln/euro** per l'incremento della tariffa delle prestazioni orarie aggiuntive finalizzate alla carenza di organico ed alla riduzione delle liste d'attesa e del ricorso alle esternalizzazioni;
- **fino a euro 63,00 mln/euro** per il finanziamento delle attività per subacuti comprese le attività ai sensi dell'art. 15 comma 13 lettera c) bis della L. 135/2012;

Entrambe le linee di attività sono comprensive degli oneri per mobilità passiva extraregionale.

Macroarea n. 2 delle prestazioni di assistenza farmaceutica, assistenza integrativa e protesica, determinata per l'importo fino a **4.950,00 mln/euro** comprensivo della quota in parte capitale:

- **fino a 4.550,00 mln/euro** relativamente all'assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera compreso la distribuzione dei farmaci in File F;
- **fino a 400,00 mln/euro** per l'erogazione dell'assistenza integrativa e protesica, definito a regolamentazione attuale;

Nello stanziamento di questa voce è compresa la quota di finanziamento con risorse di c/capitale di beni durevoli (protesica maggiore 35,00 mln/euro).

Macroarea n. 3 delle prestazioni di Medicina di Base, Psichiatria e Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, determinata per un importo fino a **1.667,13 mln/euro** di cui:

- **fino a 1.023,69 mln/euro** per le attività di medicina territoriale di base, compresi i progetti per ambulatori al sabato, le attività vaccinali e l'applicazione degli Accordi Collettivi Nazionale e Accordi Integrativi

- Regionali;
- fino a **598,74 mln/euro** per prestazioni relative all'assistenza psichiatrica e di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza comprensivi dei progetti innovativi, delle risorse per l'area dei DNA (Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione);
 - fino a **44,70 mln/euro** per la remunerazione dell'assistenza penitenziaria, da assegnare agli enti sanitari pubblici interessati;

Macroarea n. 4 Unità di Offerta Sociosanitarie, determinata fino a **2.197,19 mln/euro** da finanziare a carico del FSR indistinto, destinati al finanziamento delle Unità di offerta sociosanitarie residenziali, semiresidenziali, diurne, ambulatoriali e domiciliari rivolte a soggetti fragili, anziani, disabili, alle famiglie e all'area delle dipendenze e del fine vita, comprese le cure palliative domiciliari e residenziali, gestioni dirette delle UDO e Sperimentazioni;

Macroarea n. 5 delle attività della presa in carico, determinata per un importo fino a **108,18 mln/euro**, comprensive di una quota fino a **42,00 mln/euro** per il finanziamento delle attività erogate a favore di pazienti fragili per la presa in carico, e fino a **66,18 mln/euro** per il finanziamento delle Misure istituite ex D.G.R n. X/116/2013;

Macroarea n. 6 Emergenza Urgenza determinata fino all'importo di **410,00 mln/euro** per le spese di funzionamento, le attività di emergenza urgenza/118 di competenza di AREU, il soccorso alpino, le funzioni connesse alle attività del CRCC, al trasporto organi, al trasporto di pazienti dializzati oltre ai costi di gestione per il servizio emergenza NUE 112 - Numero Unico Europeo e tutte le altre attività connesse all'area dell'emergenza urgenza oggetto di provvedimenti regionali;

Macroarea n. 7 Obiettivi PSSR, Progetti P.S.N, Equiparazione Finanziaria, determinata per un importo fino a **2.938,75 mln/euro**. Il valore comprende le risorse per dare attuazione agli obiettivi di PSSR ed al potenziamento dell'assistenza territoriale (DM 77/2022).

Nell'ambito della macroarea viene ricompreso il co-finanziamento delle Risorse Aggiuntive Regionali.

Macroarea n. 8 delle attività istituzionali delle ATS e delle ASST: determinata in **1.232,95 mln/euro**, da destinare:

- fino a **1.009,27 mln/euro** alle attività dei Dipartimenti Veterinari, Prevenzione e altre attività territoriali (comprensivi della prosecuzione delle attività già avviate PIL, Laboratori malattie infettive e disinfezione arbovirosi e per i costi legati a tamponi e vaccinazioni);
- fino a **223,68 mln/euro** per l'offerta del piano nazionale vaccini e altri costi legati all'area della profilassi delle malattie infettive/prevenzione;

Macroarea n. 9 Ulteriori linee di attività, rideterminato fino a **1.554,01 mln/euro**, da

destinare:

- fino a **575,00 mln/euro** per l'attribuzione di funzioni non tariffabili alle strutture erogatrici pubbliche e private così suddivise:
 - fino a **500,00 mln/euro** per erogatori pubblici;
 - fino a **75,00 mln/euro** per erogatori privati;
- fino a **621,59 mln/euro** quale stima per saldo di mobilità extra regionale, da trasferire agli erogatori del sistema, sulla base dell'effettiva produzione e coerentemente con la normativa di riferimento;
- fino a **45,42 mln/euro** ad un Fondo di riserva da destinare di cui:
 - fino a **2,00 mln/euro**, alla realizzazione della Banca Gameti;
 - fino a **0,90 mln/euro**, al finanziamento del Centro di riferimento regionale per la qualità dei servizi di medicina di laboratorio;
 - fino a **14,60 mln/euro**, al finanziamento delle politiche sociali degli Enti del SSR;
 - fino a **27,92 mln/euro** per la prosecuzione di progetti e attività già avviate negli esercizi precedenti e per il finanziamento di attività programmate i cui provvedimenti attuativi verranno assunti nel presente esercizio;
- fino a **50,00 mln/euro** per mobilità passiva interregionale e internazionale;
- fino a **262,00 mln/euro** destinati all'accantonamento per i rinnovi contrattuali di comparto, dirigenza, MMG/PLS;

Il finanziamento di parte corrente 2026 sarà assegnato ad ogni singolo Ente pubblico del Sistema Sanitario Regionale con atto del Direttore della Direzione Centrale Bilancio e Finanza in accordo con il Direttore Generale della D.G. Welfare e tenuto fermo, per tutti gli Enti, l'obiettivo dell'equilibrio economico finanziario sulla base delle risorse assegnate con provvedimento regionale.

Si ritiene di confermare, per quanto non previsto nel presente atto e per quel che risulta compatibile con il presente provvedimento, ciò che è stabilito nelle determinazioni in merito al finanziamento degli anni precedenti.

AGGIORNAMENTO INDICAZIONI SPECIFICHE PER GLI ENTI SANITARI DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO REGIONALE

1. 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'esercizio 2026 la percentuale di trasferimento degli acconti mensili regionali alle strutture del sistema regionale è fissata nella **percentuale massima del 98%**, mediante un incremento della liquidità disponibile pari al 3% a partire dalla rimessa di cassa relativa alla mensilità di ottobre 2026, in ragione della complessità delle rendicontazioni degli interventi PNRR che allungano i tempi tra l'esecuzione della spesa e l'erogazione dei saldi da parte ministeriale.

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.

La modalità di cui sopra non si applica:

- ai finanziamenti relativi a progetti e linee di intervento soggette a rendicontazione, i quali saranno erogati nella misura prevista dall'atto di assegnazione;
- alle risorse assegnate a seguito della rilevazione dei costi, il cui pagamento è disposto in sede di consuntivo nel limite del valore degli oneri validati a costo.

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 Direzione Generale 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 UOC 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.

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 98%, come sopra indicato per l'esercizio 2026, 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.

Trasferimenti di cassa tra ATS ed erogatori di appartenenza territoriale

Si conferma il ruolo programmatico 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 98%, come sopra motivato per l'esercizio 2026, 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 Direzione Generale 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 98%, secondo quanto sopra indicato per l'esercizio 2026, 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 Direzione Generale Welfare;
- regolare i saldi definitivi entro 60 giorni dalla validazione regionale, compatibilmente con l'espletamento dei controlli di competenza, fatto salvo il contenzioso comprovato.

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.

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 UO "*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.

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.

ULTERIORI DETERMINAZIONI IN ORDINE AGLI INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE DEL SSR PER L'ANNO 2026

INDICE

MONITORAGGIO LISTE D'ATTESA.....	5
CABINA DI REGIA.....	5
SPECIALISTICA AMBULATORIALE	5
RICERCA.....	7
RICERCA	7
PROGETTI INTERNAZIONALI	8
RETI.....	10
RETI ASSISTENZIALI ED ORGANIZZATIVE	10
RETI POLO TERRITORIALE	14
SISTEMI INFORMATIVI E SANITÀ DIGITALE.....	17
PROGETTO “SALA DI COMUNITÀ - CONNESSIONE, TERRITORIO, FRAGILITÀ”	17
VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI DELLE INIZIATIVE DI SANITÀ DIGITALE	17
SISTEMA REGIONALE PER LA GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA DEGLI ENTI SANITARI	18
INVESTIMENTI.....	19
PNRR E DL 34/2020.....	19
CURE PRIMARIE	20
POLO TERRITORIALE.....	22
INTERVENTI SOCIO SANITARI	22
INTEGRAZIONE CON GLI INTERVENTI ATTIVATI IN AREA FAMIGLIA	29
FLUSSI SOCIO SANITARI	30
INTERVENTI IN AREA CONSULTORIALE	31
ULTERIORI DETERMINAZIONI.....	31
INTERVENTI AREA SALUTE MENTALE	33
PSICHIATRIA E NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	33
DIPENDENZE	39
PSICOLOGIA	41
SANITÀ PENITENZIARIA.....	42
POLO OSPEDALIERO	44
MACROAREE.....	44
RISCHIO MALNUTRIZIONE	44
ACCREDITAMENTO	48
CONTROLLI NOC	49
RIABILITAZIONE PER ACUTI	51
SISTEMA REGIONALE TRAPIANTI	51
HTA (HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT)	52
NEGOZIAZIONE SANITARIA	53
MAGGIORAZIONI TARIFFARIE.....	55
GESTIONE DEL PERSONALE	56
PROCEDURE DI RECLUTAMENTO DEL PERSONALE	56
POAS.....	57
DETERMINAZIONI IN ORDINE AGLI OBIETTIVI DI PREVENZIONE COLLETTIVA PER LE ATS	58

PREVENZIONE & PUBLIC HEALTH	59
I) ULTERIORI INDICAZIONI IN MERITO ALL'UTILIZZO DEI FONDI DI CUI ALLA DGR 6387/2026	59
II) APPROVAZIONE DELLA MODIFICA ALL'ART. 10 DEL REGOLAMENTO REGIONALE 14 GIUGNO 2022 - N. 4 REGOLAMENTO DI ATTUAZIONE DEL TITOLO VI BIS DELLA LEGGE REGIONALE 30 DICEMBRE 2009, N. 33 (TESTO UNICO DELLE LEGGI REGIONALI IN MATERIA DI SANITÀ)	60
III) AGGIORNAMENTO COMMISSIONE VACCINI DGR 6679 /2022	60
IV) ULTERIORI INDICAZIONI IN MERITO ALLA DGR N. XII/6059 DEL 27/04/2026	61
V) INTEGRAZIONI ALLA DGR XII/5589 DEL 30/12/2025	61
VI) AGGIORNAMENTO DELLE PRESTAZIONI PREVISTE NEI PROGRAMMI DI SCREENING	61
VETERINARIA	62
ATTIVAZIONE APPLICATIVO CENTRO UNICO DI PRENOTAZIONE REGIONALE (CUP), PER PRESTAZIONI VETERINARIE PER ANIMALI DA COMPAGNIA.....	62
SOSTEGNO ECONOMICO AI PROPRIETARI DI ANIMALI D'AFFEZIONE DI CUI AL DECRETO MINISTERIALE 30 APRILE 2025 "RIPARTO DEL FONDO PER IL SOSTEGNO ECONOMICO AI PROPRIETARI DI ANIMALI D'AFFEZIONE NEL PAGAMENTO DI SPESE VETERINARIE"	62
PERSONALE ASSEGNATO AI DIPARTIMENTI VETERINARI SICUREZZA ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE.....	62
FARMACEUTICA E PROTESICA.....	63
FARMACEUTICA CONVENZIONATA	63
FARMACEUTICA OSPEDALIERA	64
GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA	66
IL SISTEMA DEGLI ACQUISTI DEL SSR	66
ULTERIORI DETERMINAZIONI	70
ATTORI, ORGANIZZAZIONI E PROCESSI	71
AGENZIA DI CONTROLLO DEL SERVIZIO SOCIO SANITARIO LOMBARDO (ACSS)	71
SISTEMI DI VALUTAZIONE E MONITORAGGIO DEL SSR.....	72
VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE DEL SSR	72
REGISTRI	72
ACCESSO AL PATRIMONIO INFORMATIVO E USO SECONDARIO DEI DATI	72
AZIONI COLLABORATIVE CON LE ATS	72
DATI E FLUSSI INFORMATIVI	73
PROGETTI SPECIALI.....	74
PROGETTO SPERIMENTALE DI RIORGANIZZAZIONE DEI PERCORSI OCULISTICI TRAMITE L'ORTOTTISTA PER LA RIDUZIONE DELLE LISTE DI ATTESA	74
PROGETTO SPERIMENTALE PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLA TELERIABILITAZIONE	75
PROPOSTA PROGETTO PSICHIATRIA DISAGIO GIOVANILE - HUB GIOVANI SALUTE MENTALE LOMBARDIA	76
EVOLUZIONE DELLA RETE REGIONALE DI GENETICA MEDICA.....	79
PROGETTO PILOTA PER LA PRESA IN CARICO INTEGRATA DELLA FIBROMIALGIA.....	80
SVILUPPO DELL'OFTALMOLOGIA PEDIATRICA PRESSO IL PRESIDIO OSPEDALIERO BUZZI.....	80
CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE.....	81
CONTINUITÀ ASSISTENZIALE PEDIATRICA	81
SPERIMENTAZIONE RSD 4.0	81
SPERIMENTAZIONE DIMISSIONI OSPEDALIERE.....	81
WELFARE CULTURALE E PRESCRIZIONE SOCIALE: SPERIMENTAZIONI DI COLLABORAZIONE TRA SISTEMA SOCIO SANITARIO E ISTITUZIONI CULTURALI	83
RETE GRANDI USTIONI	83

MONITORAGGIO LISTE D'ATTESA

Cabina di regia

Si ribadisce che le decisioni assunte dalla Cabina di Regia si traducono in indicazioni operative vincolanti per gli enti del SSR da parte del Direttore Generale Welfare.

Specialistica ambulatoriale

Rendicontazione erogazioni da parte degli Enti Erogatori Privati Accreditati e Autorizzati

Richiamando la Deliberazione N° XII/3720/2024, per garantire a Regione Lombardia una corretta programmazione dell'offerta sanitaria, non solo relativamente alle prestazioni erogate in regime SSN, ma anche in regime di solvenza, gli Enti Erogatori Privati Autorizzati e Accreditati devono rendicontare le prestazioni sanitarie erogate in regime di solvenza e libera professione, a titolo esemplificativo e non esaustivo, le prestazioni ambulatoriali, di laboratori e day surgery. Sono escluse le prestazioni di odontoiatria e medicina sportiva.

Particolare attenzione deve essere posta alle prestazioni di screening, che devono essere sempre rendicontate anche quando erogate in regime di solvenza, libera professione o tramite fondi, al fine di garantire il corretto monitoraggio dell'adesione allo screening.

La rendicontazione dovrà avvenire per gli Enti Erogatori Privati Accreditati tramite il flusso 28/SAN, per gli Enti Erogatori Privati Autorizzati attraverso SMAF, secondo le modalità che saranno comunicate con successiva nota del Direttore Generale.

Si precisa altresì che l'invio di tale flusso risulta condizione necessaria per il riconoscimento ed il mantenimento dell'autorizzazione a erogare prestazioni sanitarie a decorrere dal 1° gennaio 2027. Viene altresì specificato che si demanda alla Direzione Generale Welfare la definizione delle azioni necessarie all'inserimento, tra i requisiti per il rilascio e il mantenimento dell'autorizzazione all'esercizio, la regolare trasmissione dei flussi informativi previsti dalla normativa vigente.

Validità ricetta con classe di priorità U e B

Il Decreto del Ministero della Salute del 25 novembre del 2024, ha stabilito in 180 giorni (6 mesi) la validità di tutte le impegnative relative alla specialistica ambulatoriale. Si riporta la parte di interesse del succitato Decreto (comma 7, articolo 5): "La validità delle ricette emesse dal 30 dicembre 2024 è stabilita in massimo centottanta giorni dalla data di prescrizione, fatte salve eventuali scadenze inferiori definite a livello regionale.

La ricetta conserva la propria validità fino alla data di effettiva erogazione se le prestazioni sono prenotate entro la scadenza di cui al primo periodo. Decorso tale periodo di validità le relative prescrizioni mediche dematerializzate sono invalidate automaticamente nell'ambito del Sistema Tessera Sanitaria, anche sulla base delle informazioni inerenti alle eventuali scadenze inferiori definite a livello regionale trasmesse al medesimo Sistema dalle regioni e province autonome".

Considerata l'autonomia regionale garantita dal decreto sopra citato, la Direzione Generale Welfare stabilisce che le impegnative emesse dal 15 settembre 2026 con priorità U avranno una validità di 10 giorni dalla data di prescrizione e che le impegnative emesse con priorità B avranno una validità di 30 giorni dalla data di prescrizione.

Per tutte le altre classi di priorità, la durata di validità temporale delle ricette SSR rimane pari a 180 giorni dalla data di prescrizione.

Si precisa che il termine riguarda il momento della prenotazione, non la data di effettiva esecuzione della prestazione. Se il cittadino non prenota entro il limite previsto, la ricetta non sarà più utilizzabile.

Tale misura è necessaria a garantire le urgenze e migliorare la gestione delle liste di attesa. Una ricetta con classe di priorità Urgente (U) o Breve (B) deve essere prenotata tempestivamente; consentire di prenotare una visita da erogare entro 72 ore (classe U) o 10 giorni (classe B) anche a distanza di mesi, renderebbe incoerente l'urgenza stabilita dal medico. Riducendo la tempistica di prenotabilità, si evita così che una ricetta prescritta per una necessità clinica temporalmente definita venga utilizzata dopo molti mesi, quando la situazione del paziente potrebbe essere mutata.

A titolo esemplificativo, analizzando le prestazioni erogate in classe B nel corso del 2025 il cambiamento della tempistica di prenotabilità delle prestazioni di primo accesso permetterebbe di identificare 34.391 prescrizioni non più idonee, pari al 2,29% del volume totale di erogato per l'anno di riferimento.

Nuovo sistema di rilevazione dell'appropriatezza prescrittiva nel flusso 28/SAN

A tal fine, a partire dal mese di settembre, sarà introdotto nel flusso 28/SAN un apposito flag finalizzato alla raccolta di informazioni aggiuntive a supporto delle attività di monitoraggio regionale. Le informazioni acquisite consentiranno di sviluppare analisi sull' appropriatezza prescrittiva e sulla coerenza tra la prestazione erogata, le caratteristiche della prescrizione e il percorso assistenziale del paziente, in coerenza con i principi di qualità, sicurezza delle cure e appropriatezza degli interventi sanitari richiamati dalla Legge 8 marzo 2017, n. 24.

Le modalità operative verranno comunicate con successiva nota del Direttore Generale.

Progetto di accoglienza

Nell'ambito della digitalizzazione dei processi di accoglienza, ogni Ente sanitario deve prevedere a partire dal 1° settembre ed entro il 31 dicembre 2026 l'evoluzione dei percorsi di accoglienza semplificati per le prestazioni ambulatoriali affinché il cittadino che abbia effettuato il pagamento online o tramite i punti di accesso previsti, o che risulti esente, vada direttamente in ambulatorio. Si rende necessario predisporre il percorso di accoglienza affinché l'utente abbia, anche attraverso sistemi di tagliacode, l'indicazione della sala d'attesa per la chiamata diretta nell'ambulatorio. Tali percorsi dovranno essere garantiti attraverso dei punti di self-accettazione tramite i quali il cittadino potrà anche ritirare il referto della prestazione.

Blocco informatico delle modalità prescrittive non conformi alle linee guida

La DG Welfare, in conformità con la DGR n. XII/6141 dell'11/05/2026 e con il coinvolgimento delle software house degli applicativi prescrittivi interessati, procederà all'implementazione di un blocco informatico volto a impedire la prescrizione di prestazioni di controllo (tipo accesso "0") per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di diagnostica, associate alle classi di priorità U, B e D. Si ricorda che le prestazioni di controllo devono essere associate esclusivamente alla classe di priorità P, riportando nella prescrizione l'evidenza del tempo clinico, in linea con la progettualità sull' appropriatezza prescrittiva.

Le modalità e le tempistiche previste per l'introduzione della modifica saranno comunicate alle Direzioni sanitarie con successiva nota del Direttore Generale.

Tale azione è in coerenza con le modalità prescrittive già previste all'interno del modulo prescrittivo regionale, che rappresenta lo strumento principale attraverso cui è già possibile garantire l'applicazione delle modalità prescrittive appropriate. In particolare, gli EEP e EEPA che utilizzano il modulo prescrittivo regionale sono già considerati adempienti nelle proprie prescrizioni.

RICERCA

Ricerca

Miglioramento dell'efficienza dei Comitati Etici Territoriali e razionalizzazione dei processi autorizzativi e contrattuali per il miglioramento dei tempi di approvazione degli studi clinici in Regione Lombardia

Razionale / motivazione strategica

La competitività della rete ospedaliera lombarda nell'attrazione di studi clinici dipende in misura determinante dalla capacità del sistema regionale di garantire tempi di avvio contenuti e prevedibili. In un contesto in cui i promotori nazionali e internazionali selezionano i centri partecipanti anche sulla base dell'efficienza dei processi autorizzativi, ridurre i tempi di approvazione significa aumentare la capacità della Regione di attrarre ricerca clinica avanzata, favorire l'accesso precoce dei pazienti a terapie innovative e valorizzare le eccellenze della rete ospedaliera lombarda nel panorama della ricerca europea. Questo obiettivo richiede di agire in modo coordinato su due nodi critici del percorso autorizzativo, che operano in sequenza e si condizionano reciprocamente.

Il primo riguarda i tempi di valutazione etica. Per gli studi clinici con medicinali soggetti al Regolamento (UE) n. 536/2014, le tempistiche sono definite dalla normativa europea e dall'infrastruttura CTIS (Clinical Trial Information System). Il problema di efficienza si concentra invece sulle restanti tipologie di studi — osservazionali, indagini cliniche, studi delle prestazioni, sperimentali senza farmaco e senza dispositivo — per le quali le procedure di istruttoria e valutazione rimangono in larga misura affidate all'organizzazione interna di ciascun CET, con conseguente variabilità nei tempi e nelle modalità operative.

Il secondo riguarda i tempi di definizione contrattuale, trasversale a tutte le tipologie di studi clinici. Sebbene AIFA abbia reso disponibili alcuni contratti standard, nella pratica alcuni articoli hanno dato adito a divergenze interpretative tra i centri e i promotori, rallentando l'iter negoziale e, di conseguenza, l'avvio degli studi. La definizione di indirizzi regionali condivisi su questi punti critici, unitamente alla promozione di modelli che consentano la gestione parallela delle fasi amministrative e contrattuali rispetto a quelle valutative, rappresenta un elemento con significative potenzialità di riduzione dei tempi complessivi.

Obiettivo specifico

Ridurre i tempi complessivi di avvio degli studi clinici in Regione Lombardia attraverso due linee di azione convergenti:

1. **Efficienza dei CET** — rilevazione e monitoraggio dei tempi di valutazione, identificazione delle cause strutturali della variabilità inter-CET e promozione dell'armonizzazione procedurale tra i sei comitati;
2. **Razionalizzazione dei processi contrattuali** — definizione di indirizzi regionali condivisi volti a superare le divergenze interpretative sui contratti standard AIFA e promozione di modelli organizzativi che consentano la gestione parallela delle fasi amministrative e contrattuali rispetto a quelle valutative, riducendo i tempi di negoziazione e aumentando la prevedibilità dei tempi di avvio.

Posizionamento di Regione Lombardia nei network istituzionali nazionali ed europei in materia di politiche sanitarie attraverso il presidio del percorso di adozione del Regolamento EHDS, in prospettiva dell'utilizzo secondario del dato sanitario per finalità di ricerca

Razionale / motivazione strategica

Il dato sanitario è destinato a diventare una delle risorse strategiche più rilevanti per lo sviluppo della medicina nei prossimi anni. L'utilizzo secondario dei dati sanitari — vale a dire il loro impiego, al di là della finalità clinica diretta, per attività di ricerca, valutazione delle politiche sanitarie, sviluppo di modelli di intelligenza artificiale e produzione di evidenze scientifiche — rappresenta una frontiera ad alto potenziale, capace di accelerare la transizione verso una medicina basata sull'evidenza e di valorizzare il patrimonio informativo accumulato dai sistemi sanitari regionali.

Il Regolamento europeo sullo Spazio Europeo dei Dati Sanitari (EHDS) costituisce il principale quadro normativo in costruzione su questo tema, definendo le condizioni di accesso, interoperabilità e governance del dato sanitario a livello comunitario, con implicazioni dirette sull'organizzazione dei sistemi informativi regionali e sulle prospettive di utilizzo secondario del dato per finalità di ricerca e policy. Con decreto del Ministro della Salute del 20 febbraio 2026 è stata istituita la Cabina di Regia nazionale EHDS, nell'ambito della quale Regione Lombardia è presente e attiva, con particolare riferimento al Sottogruppo 2 (sistemi, interoperabilità, codifiche) e al Sottogruppo 3 (uso primario). In quest'ultimo contesto, Regione Lombardia — insieme ad ARIA — coordina il tavolo tecnico del Progetto NCPeH, i cui lavori sono stati presentati alla Cabina e costituiranno la base per i primi documenti di indirizzo in fase di revisione nazionale.

La partecipazione a questo processo non è quindi un'attività a sé stante, ma rappresenta la leva concreta attraverso cui costruire un posizionamento stabile e riconoscibile della Regione nei network istituzionali rilevanti — ponendo al contempo le basi per un futuro coinvolgimento attivo nelle progettualità relative all'uso secondario del dato sanitario, che costituisce l'orizzonte strategico di lungo periodo di questa traiettoria.

Obiettivo specifico

Nell'ambito di un più ampio piano di coordinamento delle attività istituzionali in materia di politiche sanitarie, assicurare il presidio e il contributo tecnico al percorso di adozione del Regolamento EHDS — supportando i lavori della Cabina di Regia nazionale e coordinando i tavoli tecnici di competenza regionale — come azione propedeutica al consolidamento del posizionamento di Regione Lombardia nei network istituzionali nazionali ed europei e alla valorizzazione del patrimonio di dati sanitari regionali per finalità di ricerca e innovazione.

Progetti internazionali

Interventi sanitari umanitari a favore di cittadini extracomunitari – revisione dei criteri e delle modalità attuative

Con riferimento agli interventi sanitari umanitari a favore di cittadini extracomunitari disciplinati dalla DGR n. X/898 dell'8 novembre 2013 e dal Decreto della Direzione Generale Salute n. 8749 del 24 settembre 2014, si dà mandato alla Direzione Generale Welfare di procedere alla revisione dei criteri di accesso e di valutazione, nonché della modulistica e delle modalità di presentazione, istruttoria e valutazione delle domande, al fine di assicurarne l'adeguamento all'evoluzione del quadro normativo, tecnologico ed epidemiologico e di garantire maggiore appropriatezza, uniformità ed efficienza del procedimento.

Riuso non lucrativo beni dismessi da strutture sanitarie e sociosanitarie

Con riferimento ai beni dismessi, ancora funzionanti e liberi da vincoli, da assegnarsi per fini umanitari, o comunque non lucrativi, in Italia o all'estero, come previsto dalla DGR n. X/6007 del 19/12/2016, si

dà indicazione alle strutture sanitarie e sociosanitarie di dare tempestiva comunicazione alla Direzione Generale Welfare dell'avvenuta messa a disposizione sui siti istituzionali, all'indirizzo mail reti_ricerca@regione.lombardia.it, fornendo il collegamento alla pagina di pubblicazione.

Ciò al fine di consentire la pubblicazione dell'elenco dei beni disponibili anche sul sito istituzionale di Regione Lombardia, nella pagina "Riuso non lucrativo beni dismessi da strutture sanitarie e sociosanitarie", dandone più ampia visibilità, di modo che tutti i possibili destinatari siano informati della disponibilità di beni in donazione.

RETI

Reti assistenziali ed organizzative

Aggiornamento Pancreas Unit

Con il presente provvedimento si procede alla revisione dell'elenco dei Centri Hub e dei Centri Spoke della Rete delle "Pancreas Unit", già approvato con DGR n. XII/1802 del 29/01/2024 e successivamente aggiornato con DGR n. XII/2966 del 05/08/2024.

Il nuovo elenco sostituisce il sub-allegato 4 approvato con DGR n. XII/2966 del 05/08/2024.

Alla luce degli esiti delle verifiche condotte dalla Direzione Generale Welfare, anche in collaborazione con le ATS competenti, si dispone l'aggiornamento dell'assetto della Pancreas Unit dell'ASST Santi Paolo e Carlo, con la ridefinizione da Hub al ruolo di Spoke per le funzioni di Oncologia medica e di Endoscopia digestiva diagnostica e interventistica/Gastroenterologia. Al fine di garantire la continuità assistenziale e la corretta presa in carico dei pazienti, si dovrà assicurare il completamento degli interventi di chirurgia pancreatica già programmati alla data di adozione del presente provvedimento. La cessazione dell'attività di chirurgia pancreatica, nella casistica prevista dall'Allegato 2 della DGR n. XII/1802 del 29 gennaio 2024, decorre dal 30 settembre 2026.

Si dispone inoltre la cessazione del riconoscimento della struttura Istituto Clinico Beato Matteo quale centro Spoke della Pancreas Unit per le funzioni di Endoscopia digestiva diagnostica e interventistica/Gastroenterologia.

Si conferma quanto previsto in ordine alla verifica annuale, da parte della DG Welfare, per il tramite delle ATS di riferimento, del mantenimento dei parametri quali-quantitativi dei Centri Hub e dei Centri Spoke della Rete delle "Pancreas Unit", indicati nell'Allegato alla medesima deliberazione.

Si rimanda all' §Appendice 1: *Elenco dei Centri Hub e Spoke della Rete Pancreas Unit*.

Breast unit

Dando seguito a quanto previsto dalla DGR n. XII/3720/2024, paragrafo 4.15.1 "Attività di ricovero e cura", con riferimento alla previsione di un sotto-budget dedicato per le strutture Hub afferenti alla rete Breast Unit, incrementabile nella misura dell'1% al raggiungimento degli obiettivi definiti, si precisa che il riconoscimento di tale incremento sarà subordinato alla verifica del raggiungimento degli obiettivi, da effettuarsi solo a seguito del consolidamento complessivo degli indicatori previsti.

Alla luce di ciò, ai fini del computo degli indicatori, sarà preso a riferimento il primo invio utile dei flussi 28/SAN e SDO relativo all'ultima mensilità necessaria a consentire il consolidamento di tutti gli indicatori oggetto di verifica.

Quanto sopra è riferito esclusivamente all'annualità 2025. Per l'anno 2026 trovano applicazione le indicazioni contenute nella DGR n. XII/6057 del 27/04/2026 e nella successiva circolare attuativa prot. n. G1.2026.0024286 del 28/05/2026, alle quali si rinvia per la disciplina degli obiettivi e delle relative modalità di valutazione.

Rete regionale dei centri per la diagnosi e il trattamento delle patologie della tiroide – avvio del monitoraggio

Alla luce di quanto previsto dalla **DGR n. XII/1554 del 18 dicembre 2023**, la Direzione Generale Welfare provvederà ad avviare il monitoraggio dell'attuale assetto dell'offerta regionale e, sulla base degli esiti rilevati e dei criteri definiti nel documento tecnico, a individuare i Centri di riferimento per la diagnosi e il trattamento delle patologie della tiroide, articolati per livelli di complessità.

Indicazioni in merito all'erogazione delle prestazioni di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) a carico del Servizio Sanitario Regionale

L'inclusione delle tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza rappresenta un passaggio di particolare rilevanza ai fini di un accesso equo, uniforme e appropriato alle prestazioni sull'intero territorio nazionale.

Con il presente documento, Regione Lombardia intende definire una serie di indirizzi organizzativi e gestionali che le strutture della rete applicano per assicurare appropriatezza clinica, sostenibilità economica e trasparenza nei confronti delle coppie.

Al di fuori delle condizioni di erogabilità previste dal DPCM del 12 gennaio 2017 sui LEA, le coppie possono comunque accedere alle tecniche di PMA, nel rispetto dei requisiti stabiliti dalla Legge 40/2004, sostenendone integralmente i costi. In tali casi, le strutture pubbliche e private accreditate sono tenute a fornire alle coppie un'informazione chiara, completa e trasparente sui costi complessivi dell'intera procedura.

Definizione operativa di “ciclo” di PMA

Alla luce delle condizioni di erogabilità previste dal **D.P.C.M. 12 gennaio 2017** e, in particolare, delle **Note 13 e 14 dell'Allegato 4D** di tale D.P.C.M., si descrive di seguito la nozione di “ciclo di PMA” ai fini del computo del limite massimo delle prestazioni erogabili a carico del Servizio Sanitario Nazionale per ciascuna coppia.

A tal fine, nello specifico, per “ciclo di PMA” si intende:

- Nel caso di **PMA omologa**, il percorso assistenziale che ha inizio con l'agoaspirazione ecoguidata dei follicoli e si conclude con il trasferimento in utero di uno o più embrioni;
- Nel caso di **PMA eterologa**, il percorso assistenziale riferito a ciascuna singola donazione che si conclude con il trasferimento in utero di uno o più embrioni.

Si precisa che al fine del conteggio, sono da considerarsi solo i cicli giunti al prelievo degli ovociti escludendo i cicli sospesi prima del prelievo come previsto dal Registro Nazionale.

Anche nei casi di accumulo ovocitario, finalizzato alla diagnosi preimpianto o ad altre indicazioni cliniche, ogni prelievo ovocitario deve essere considerato come un ciclo.

Pertanto, ai fini del conteggio dei cicli erogabili in SSN **non sono computabili**:

- I cicli di PMA effettuati **anteriamente all'entrata in vigore operativa del nuovo regime LEA (i.e. i cicli avviati prima del 1° gennaio 2025)**;
- I cicli effettuati **in regime privatistico**, presso strutture private non operanti a carico del SSN.

Restano escluse dal computo del limite massimo le tecniche di PMA di primo livello.

Limiti di Età

L'accesso alle tecniche di PMA erogate in regime SSN è consentito nel rispetto dei limiti di età previsti dalla normativa vigente.

In particolare, sia per le tecniche omologhe che per quelle eterologhe, l'età massima della donna è fissata in 46 anni.

Resta ferma la possibilità di procedere al trasferimento di embrioni precedentemente formati e crioconservati anche dopo il compimento del 46° anno di età, previa valutazione clinica di appropriatezza effettuata dal Centro di PMA.

È anche consentito l'accesso a un nuovo percorso di PMA in presenza di un diverso partner, anche qualora risultino ancora disponibili embrioni crioconservati derivanti da precedenti trattamenti, nel rispetto della normativa vigente e delle valutazioni cliniche effettuate dal Centro autorizzato.

Piano Terapeutico Nota AIFA 74

Il piano terapeutico dei farmaci di cui alla nota AIFA 74 (Farmaci per l'infertilità femminile e maschile) può essere redatto da tutti i Centri di PMA autorizzati, accreditati e/o a contratto, nonché iscritti al Registro istituito presso l'ISS.

I Centri di PMA autorizzati e iscritti al citato Registro, il cui elenco è disponibile presso le ATS, possono redigere il PT a carico del SSN dei farmaci di cui alla nota 74, ma non possono prescrivere direttamente i farmaci su ricetta SSN. Sarà il MAP (medico di assistenza primaria) a fare la ricetta a carico del SSN. La prescrizione dei farmaci a carico SSR può essere effettuata solo da parte dei medici abilitati a prescrivere a carico dello stesso. (art.70 comma 3 Legge 448/1998 ed in senso conforme Consiglio di Stato sez. III – 05/09/2024, n.7447).

Nell'ambito delle suddette attività, è garantito il corretto utilizzo delle risorse, considerando altresì, ove clinicamente appropriato, l'utilizzo di dosaggi inferiori del medesimo farmaco.

Trasferimento gameti o embrioni tra centri

Gli eventuali trasferimenti di gameti o embrioni tra centri di PMA, sia sul territorio nazionale sia da o verso strutture estere, sono integralmente a carico della coppia richiedente e non rientra tra le prestazioni garantite.

A titolo meramente indicativo, i costi applicati possono essere quantificati in circa euro 350,00 per ciascuna movimentazione in uscita e in circa euro 350,00 per la corrispondente movimentazione in ingresso, oltre alle spese di trasporto e agli eventuali ulteriori oneri richiesti dagli operatori specializzati incaricati della movimentazione.

Diagnosi genetica preimpianto (PGT) nell'ambito della PMA

Nell'ambito dei percorsi di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), possono essere effettuate indagini di diagnosi genetica preimpianto (Preimplantation Genetic Testing – PGT) finalizzate all'identificazione di anomalie genetiche o cromosomiche dell'embrione prima del trasferimento in utero.

Facendo seguito alle indicazioni contenute nelle Linee Guida Ministeriali del 2024, alle pronunce del Tribunale di Milano del 18 aprile 2017, che hanno riconosciuto il diritto dei cittadini ricorrenti ad accedere gratuitamente alle prestazioni di diagnosi genetica preimpianto con oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale, nonché nel rispetto del perimetro definito dal DPCM 12 gennaio 2017 recante i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), nelle more di eventuali ulteriori specificazioni o modifiche a livello nazionale, Regione Lombardia riconosce l'erogabilità, a carico del SSN, delle indagini di diagnosi genetica preimpianto esclusivamente in presenza di specifiche e documentate indicazioni cliniche.

Al fine di garantire l'accesso alla diagnosi genetica preimpianto alle coppie portatrici di grave patologia genetica trasmissibile alla prole, nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), sono erogabili a carico del Servizio Sanitario Regionale le seguenti tipologie di indagine:

- **PGT-M (malattie monogeniche)**, indicata nei casi di rischio di trasmissione di patologie genetiche legate a mutazioni di un singolo gene;
- **PGT-SR (riarrangiamenti strutturali)**, in presenza di anomalie cromosomiche strutturali bilanciate in uno dei genitori, associati a un aumentato rischio riproduttivo.

Nell'ambito del SSN e in conformità alla DGR n. 7044 del 26 settembre 2022 e s.m.i., tali prestazioni devono essere prescritte da un medico specialista in genetica medica operante presso una struttura accreditata e a contratto con il SSN ovvero da uno specialista della branca clinica competente, nell'ambito di un percorso strutturato di consulenza genetica pre-test e post-test.

Tale percorso deve comprendere la valutazione anamnestica e clinica della coppia ed essere corredato da un referto specialistico che documenti la patologia genetica oggetto di indagine, il relativo rischio di trasmissione alla prole e la gravità della condizione clinica, tale da determinare un impatto significativo sulla qualità e/o sull'aspettativa di vita del nascituro.

Diversamente, le indagini di tipo **PGT-A (aneuploidie)**, finalizzate all'identificazione di anomalie numeriche dei cromosomi, indipendentemente da una specifica patologia ereditaria, non rientrano attualmente tra le prestazioni garantite a carico del SSN nell'ambito dei LEA.

La coppia che richieda di accedere a questa procedura verrà valutata dal responsabile del Centro di PMA o suo delegato e, in caso di accettazione della richiesta, potrà eseguire la fase di induzione, prelievo, fecondazione con sviluppo a stadio di blastocisti e crioconservazione a carico del SSR, mentre i costi della diagnosi saranno a totale carico della coppia.

Il transfer di embrioni successivo potrà avvenire a carico del SSR. Pertanto, il costo della procedura diagnostica è da intendersi a totale carico della coppia.

Con successivo provvedimento saranno disciplinate le modalità di rendicontazione delle prestazioni genetiche associate alla PGT, i relativi codici del nomenclatore tariffario e le modalità di gestione delle prestazioni erogate fuori regione a favore delle coppie lombarde.

Allo stato attuale, non risulta definito a nomenclatore un codice specifico per il prelievo bioptico su embrione. Nelle more di una definizione a livello nazionale, tale procedura è da considerarsi al momento inclusa nella tariffa complessiva relativa al ciclo di PMA e non è pertanto oggetto di rendicontazione autonoma.

Il Centro Regionale accreditato per l'esecuzione dei test genetici preimpianto (PGT), previsto dalla Deliberazione del Consiglio regionale 27 luglio 2021, n. XI/2009, è individuato presso la Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico. Al fine di garantire la piena operatività della struttura, l'assegnazione delle necessarie risorse professionali, organizzative, tecnologiche ed economiche sarà definita a seguito della valutazione del progetto presentato dalla struttura medesima entro il 30 settembre 2026.

Nelle more della piena attivazione del centro regionale, a fronte di una richiesta di erogazione di tali prestazioni con costi a carico del SSR e nel caso in cui la struttura cui afferisce il Centro di PMA non possa analizzare direttamente il test, quest'ultimo potrà eccezionalmente essere analizzato, previ accordi formali, da Servizi di Medicina di Laboratorio anche di diverso status autorizzativo rispetto alla struttura inviante.

Procedure di PMA all'estero

Ai sensi della Direttiva 2011/24/UE e del D.lgs. 4 marzo 2014, n. 38, le prestazioni di procreazione medicalmente assistita (PMA) effettuate presso strutture autorizzate di altri Stati membri dell'Unione Europea **non sono soggette ad autorizzazione preventiva**.

In tali casi, gli assistiti sostengono direttamente i costi della prestazione e possono successivamente richiedere il rimborso secondo le modalità previste dalla normativa vigente alle ATS di residenza.

Il rimborso è riconosciuto **entro i limiti delle tariffe previste dal nomenclatore tariffario nazionale applicabile** e non in relazione all'effettivo costo sostenuto.

Restano in ogni caso applicabili i requisiti e i limiti previsti dalla normativa italiana per l'accesso alla PMA a carico del Servizio Sanitario Nazionale, inclusi i limiti di età e il numero massimo di cicli rimborsabili.

Rendicontazioni tariffe ambulatoriali non presenti nel nomenclatore regionale

Nelle more dell'introduzione delle nuove tariffe relative alle prestazioni di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), le prestazioni sottoelencate erogate nel corso del 2026 dovranno continuare ad essere prescritte su ricetta SSN cartacea (ricetta rossa) e rendicontate attraverso il flusso informativo 28/SAN, in continuità con le modalità di prescrizione e rendicontazione già adottate per le prestazioni erogate nell'anno 2025.

Le attività saranno oggetto delle consuete verifiche nell'ambito del monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali da parte delle ATS, al fine di garantire la coerenza e la correttezza dei flussi informativi e della relativa rendicontazione economica.

Prestazioni oggetto di rendicontazione

Codice	Descrizione prestazione	Tariffa (€)
69.92	Inseminazione artificiale intracervicale e intrauterina (IAO)	110,85
69.92.1	Capacitazione del materiale seminale	13,15
69.92.7	Fecondazione eterologa con ovociti da donatrice	4.000,00
69.92.8	Fecondazione eterologa con seme da donatore in vitro	3.500,00
69.92.9	Fecondazione eterologa con seme da donatore con inseminazione intrauterina	1.500,00

Aggiornamento tecnologico e integrazione digitale della rete regionale di radioterapia

Si raccomanda alle Direzioni Generali e alle Direzioni Sanitarie delle strutture pubbliche e private accreditate di fornire specifiche indicazioni operative ai Sistemi Informativi, alle Radioterapie, alle Fische Sanitarie e alle Ingegnerie Cliniche, al fine di attivare con urgenza gli interventi necessari all'aggiornamento tecnologico delle Radioterapie e alla loro integrazione nei flussi digitali regionali. Tale percorso dovrà essere sviluppato in coerenza con i documenti regionali "Descrizione percorsi di radioterapia – Documento Tecnico", "Percorso di radioterapia: Digital Transformation" e "Definizione contenuti della Lettera di Fine Trattamento Radioterapico". Qualora non disponibili, i documenti potranno essere richiesti all'indirizzo reti_ricerca@regione.lombardia.it.

Sviluppo della rete regionale CAR-T

Regione Lombardia proseguirà il percorso di sviluppo della rete clinico-organizzativa regionale per le terapie CAR-T, valorizzando il raccordo con la Rete Ematologica Lombarda e il coinvolgimento dei centri autorizzati alla somministrazione. Il percorso sarà orientato alla progressiva standardizzazione delle modalità di segnalazione all'HUB dei pazienti eleggibili, all'identificazione delle afferenze dei centri della rete e del monitoraggio dell'equità di accesso e degli esiti e si provvederà a fornire un supporto informatico condiviso, finalizzato a rendere disponibili informazioni clinico-organizzative e di presa in carico, a garanzia di maggiore uniformità di accesso, trasparenza e governo regionale della rete.

Reti Polo Territoriale

Cure Palliative

Il primo semestre 2026 ha visto l'Organismo di Coordinamento Regionale delle Reti di Cure Palliative impegnato a perseguire gli obiettivi di sviluppo assegnati con la DGR n. XII/5551/2025 e la DGR n. XII/5589/2025. In particolare, le tematiche che sono state approfondite e sviluppate sono quelle relative all'area della Performance, del Potenziamento dell'Offerta, della Formazione rivolta ai professionisti della rete Cure Palliative.

L'ambito pediatrico è oggetto di approfondimento da parte dello specifico Organismo della rete di Terapia del Dolore e Cure Palliative pediatriche ai fini della stesura di un documento tecnico, attualmente in fase avanzata, avendo anche a disposizione i dati di analisi.

Performance

Regione Lombardia ha promosso fin dal 2017 con DGR n. 1046/2017, l'utilizzo di strumenti finalizzati a favorire il governo dei processi di presa in carico e di cura al fine di migliorare e semplificare l'accessibilità ai servizi e garantire risposte appropriate ai pazienti con bisogni specifici di Cure Palliative. Nel primo semestre 2026, l'Organismo di coordinamento ha approfondito nell'ambito di intervento "Identificazione precoce del Bisogno CP da parte dei Sistemi di cura per l'acuto" alcuni strumenti atti a favorire una uniforme valutazione dei pazienti da segnalare alla rete CP, finalizzata ad una appropriata presa in carico dei pazienti con bisogni di cure palliative e garantire una efficace governance di sistema.

In particolare, sono stati ridefiniti e in parte definiti ex- novo i seguenti strumenti che dovranno essere utilizzati su base regionale:

- "Strumento di screening dei bisogni di cure palliative (S-BCP)" a supporto degli operatori sanitari ospedalieri e territoriali nella valutazione dei pazienti da segnalare alle Cure Palliative;
- "Modulo di segnalazione per l'eventuale attivazione della presa in carico in un percorso di cure palliative (MS-CP)" che gli operatori sanitari ospedalieri e territoriali dovranno usare in caso di positività della scheda S-BCP per segnalare i pazienti agli erogatori di Cure Palliative;
- "Verbale di colloquio di presa in carico in Cure Palliative" (V-CP) attraverso il quale l'Ente erogatore di Cure Palliative valuta le caratteristiche di appropriatezza o non appropriatezza della presa in carico in un programma di cure palliative;
- "Strumento di valutazione della complessità clinico-assistenziale" (SV-COM-CP).

Si procederà all'informatizzazione degli strumenti individuati.

Nell'ambito del gruppo dedicato alla Performance si stanno, inoltre, individuando indicatori specifici che supportino un monitoraggio finalizzato a favorire interventi di sistema efficaci e rispondenti realmente ai bisogni dei pazienti e delle loro famiglie (MONITORING).

Potenziamento Cure Palliative

In linea con gli obiettivi di potenziamento delle Cure Palliative per il biennio 2025-2026 definiti dalla DGR n. XII/5551/2025, è stata condotta una ricognizione presso le ASST per verificare lo stato di attivazione degli ambulatori territoriali all'interno delle Case di Comunità.

L'analisi dei dati ha evidenziato il seguente scenario: n. 11 ASST hanno già reso operativi gli ambulatori di cure palliative nelle Case di Comunità e n. 6 ASST hanno pianificato l'avvio del servizio nel breve periodo. Considerato che a fine giugno 2026 si sono attivate n. 186 Case di Comunità e che tali strutture territoriali dovranno essere oggetto di progressivi interventi di potenziamento, si ritiene, al fine di colmare i gap territoriali e garantire un'assistenza omogenea, di posticipare la scadenza prevista per l'intervento migliorativo "Apertura al pubblico di almeno un ambulatorio territoriale presso una Casa di Comunità nell'ambito del Distretto" entro la fine del 2026.

Per quanto riguarda l'attivazione degli ambulatori dedicati alle cure simultanee, la ricognizione ha rilevato l'attivazione in n. 14 ASST.

Tenendo conto della nuova organizzazione territoriale, l'obiettivo da raggiungere entro la fine di novembre 2026 sarà quello di garantire l'attivazione dell'ambulatorio di cure simultanee almeno all'interno delle ASST che hanno già nel proprio assetto una Unità Operativa Complessa di Cure Palliative (UOPC) accreditata.

L'Organismo di coordinamento della rete regionale di cure palliative è attualmente impegnato nella definizione delle modalità operative necessarie per l'avvio delle attività di consulenza sia intra-ospedaliera che extra-ospedaliera (rivolta, a titolo esemplificativo, a strutture quali RSA e RSD, nonché alle strutture ospedaliere non direttamente erogatrici di cure palliative).

Valutata l'estrema complessità tecnica e organizzativa della materia, si rinvia il termine per la definizione e la contestuale attivazione dei percorsi di consulenza al 31 dicembre 2026.

Nell'ambito del potenziamento delle cure palliative e in particolare relativamente al processo di accreditamento delle reti previsto dalla DGR 5551/2025 verrà effettuata anche una analisi dell'offerta presente nelle reti al fine di equilibrare le disomogeneità territoriali e garantire una maggiore accessibilità all'utenza e favorire qualora necessario un ampliamento dell'offerta.

Formazione

Nel corso del primo semestre, in collaborazione con Accademia Polis, si sono avviate e concluse le prime due edizioni centrali del corso di formazione di base rivolto ai professionisti delle Reti Locali di Cure Palliative (RLCP). Nel secondo semestre verrà avviata, a cascata, la formazione periferica in collaborazione con le ASST, per raggiungere capillarmente tutti i professionisti delle RLCP.

Indicazioni chiusura pratiche Cure Palliative

Relativamente alle disposizioni della rete cure palliative, e in particolare a quanto indicato per i percorsi di assistenza domiciliare di Cure Palliative di lunga durata nella DGR 2672/2019 al paragrafo "6.9.1 Rete Cure Palliative", si ricorda che:

"...decorso sei mesi dalla presa in carico, sia necessario:

- Procedere alla chiusura anticipata della cartella, anche ai fini di imputare i costi delle prestazioni nel rispetto del principio di competenza economica dei costi, con conseguente determinazione del Coefficiente di intensità assistenziale (CIA) per l'arco temporale di riferimento della chiusura;
- Procedere ad una rivalutazione del livello assistenziale, con il coinvolgimento delle ATS/ASST, al fine di una verifica dell'appropriatezza rispetto ai bisogni del paziente in carico (appropriatezza rispetto alla necessità di cure palliative o di altre tipologie di assistenza e coerenza con i livelli assistenziali sinora erogati)".

Per quanto sopra, viste anche le disposizioni operative della DG Welfare che hanno definito le modalità di applicazione della chiusura semestrale per le pratiche di cure palliative domiciliari, si chiede agli Enti Erogatori Pubblici e Privati di Cure Palliative di attuare quanto prescritto e alle ATS di monitorarne la correttezza rendicontazione.

SISTEMI INFORMATIVI E SANITÀ DIGITALE

Progetto “Sala di Comunità - Connessione, Territorio, Fragilità”

Nell'ambito delle iniziative volte a favorire l'accessibilità ai servizi sanitari nelle aree caratterizzate da maggiore difficoltà di accesso, la Direzione Generale Welfare promuove la realizzazione del progetto “Sala di Comunità – Connessione, Territorio, Fragilità”.

Il progetto è promosso dalla Comunità Montana Valle Seriana in collaborazione con i Comuni aderenti, con il coinvolgimento dell'ATS di Bergamo e dell'ASST Bergamo Est per la componente sanitaria.

Il progetto prevede la realizzazione e distribuzione sul territorio di Postazioni multimediali che svolgano la funzione di “sportello di prossimità” con diversi servizi, tra i quali rientra il servizio di “ambulatorio medico” erogato con strumenti di telemedicina.

Le postazioni territoriali di prossimità sono finalizzate a facilitare l'accesso dei cittadini ai servizi sanitari e agli ulteriori servizi di interesse pubblico, attraverso modelli organizzativi integrati e soluzioni digitali coerenti con l'ecosistema regionale di sanità digitale.

L'ASST Bergamo Est è individuata quale Ente responsabile dell'attuazione del progetto per la componente sanitaria, con particolare riferimento alle seguenti attività:

- Progettazione operativa;
- Organizzazione, l'attivazione e la gestione dei servizi sanitari;
- Integrazione con i sistemi informativi aziendali e regionali;
- Formazione degli operatori;
- Monitoraggio delle attività;
- Valutazione dei risultati conseguiti.

Tutte le prestazioni di telemedicina erogate ai cittadini nell'ambito del progetto dovranno essere effettuate esclusivamente mediante l'Infrastruttura Regionale di Telemedicina (IRT) di Regione Lombardia, nel rispetto dei modelli organizzativi regionali, degli standard di interoperabilità, dei requisiti di sicurezza informatica, delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali e delle ulteriori regole tecniche definite dalla Direzione Generale Welfare.

Tutte le prestazioni e i servizi erogati a favore dei cittadini che usufruiscono dell’“ambulatorio medico” verranno gestite e rendicontate attraverso le funzionalità rese disponibili dall’Infrastruttura Regionale di Telemedicina, con possibilità di dimensionare i volumi e la tipologia di servizi erogati su ciascun territorio e di valorizzare la ricaduta del progetto sulla popolazione ed in particolare sui cittadini anziani e fragili.

L'eventuale utilizzo di piattaforme o componenti applicative ulteriori è consentito esclusivamente per funzioni accessorie o complementari che non costituiscano erogazione della prestazione sanitaria di telemedicina, purché compatibili con l'architettura regionale, conformi agli indirizzi della Direzione Generale Welfare e tali da non determinare duplicazioni funzionali rispetto all'Infrastruttura Regionale di Telemedicina.

L'attuazione del progetto avverrà nel rispetto della normativa nazionale e regionale vigente in materia di sanità digitale, telemedicina, interoperabilità, sicurezza informatica e protezione dei dati personali, garantendo l'integrazione con il Fascicolo Sanitario Elettronico, con i servizi digitali regionali e con l'ecosistema digitale del Sistema Sociosanitario Regionale.

Valutazione degli impatti delle iniziative di Sanità Digitale

Il progetto “Valutazione degli impatti delle iniziative di Sanità Digitale”, che prevede il coinvolgimento attivo di tutti gli Enti Sanitari nella compilazione di specifiche survey finalizzate a misurare in modo

strutturato e oggettivo l'impatto delle iniziative previste nel Piano Strategico di Sanità Digitale della Direzione Generale Welfare sui professionisti sociosanitari e sui cittadini, viene riprogrammato nel 2027. Tale riprogrammazione tiene conto del fatto che molti interventi di sanità digitale attualmente in corso e in avanzata fase di diffusione sull'intero territorio regionale richiedono una fase di consolidamento tecnico ed organizzativo per garantire una oggettiva ed efficace valutazione di impatto sui professionisti e sui cittadini.

Sistema regionale per la Gestione Economico Finanziaria degli Enti Sanitari

Si comunica che inizieranno le attività progettuali e lo studio di fattibilità nel 2027.

INVESTIMENTI

PNRR e DL 34/2020

Si precisa che le percentuali di rendicontazione indicate nel paragrafo 7.1. dell'Allegato alla DGR n. XII/5589 del 30 dicembre 2025, quali obiettivi dei soggetti attuatori delegati degli interventi ricompresi nel POR, saranno determinate dal rapporto tra gli importi rendicontati per ciascun intervento, con riguardo alle sole somme finanziate con i fondi del PNRR, e il totale del finanziamento, quanto alla quota PNRR, del corrispondente intervento.

Le percentuali di rendicontazione così determinate per ciascun intervento, ponderate rispetto al peso dei corrispondenti interventi nell'ambito di quelli assegnati al soggetto attuatore delegato, concorreranno alla formazione della percentuale media raggiunta quale dato di raffronto con gli obiettivi indicati nel paragrafo 7.1., ultimo periodo, dell'Allegato alla DGR XII/5589 del 30 dicembre 2025.

CURE PRIMARIE

In coerenza 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 del 2025 trasmesse dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, alla luce delle integrazioni all'Accordo collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale finalizzate all'attuazione dell'investimento 1.1 "case della comunità e presa in carico della persona" (missione 6 – salute, componente 1), di cui al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)", è ribadita la centralità dei medici di assistenza primaria negli ambulatori delle Case di Comunità, gestendo bisogni non differibili e basse complessità cliniche, avvalendosi anche di strumenti di diagnostica di primo livello e della telemedicina.

I medici di assistenza primaria e i pediatri di libera scelta operano in stretta sinergia con la rete territoriale per assicurare la continuità delle cure alla popolazione afferente al bacino territoriale di riferimento.

In coerenza con quanto già previsto nella DGR XII/5589 del 30/12/2025, è intenzione dare atto alle progettualità proposte, attraverso l'istituzione di tre gruppi di lavoro, relativi alle seguenti aree tematiche:

1. Area della Prevenzione e sullo sviluppo della Scheda Medico: predisponendo modelli organizzativi e strumenti comuni e definendo modalità omogenee di utilizzo della Scheda Medico - formalizzata con DGR n. XII/5099 del 06/10/2025 - quale strumento di governo clinico e di supporto al miglioramento continuo, verificando anche la fattibilità di mettere a disposizione a tutti gli attori del processo i dati;
2. Casa come primo luogo di cura e Telemedicina: in accordo con la U.O. Polo Territoriale, definendo indirizzi operativi e identificando modelli di integrazione operativa tra Medici di Assistenza Primaria, Pediatri di Libera Scelta, favorendone l'interconnessione nei percorsi assistenziali territoriali, anche nella fase di implementazione dell'Infrastruttura Regionale di Telemedicina;
3. Presenza Medica nelle Case di Comunità e negli Ospedali di Comunità e modello regionale della Continuità Assistenziale: predisponendo indirizzi organizzativi regionali che garantiscano un'applicazione uniforme delle disposizioni contrattuali e un progressivo allineamento dei modelli organizzativi delle Case di Comunità, assicurando ai cittadini modalità di accesso ai servizi territoriali omogenee e coerenti sull'intero territorio regionale.

Nelle more della definizione degli Accordi Integrativi Regionali per i medici di medicina generale e per i pediatri di libera scelta, si riportano di seguito le principali attività che rivestono importanza epidemiologica per la quale l'operatività dei medici di assistenza primaria e dei pediatri di libera scelta è riconosciuta come elemento prevalente come garanzia della sanità pubblica. In accordo con l'U.O. Prevenzione e in continuità con le progettualità pregresse, si riconferma:

- Campagna vaccinale influenzale e RSV.

Alla luce dell'inserimento della copertura antinfluenzale nell'ambito del NSG anche questo anno si conferma la copertura della popolazione >65 anni come obiettivo prioritario per la sanità pubblica (obiettivo di riferimento internazionale >75%, media regionale 2025/2026 ca 53%).

Analogamente per i PLS l'obiettivo di copertura prioritario è per la popolazione tra i 2 e i 6 anni; i risultati della campagna 25-26 sono pari al 33%.

In anticipo rispetto all'anno precedente si prevede la distribuzione dei vaccini ai medici di assistenza primaria e pediatri a partire indicativamente dal 25 settembre, al fine di avere una disponibilità per avviare le somministrazioni ai cittadini a partire dal 1° ottobre 2026. In merito alla modalità di prenotazione dei vaccini verrà attivata su Arvax una sezione dedicata alla gestione della campagna

vaccinale analogamente a quanto effettuato nella campagna 2025-2026 tramite la quale i medici potranno inserire i fabbisogni previsti per la campagna vaccinale 2026-2027.

Per i PLS si conferma che la campagna di immunizzazione RSV avrà inizio il 15 settembre 2026 per l'immunizzazione dei bambini nati a partire da aprile 2026 secondo le indicazioni specifiche contenute nella nota prot. G1.2026.0030590 del 10.07.2026.

POLO TERRITORIALE

Interventi Sociosanitari

Interventi sociosanitari - Interventi di potenziamento UdO

Si ribadisce, come già indicato nella DGR relativa agli indirizzi di programmazione per l'anno 2026, la possibilità per le ASST, in collaborazione con l'ATS di riferimento, al fine di ridurre gli accessi in Pronto Soccorso da parte dei pazienti più fragili ospiti di RSA, di attivare protocolli di presa in carico congiunta da parte dei Dipartimenti interessati delle ASST in collaborazione con le RSA presenti sul proprio territorio, anche attraverso gli strumenti di telemedicina. Si chiede alle ATS di trasmettere alla U.O. Polo Territoriale entro il 30.10.2026 una relazione in merito allo stato di avanzamento.

Nel corso del 2026, in collaborazione con la U.O. Polo Ospedaliero e la U.O. Farmaceutica e dispositivi medici, inoltre, verrà attivata una ricognizione delle modalità di prescrizione e richiesta dell'assistenza protesica maggiore non già a carico della struttura per gli ospiti delle RSA e delle modalità di svolgimento delle analisi di laboratorio al fine di giungere ad un modello unitario su tutto il territorio lombardo che favorisca la semplificazione e linee guida univoche nell'ambito degli indirizzi di programmazione per il 2027.

Revisione alle DGR 4222/2012 – DGR 6220/2007 – DGR 7915/2008 - assistenza a persone in Stato Vegetativo e affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica

Premessa

L'analisi dei requisiti delle RSA/RSD e l'eventuale revisione nell'ambito del gruppo di lavoro multiprofessionale regionale per le attività di supporto tecnico alle U.O. Polo Ospedaliero e U.O. Polo Territoriale di cui al Decreto della Direzione Generale Welfare n. 17853 del 04/12/2025, hanno preso avvio dalla situazione dell'accoglienza delle persone in Stato Vegetativo e di quelle affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica che in Regione Lombardia è attiva dal 2007. L'attenzione dedicata a queste tipologie di ospiti da parte del gruppo è determinata dalla necessità di aggiornare indicazioni e requisiti organizzativi non coerenti con l'attuale situazione organizzativa delle strutture e con il modificarsi della domanda. Nel contesto attuale, infatti, diventa fondamentale introdurre elementi di flessibilità che permettano una risposta più coerente con i bisogni degli ospiti e con le caratteristiche delle strutture attuali.

L'attuale assetto organizzativo rappresenta l'esito di una serie di interventi sviluppatasi nel tempo, a partire dal 2007, con l'obiettivo di rispondere a bisogni assistenziali emergenti e particolarmente complessi.

A distanza di anni dall'avvio di tali percorsi, emerge l'esigenza di una valutazione complessiva dell'esperienza maturata, finalizzata alla loro revisione e al loro aggiornamento, affinché possano rispondere in modo più efficace all'evoluzione del quadro clinico e funzionale delle persone interessate. Tale necessità si pone anche alla luce dei significativi progressi intervenuti nel frattempo in ambito diagnostico, terapeutico e assistenziale.

Il Gruppo ha pertanto definito un processo di riordino in due step:

- Introdurre elementi di flessibilità immediati che permettano un uso dei nuclei esistenti più coerente con i bisogni e con la situazione organizzativa delle strutture;
- La modifica dei setting esistenti e la definizione di setting assistenziali specifici che permettano, sulla base di criteri di inclusione e di eleggibilità definiti, la presa in carico di ulteriori ospiti caratterizzati da alta intensità assistenziale.

La presa in carico delle persone in Stato Vegetativo e delle persone con SLA

Con il contributo di società scientifiche e di esperti qualificati, negli anni Regione Lombardia ha recepito molteplici raccomandazioni nazionali e internazionali al fine di garantire interventi territoriali qualificati e lo sviluppo di una rete di nuclei dedicati all'interno di RSA/RSD. Parallelamente, le DGR 7915/2008 e 10160/2009 hanno previsto la possibilità di ricovero delle persone con SLA e su posti letto di RSA/RSD, anche con obiettivi di sollievo.

La normativa regionale vigente stabilisce, in coerenza con il LEA – DPCM 12/1/2017 art. 29, che i ricoveri in RSA e RSD relativi a tali condizioni siano integralmente a carico del Fondo Sanitario Regionale. Nel corso degli anni le tariffe e gli standard assistenziali sono stati progressivamente aggiornati. Attualmente, per le persone in stato vegetativo ricoverate in nuclei dedicati è prevista una tariffa giornaliera tra i 185,25 e i 192,38 euro, associata a uno standard assistenziale pari a 2.000 minuti settimanali per persona. Per le persone con SLA non sono previsti nuclei dedicati; la presa in carico residenziale avviene pertanto su posti letto ordinari di RSA o RSD, garantendo uno standard assistenziale di 1.800 minuti settimanali per persona. La tariffa giornaliera attualmente riconosciuta è tra i 175,25 e i 182,38 euro.

Regione Lombardia è stata una delle prime in Italia ad adottare un modello di presa in carico specifico in ambito sociosanitario per la fase degli esiti delle persone in stato vegetativo. I risultati sono stati positivi e coerenti con le raccomandazioni nazionali e internazionali. Hanno permesso di arricchire il territorio di servizi specializzati con competenze ed esperienze specifiche. Si tratta di una rete complementare e sussidiaria rispetto all'eccellenza dei servizi sanitari di emergenza-urgenza, della rete dei DEA di I e II livello, dei servizi di cure intensive e semi-intensive e di quelli di neuro-riabilitazione specialistica. Nel loro complesso le risposte sanitarie di fase acuta e post-acuta lombarde sono allineate alle migliori esperienze internazionali. Questa realtà giustifica la necessità di risposte di qualità proporzionata anche lungo la fase degli esiti, per non disperdere il valore etico, sociale e di utilizzo di risorse economiche e professionali dispiegato nelle fasi di cura precedenti.

Di seguito si evidenzia la distribuzione dei nuclei per SV in RSA e RSD.

TABELLA 1 - ATTUALE SITUAZIONE RICONOSCIMENTO DI NUCLEI SV

ATS	Contratto - N. Posti in Nucleo di Stato Vegetativo
Insubria	71
Brianza	30
Milano	133
Montagna	11
Val Padana	38
Bergamo	42
Brescia	30
Pavia	17
Totale	372

Le attuali disposizioni per l'assistenza a persone in SV in RSA e RSD prevedono anche la possibilità di assistenza di tali tipologie di ospiti non in nuclei dedicati, ma fuori nucleo. La DGR 4222/2012 dispone infatti la possibilità di ricovero in RSA/RSD prive di nuclei dedicati (purché rispondenti ai criteri proposti) solo se autorizzata e solo in casi specifici (età avanzata, eventi non traumatici, totale rispondenza ai criteri indicati), motivati ed autorizzati. Tale possibilità è prevista in particolare per permettere una maggiore prossimità alle famiglie.

I risultati del processo normativo

In attuazione degli indirizzi regionali, numerosi enti gestori di RSA e RSD hanno progressivamente investito nella realizzazione di nuclei specializzati e nella costituzione di équipe multiprofessionali dedicate alla presa in carico di persone in stato vegetativo (SV), affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica

(SLA) e, più in generale, caratterizzate da elevata complessità clinica e assistenziale. Nel corso degli anni tali strutture hanno consolidato competenze professionali specifiche e maturato una significativa esperienza nella gestione di queste condizioni.

A partire dal 2007, l'incremento dei ricoveri e della dotazione di posti letto ha consentito di sviluppare una risposta assistenziale adeguata ai bisogni emergenti, garantendo la disponibilità di percorsi residenziali specialistici distribuiti sul territorio regionale.

Negli anni più recenti, limitatamente agli SV, questa tendenza si è invertita. Soprattutto dopo la fase pandemica si è osservata una crescente riduzione di utilizzo di posti letto dedicati. La riduzione è ancora più accentuata per le giornate su posti letto ordinari, scese dalle 83.180 del 2016 alle 14.987 del 2025 (-80%). I nuclei dedicati di RSA registrano oggi una saturazione non superiore al 74%, a fronte della piena saturazione di quelli – al netto della loro riduzione nel tempo (-45%) – di RSD.

Nello stesso arco temporale, i ricoveri di persone con SLA sono invece rimasti stabili sia in RSA che in RSD.

Il Gruppo di lavoro attivato presso la DG Welfare ha ritenuto, nell'aggiornare il percorso di presa in carico di queste persone, di preservare il modello esistente e costruito negli anni, facendolo evolvere in relazione ai mutati bisogni, alle nuove conoscenze e alle recenti raccomandazioni scientifiche, come di seguito esplicitato.

Le variazioni dei quadri clinico-funzionali con maggior riguardo alle persone con SV impongono una revisione del percorso di presa in carico al fine di orientarsi innanzitutto verso il superamento del concetto di "Nucleo dedicato" andando verso quello di "Aree dedicate", in risposta a bisogni omogenei e in un secondo momento verso una revisione complessiva del sistema di presa in carico attraverso la revisione dei criteri di eleggibilità e delle caratteristiche dei setting.

Revisione sistema - area dedicata a persone con SV E SLA

Alla luce delle considerazioni sopra esposte, si ritiene necessario far evolvere l'attuale modello organizzativo a far data dal 01/10/2026, basato sui nuclei dedicati esclusivamente alle persone in stato vegetativo (SV), promuovendone l'evoluzione verso aree dedicate alla presa in carico di persone con SV e SLA, conferendo pertanto maggiore flessibilità e dinamicità.

Tali aree dovranno essere collocate all'interno di un nucleo RSA o RSD, come definito dalla normativa regionale vigente (DGR n. 7435/2001 e DGR n. 12620/2003), ed essere chiaramente individuate e delimitate. Nell'area dedicata vengono accolte sia le persone riconosciute in stato vegetativo secondo i criteri previsti dalla DGR n. 4222/2012, sia le persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) con bisogni assistenziali molto elevati, secondo le modalità di accesso e presa in carico disciplinate dalla DGR n. 10160/2009. Nell'area dedicata pertanto non potranno essere accolti ospiti ordinari o altre tipologie di ospiti atipici. Tali tipologie di ospiti potranno essere collocate all'interno del nucleo ma al di fuori dell'area dedicata.

Con il presente assetto organizzativo viene pertanto superata la coincidenza tra "nucleo dedicato SV" e nucleo RSA o RSD, prevista dalle disposizioni vigenti. L'elemento qualificante del modello non sarà più l'identificazione di un intero nucleo dedicato, bensì la presenza di un'area specifica, funzionalmente e organizzativamente definita, collocata all'interno di un nucleo ordinario RSA/RSD e destinata in via esclusiva alla presa in carico delle persone con SV e SLA.



Ne consegue che i posti letto dedicati dovranno essere concentrati all'interno della medesima area assistenziale e non potranno essere distribuiti in modo diffuso all'interno della struttura.

Resta altresì confermata la necessità di garantire l'appropriatezza dell'ambiente di cura e la tutela delle persone accolte nelle aree dedicate, evitando la compresenza nel nucleo, dove l'area è collocata, di ospiti con caratteristiche cliniche, funzionali o comportamentali non compatibili con le specifiche esigenze assistenziali di ospiti SLA e SV. A titolo esemplificativo, dovrà essere evitata la collocazione nel nucleo dove insiste l'area dedicata di persone deambulanti affette da demenza, malattia di Alzheimer o disturbi del comportamento tali da compromettere la sicurezza, la tranquillità e la qualità assistenziale del contesto di cura.

In fase di avvio le aree dedicate coincidono con i posti letto riconosciuti quale nucleo SV dal contratto in essere con ATS.

Le aree dedicate possono essere ridimensionate in riduzione di posti letto. Il numero dei posti del nucleo dedicato SV, che risultano all'interno del contratto vigente, è da considerarsi quale numero massimo di posti destinabili all'area dedicata.

La comunicazione all'ATS finalizzata alla definizione iniziale o alla successiva rimodulazione dell'area dedicata, sia in aumento sia in diminuzione e comunque entro i limiti dei posti letto contrattualizzati quale nucleo SV, deve essere corredata da una dichiarazione del gestore attestante che all'interno dei posti letto del nucleo RSA o RSD, dove è collocata l'area dedicata, non sono presenti e non saranno collocati ospiti con caratteristiche cliniche, funzionali o comportamentali incompatibili con la presa in carico delle persone in SV o con SLA.

Non è consentita l'occupazione della medesima camera da parte di persone in SV e/o SLA e ospiti ordinari nell'area dedicata.

Ricevuta la comunicazione, il gestore può procedere all'attivazione o alla modifica dell'area dedicata senza necessità di preventiva autorizzazione o formale presa d'atto da parte dell'ATS.

L'ATS verifica che la dotazione dei posti letto dell'area dedicata non ecceda il numero massimo dei posti letto contrattualizzati quali nucleo SV alla specifica unità d'offerta e si riserva la facoltà di effettuare controlli, anche successivi, finalizzati ad accertare il rispetto dei requisiti organizzativi e assistenziali previsti dalla presente disciplina.

Qualora venga accertato il superamento del numero di posti letto autorizzati o il mancato rispetto dei requisiti richiesti, l'ATS dispone il ripristino delle condizioni conformi alla normativa vigente. Eventuali

ospiti accolti oltre i limiti assegnati saranno considerati, ai fini amministrativi e contrattuali, secondo le modalità previste dalla disciplina regionale per i ricoveri effettuati al di fuori dell'area dedicata.

Resta ferma la possibilità, per tutte le RSA e le RSD, di accogliere persone in stato vegetativo (SV) e persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) su posti letto non ricompresi nelle aree dedicate, secondo le modalità, i requisiti e le condizioni previsti dalle disposizioni vigenti.

In prima applicazione con decorrenza 1/10/2026, si definisce che per le persone accolte nell'area dedicata sia in RSA sia in RSD la tariffa di 192,38 euro (di cui a budget la tariffa SOSIA 1 o SIDI 1 e l'importo restante extra-budget) al giorno con conseguente garanzia del minutaggio assistenziale settimanale pari a 2000 minuti a ospite. Per tale adeguamento si prevede un incremento delle risorse extra - budget di 1,5 milioni di euro, tenendo conto degli attuali livelli di presa in carico e del finanziamento già stanziato.

Non è possibile rendicontare con tale tariffa ospiti non accolti nell'area dedicata e senza diagnosi di SV o SLA, secondo le disposizioni vigenti.

L'inserimento delle persone all'interno dell'area dedicata deve avvenire nel rispetto dei criteri di compatibilità, tenendo conto dei bisogni assistenziali e delle funzioni residue di ciascun ospite, al fine di garantire appropriatezza e qualità dell'assistenza erogata.

Per le persone in stato vegetativo (SV) e per le persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), riconosciute secondo le modalità previste dalle disposizioni regionali vigenti, la remunerazione delle prestazioni continua a essere integralmente a carico del Fondo Sanitario Regionale (FSR), indipendentemente dalla collocazione all'interno o al di fuori delle aree dedicate. Per tali ricoveri non è ammessa alcuna forma di compartecipazione alla spesa da parte dell'ospite o dei suoi familiari.

Resta confermato quanto previsto dalle disposizioni vigenti (Tariffa, standard gestionali, regole e modalità operative) in merito all'accoglienza delle persone SV fuori nucleo e SLA, per le sole persone accolte fuori area dedicata.

Requisiti dell'area dedicata a “persone con SV E SLA”

Relativamente agli standard assistenziali, l'area dedicata è caratterizzata dalla presenza di équipe professionali prevalentemente dedicate, adeguatamente formate nella presa in carico di persone con patologie neurologiche complesse, con evidenza documentale all'interno del piano formativo della RSA o RSD.

La struttura è inoltre tenuta a garantire la disponibilità delle attrezzature e delle tecnologie necessarie alla gestione degli ospiti accolti, sulla base della valutazione clinico-assistenziale effettuata dal Responsabile sanitario e in relazione alla complessità dei bisogni espressi.

Per le persone in SV e con SLA accolte in area dedicata il minutaggio settimanale è pari a 2000 minuti a persona, con decorrenza 1/10/2026.

Avvio della piattaforma SGGT per il percorso di presa in carico delle persone con demenza e malattia di Alzheimer

Si dispone l'avvio dell'utilizzo della piattaforma SGGT a supporto del percorso di presa in carico delle persone con demenza e malattia di Alzheimer.

A tal fine, si dà mandato alle ASST, per il tramite dei Dipartimenti di Cure Primarie e in raccordo con i Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD), di assicurare la diffusione delle indicazioni operative e delle modalità di utilizzo della piattaforma presso tutti i professionisti e i servizi coinvolti, con particolare riferimento ai Medici di Medicina Generale, agli operatori delle Centrali Operative Territoriali e agli ulteriori soggetti interessati dal percorso assistenziale.

Le ASST garantiscono, altresì, il necessario supporto all'avvio operativo dello strumento, promuovono la partecipazione alle attività formative previste e assicurano, a decorrere dal 1° gennaio 2027, il

monitoraggio dell'utilizzo della piattaforma e dei relativi livelli di adesione, secondo le modalità, gli indicatori e le tempistiche definiti dalla Direzione Generale Welfare.

La Direzione Generale Welfare assicura il coordinamento complessivo dell'iniziativa e il monitoraggio regionale dello stato di attuazione.

Prime indicazioni in tema di sistema di cure intermedie

Il gruppo di lavoro nominato con decreto del Direttore Generale Welfare (DDG n. 1253 del 31/01/2025 poi aggiornato con DDG n. 1064 del 30/01/2026) ha provveduto ad analizzare i setting attualmente presenti e a definire un processo di riordino finalizzato a ricondurre tutti gli interventi e i percorsi nell'ambito del dettato dei LEA e ad uniformarli alle indicazioni contenute nel DM 77/2022.

In particolare, dalle analisi è emerso un sistema molto strutturato e articolato sul territorio che consta di oltre 3.000 posti letto a contratto così suddivisi:

ATS	N. posti specialistica	N. posti generale geriatrica	N. posti mantenimento	N. posti post acuta
MILANO	289	827	284	90
INSUBRIA	0	111	50	56
MONTAGNA	0	0	0	12
BRIANZA	10	39	6	50
BERGAMO	20	106	105	49
BRESCIA	30	117	20	37
VAL PADANA	119	331	218	28
PAVIA	48	191	37	60
Totale	516	1722	720	382

A queste strutture si affiancano gli Ospedali di Comunità che svolgono una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri e di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni assistenziali, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia più prossimi al domicilio. Ad oggi sono presenti sul territorio regionale 60 a gestione pubblica e 10 a gestione da parte di privati accreditati.

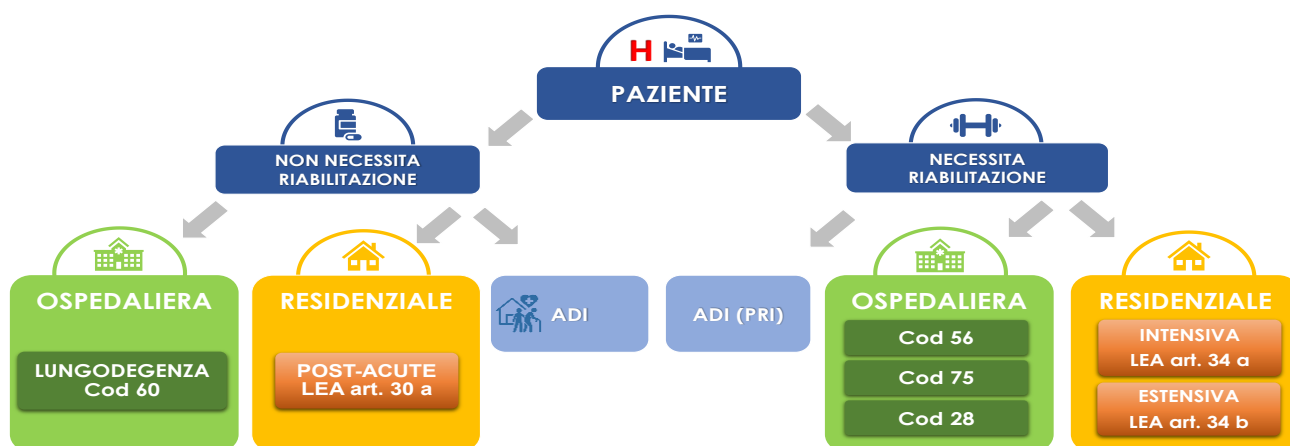
Visto il processo di riordino dell'assistenza territoriale, si rende necessario innanzitutto effettuare un riordino dei percorsi che prevede una riconduzione dei setting a quelli previsti dai LEA:

- Cure Intermedie – **riabilitazione specialistica** -> da ricondurre all'ambito riabilitativo sanitario (art. 44 e 45 - DPCM 12/1/2017 LEA);
- Cure Intermedie – **riabilitazione generale geriatrica** -> da ricondurre a trattamenti di riabilitazione **intensiva**- art. 34 lettera a) - DPCM 12/1/2017 LEA. In tale setting la durata del ricovero sarà pari a 45 giorni ripetibili per finalità terapeutiche;
- Cure Intermedie – **riabilitazione mantenimento** (stabilizzazione e reinserimento) -> da ricondurre a trattamenti di riabilitazione **estensiva** – art. 34 lettera b) – DPCM 12/1/2017 LEA. In tale setting la durata del ricovero sarà pari a 60 giorni ripetibili per finalità terapeutiche;
- Post acuto (DGR 3239/2012 – DDG 6544/2014) -> da ricondurre all'art. 30 lettera a) DPCM 12/01/2017 LEA. Durata del ricovero pari a 60 giorni.

Con riferimento alla durata del ricovero degli Ospedali di Comunità, tenuto conto di quanto previsto dal DM 77/2022 e dalla DGR 1435/2022, si ribadisce la possibilità che lo stesso sia esteso, senza l'applicazione delle vigenti regole di abbattimento, oltre i 30 giorni solo in casi eccezionali e comunque motivati dalla presenza di situazioni cliniche non risolte. Tale casistica dovrà essere motivata con relazione clinico/assistenziale del medico della struttura e del medico di assistenza primaria del paziente che verrà inserita nel FASAS. In tale casistica, gli abbattimenti verranno applicati a partire dal

sessantesimo giorno invece che dal trentesimo. Dopo il sessantunesimo giorno restano in vigore le regole vigenti. Il ricorso a questa fattispecie di ricovero senza abbattimento dopo il trentesimo giorno ha carattere di straordinarietà e può al massimo interessare il 15% degli ospiti di ciascuna struttura. Nel ribadire la straordinarietà di tale soluzione si evidenzia che l'Ospedale di Comunità non risponde a esigenze di lunga assistenza e che verrà definito uno specifico monitoraggio per verificare l'appropriatezza del ricorso a tale soluzione. Le suddette disposizioni trovano applicazione a decorrere dalla data del presente provvedimento. Seguiranno ulteriori indicazioni da parte della U.O. Polo Territoriale.

Di seguito si evidenzia il percorso identificato:



Al fine di proseguire nel processo di riordino coerentemente con il bisogno del territorio, si dà mandato alle ATS di definire il proprio fabbisogno territoriale secondo i setting identificati dal presente provvedimento e, in particolare, relativamente alla ex riabilitazione specialistica, di effettuare una ricognizione tra i gestori di UdO sociosanitarie attualmente accreditati per la riabilitazione specialistica sociosanitaria al fine di definire in quale dei nuovi setting potranno procedere alla riconversione.

Tale ricognizione dovrà essere inviata a DG Welfare entro il 30 settembre 2026.

A seguito di tale ricognizione verrà emanato un successivo provvedimento in cui verranno definiti requisiti specifici e tariffe.

Indicazioni in merito ad assegnazioni e interventi PNRR

In considerazione della necessità di assicurare una distribuzione delle risorse PNRR per i contratti di scopo tra le ATS allineata con le regole in materia di contratti di scopo per il 2026 si dà mandato alle Direzioni regionali competenti per effettuare, nell'ambito dei processi di assestamento dei bilanci delle aziende sanitarie per il 2026, i necessari trasferimenti intercompany per assicurare tale obiettivo nel rispetto dell'equilibrio delle quote di PNRR per contratti di scopo per le cure domiciliari disponibili nella GSA a seguito della chiusura dei consuntivi 2025.

Alla luce degli andamenti dei primi mesi di operatività della DGR 5096/2025, per rendere maggiormente operativa la previsione *“Al fine di favorire l'accesso al servizio alla più ampia platea di utenza appropriata per tale bisogno è auspicabile che le prestazioni specialistiche siano distribuite in modo equo evitando di concentrare gli interventi su poche persone e precludendo l'accesso ad altri potenziali utenti che presentano le medesime esigenze”*, si introduce il limite mensile di massimo due interventi domiciliari del medico specialista per utente.

Integrazione con gli interventi attivati in area famiglia

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

In merito all' "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", si forniscono i seguenti aggiornamenti.

L'iniziativa ha registrato 304 domande e 135 progetti finanziati, per un valore complessivo pari a 12.574.491,16 €. Le progettualità hanno interessato tutte le province lombarde, con una significativa concentrazione nell'area metropolitana di Milano, hanno coinvolto ODV, APS e Fondazioni del Terzo settore in iniziative sia su piccola sia su larga scala e si sono concluse entro il 31 dicembre 2025.

Le proposte selezionate hanno evidenziato:

- Un forte radicamento territoriale;
- Un'ampia partecipazione delle reti del Terzo settore (82 progetti su larga scala e 53 su piccola scala);
- Un focus sulle fragilità sociali (66 interventi rivolti a minori, famiglie vulnerabili, persone con disabilità, anziani fragili e situazioni di povertà);
- Lo sviluppo di collaborazioni e partenariati stabili;
- Un impatto diffuso in termini di accesso ai servizi, prevenzione delle fragilità e partecipazione comunitaria.

Gli esiti del triennio 2023–2025 costituiscono un riferimento per la nuova programmazione regionale, confermando il ruolo strategico delle risorse stanziato nel sostenere interventi di interesse generale e nel rafforzare la coesione sociale sul territorio.

In continuità con l'Avviso appena concluso, con DGR n. 6297 del 15 giugno 2026 sono stati approvati i criteri generali per l'individuazione delle aree prioritarie di intervento e per la presentazione dei 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, per il nuovo triennio 2026-2028.

L'Avviso, di prossima apertura, conferma l'obiettivo di realizzare una programmazione atta a valorizzare le sinergie e la complementarità tra le fonti di finanziamento ai fini della massimizzazione dell'efficacia degli interventi, contribuendo al raggiungimento di uno o più degli obiettivi generali, individuati nell'Agenda 2030 per uno sviluppo sostenibile.

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

Con DGR 5283/2025 è stato deliberato il Protocollo di Intesa per la Promozione della cittadinanza digitale e il patentino digitale sottoscritto da Regione Lombardia (DG Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari Opportunità, DG Welfare e DG Istruzione, Formazione e Lavoro), Corecom e USR con l'obiettivo di aiutare studenti, famiglie e docenti a sviluppare competenze digitali utili per vivere in modo consapevole e sicuro negli ambienti digitali, riducendo i rischi legati a fenomeni come cyberbullismo, disinformazione, gioco d'azzardo online e uso scorretto dei media digitali. Sono in corso le valutazioni dei Progetti che saranno finanziati al fine di raggiungere la certificazione (Patentino digitale) che sarà rilasciata agli studenti degli istituti scolastici lombardi che hanno completato il percorso formativo.

8.5.2. Interventi per la famiglia

Si aggiornano i dati relativi ai Centri per la Famiglia: 96 HUB e 370 Spoke.

Si specifica inoltre che la misura "Inclusione sociale delle persone sottoposte a terapia oncologica" prevede l'erogazione di un contributo a seguito dell'impatto delle terapie oncologiche (chemioterapia o

radioterapia) sull'estetica per il benessere psicofisico della persona, con specifico riferimento a trattamenti estetici, acquisto di parrucche o protesi tricologiche.

9.2.5. Progetto Parchi

Si aggiornano i riferimenti all'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". Con delibera n. 5691 del 2 febbraio 2026 e successivo decreto n. 3302 del 16 marzo 2026, si è provveduto ad approvare l'avviso pubblico per percorsi di prevenzione e limitazione dei rischi nei luoghi di aggregazione e di divertimento giovanile per il biennio 2026/2028.

Successivamente, si è proceduto alla valutazione delle istanze di partecipazione pervenute e alla costituzione della graduatoria dei progetti ammessi mediante il decreto n. 8880 del 2 luglio 2026.

Risultano finanziati 42 progetti per un importo complessivo di 11.750.682,17 €.

Progetto Caregiver Bergamo

Al fine di implementare operativamente quanto definito dalla L.R. n. 23/2022 "Caregiver familiare", Regione Lombardia promuove azioni di sistema volte al riconoscimento, al sostegno e alla valorizzazione del ruolo del caregiver familiare, favorendo lo sviluppo di interventi omogenei e integrati sull'intero territorio regionale.

In tale quadro, assume particolare rilievo (vedi DGR 3613/2024) il rafforzamento delle reti di prossimità, attraverso il consolidamento della collaborazione con gli Enti del Terzo Settore e lo sviluppo all'interno delle Case di Comunità, dei Consultori familiari, dei Centri per la famiglia e nelle comunità locali di una maggiore integrazione tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali, al fine di superare la frammentazione degli interventi e garantire risposte coordinate ai bisogni dei caregiver familiari.

A supporto dell'attuazione di tali indirizzi regionali, la valorizzazione e la diffusione di modelli organizzativi e di buone pratiche già sperimentati rappresentano un'opportunità concreta per favorire lo sviluppo di interventi efficaci e uniformi sul territorio regionale. In tale prospettiva, il Progetto Caregiver Bergamo, coordinato da ATS Bergamo, costituisce un'esperienza organizzativa replicabile e adattabile alle specificità dei diversi contesti territoriali. Il modello individua nelle ATS il soggetto promotore che attraverso la governance e la regia del processo, favorisce l'integrazione tra ASST, Ambiti Territoriali Sociali, volontariato ed Enti del Terzo Settore.

Flussi sociosanitari

Passaggio al nuovo sistema di classificazione ICD-10 per la codifica delle informazioni cliniche

Con Decreto del 23 ottobre 2025 ad oggetto "Aggiornamento dei sistemi di classificazione per la codifica delle informazioni cliniche nei sistemi informativi sanitari", il Ministero della Salute ha previsto l'entrata in vigore ufficiale del nuovo sistema ICD-10-IM (Italian Modification) per la classificazione delle diagnosi e CIPI (Classificazione Italiana Procedure e Interventi chirurgici) per le procedure a partire dal 1° gennaio 2027 superando lo standard ICD-9-CM, attualmente in uso.

Nei prossimi mesi, in attesa di specifiche disposizioni ministeriali, si provvederà ad attivare la rilevazione della nuova classificazione ICD-10-IM all'interno dei seguenti flussi informativi sociosanitari:

- SIAD;
- CURE PALLIATIVE;
- SDOFAM;
- RIAFAM;
- SIND;
- AMB-DIPENDENZE;
- Altri eventuali flussi in relazione alle indicazioni ministeriali.

In relazione all'attivazione dei nuovi sistemi di classificazione, si provvederà inoltre all'adeguamento delle seguenti piattaforme informative regionali:

- Piattaforma SGDT;
- Piattaforma SIDIWeb.

Seguiranno successive comunicazioni da parte dei servizi competenti.

Interventi in area consultoriale

Counseling motivazionale breve nei consultori familiari

Si modifica la DGR 5978/2026 "Determinazione in merito all'area Consultoriale ai sensi della D.G.R. n. 5589/2025" per la prestazione codice 30007 – "Counseling motivazionale breve" prevedendone l'erogazione da tutte le figure professionali presenti in consultorio adeguatamente formate.

Ulteriori determinazioni

Precisazioni in merito alle assenze per CSS

In relazione a quanto previsto nella DGR 5589/2025 al paragrafo "8.8.9. Ulteriori determinazioni" si precisa che la previsione del limite di assenze remunerabili con oneri a carico del FSR, incrementabile sino ad un massimo complessivo di 50 giorni su base annua, unicamente se preventivamente indicato nell'ambito del Progetto Individuale/Educativo Individuale/Pri, era da intendersi applicabile anche per la tipologia di UdO CSS, seppur non espressamente richiamata nella DGR 5589/2025.

Inserimenti presso Centro specifico per il ricovero per persone con ASD

Nel confermare quanto disposto dalle DDGR n. 3720/2024 e n. 5589/2025 relativamente ai percorsi presso il Centro specifico per il ricovero per persone con ASD da parte di persone già inserite in RSD/CDD/CSS si precisa quanto segue.

La tariffa relativa al periodo di permanenza presso il Centro verrà riconosciuta alla UdO, solo per quota ordinaria (non ICA 1 e ICA 2) a titolo di assenza a carico, con le consuete tempistiche e non alla conclusione del percorso, precisando in ogni caso che devono essere rispettate le seguenti condizioni:

- Impegno della U.d.O. di provenienza a ri-accogliere la persona al termine del percorso da trasmettere alla ATS alla presa in carico da parte del Centro;
- Partecipazione della U.d.O. ai percorsi formativi;
- Mantenimento del posto libero o utilizzo temporaneo dello stesso senza oneri a carico del FSR;
- Ri-accoglienza della persona a chiusura del percorso presso il Centro.

Sarà cura di ATS verificare sia nella fase di avvio, durante e alla conclusione del percorso le suddette condizioni, in caso di non rispetto recuperare le somme non dovute.

Proroga al 31/12/2026 dei progetti DGR 4481/2025

Con DGR 4481 è stato implementato un percorso di sperimentazione di attività innovative prevedendone l'avvio entro il 30/11/2025 a seguito di manifestazioni di interesse a cura delle ATS. Era prevista la durata annuale dei progetti.

Al fine di valutare l'utilità per il sistema regionale dei progetti si rende necessario proseguire le progettualità oggetto di sperimentazione, con le medesime regole disposte con DGR 4481, al fine di disporre di risultati per un più ampio orizzonte temporale. Al fine di coniugare l'esigenza di sincronizzare le scadenze dei progetti con le tempistiche amministrative della programmazione delle risorse, si dispone la prosecuzione dei progetti fino al 31/12/2026, con possibilità di ulteriore prosecuzione demandata ai successivi indirizzi di programmazione per il 2027.

Comunità per minori con bisogni sanitari

Nel confermare quanto previsto dalle DDGR 3720/2024 e 5589/2025 in ordine all'avvio di progetti sperimentali che integrino un supporto educativo ed una presa in carico sanitaria, si integrano i territori coinvolti inserendo anche ATS Brescia. Tali progettualità verranno condivise con il Tavolo Tutela Minori istituito dalla DG Famiglia, Solidarietà sociale, Disabilità e Pari Opportunità.

Entro fine anno verranno date indicazioni alle ATS per l'emanazione degli avvisi e nei successivi indirizzi di programmazione per il 2027 verranno date le indicazioni per l'avvio.

Unità di offerta sociosanitarie interessate da interventi di manutenzione straordinaria

Tra gli interventi di manutenzione straordinaria previsti dal paragrafo 8.6.2 della DGR 5589/2025 rientrano anche quelli conseguenti ad eventi calamitosi sia di natura atmosferica (ad esempio, allagamenti anche per straripamento di fiumi/canali, recentemente verificatisi) sia di altra natura che rendono temporaneamente inagibile/inutilizzabile, anche solo in parte, una UdO.

Nel caso il gestore debba spostare temporaneamente gli ospiti in un'altra struttura non accreditata, dovrà dichiarare di garantire il possesso di tutti i requisiti organizzativi e gestionali, la completa continuità assistenziale delle prestazioni e il possesso di tutti i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e gestionali e fornire la documentazione tecnica prevista dalla DGR 1025/2023.

L'Ente gestore deve inoltre informare adeguatamente le persone interessate circa il trasferimento temporaneo presso altre strutture a seguito di tali eventi.

Riabilitazione ambulatoriale minori in età evolutiva

Nel quadro del riordino in corso per potenziare gli interventi in risposta a questo crescente bisogno, dal 2024 sono stati appositamente attivati contratti di scopo, con conservazione degli stanziamenti in una logica di promozione della start-up. Al fine di monitorare il grado di take up della suddetta operazione, si dà mandato alle ATS di monitorare lo stato di effettivo utilizzo dei contratti di scopo. Tale monitoraggio è anche finalizzato a valutare, nel caso di sottoutilizzo dei budget, eventuali riallocazioni per le annualità successive da disporre con successivi interventi programmatori regionali nell'ottica di massimizzare le risposte ai bisogni dando pieno impiego delle risorse disponibili.

INTERVENTI AREA SALUTE MENTALE

Psichiatria e neuropsichiatria infantile

Requisiti autorizzativi e di accreditamento delle strutture residenziali di NPIA: specifiche relative al personale

Al fine di adattare i requisiti autorizzativi e di accreditamento relativi al personale alle esigenze dei minori ospiti delle strutture residenziali di NPIA si ribadiscono i requisiti di accreditamento della DGR XI/7752/2022 ricordando di seguito le indicazioni aggiornate effettive dal 1° gennaio 2026.

All'interno del dovuto previsto dai requisiti OSRET05 e OSRET06, concorrono anche le figure del medico neuropsichiatra e dello psicologo psicoterapeuta.

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 devono assicurarne l'assolvimento all'interno del computo orario mensile e non più settimanale.

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

Tali deroghe possono essere utilizzate, dalle strutture residenziali e semiresidenziali di NPIA e Psichiatria solo in caso di comprovata impossibilità a reperire personale in possesso del titolo professionale previsto dalle specifiche DGR, da dimostrarsi con idonea documentazione.

- 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 sanitario 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 Struttura le funzioni riabilitative. Non è possibile che tale personale svolga attività diretta con gli ospiti senza la presenza di un operatore qualificato, secondo le specifiche DGR. Tale affiancamento deve essere documentato attraverso idoneo strumento di rilevazione della presenza del personale adottato dalla struttura;
- Possibilità di rendicontare, nel rispetto della normativa vigente in materia di lavoro, ai fini dello standard per un periodo massimo di un anno psicologi iscritti al secondo anno delle scuole di specializzazione.

Potenziamento delle strutture residenziali di NPIA

In riferimento a quanto contenuto nella DGR 5589/2025 del 30/12/2025 al paragrafo 9.1.2. "Potenziamento della rete d'offerta dei Servizi residenziali in NPIA" - preso atto delle azioni intraprese dalle ATS prive di posti accreditati residenziali di Neuropsichiatra per favorire i nuovi accreditamenti sul proprio territorio, considerata la complessità del processo in corso si ritiene di prorogare al 31 dicembre 2026 la scadenza precedentemente fissata al 30 giugno 2026, per la finalizzazione delle risorse già assegnate.

Si rappresenta che la quota assegnata a ciascuna ATS priva di posti accreditati di NPIA residenziale, pari a € 992.800,00 e destinata al potenziamento della rete di offerta, potrà essere impiegata, in ultima istanza e in presenza di particolari criticità connesse alla difficoltà di attivazione di nuove strutture residenziali di NPIA, anche per il potenziamento della rete semiresidenziale.

Stabilizzazione Programmi di Psichiatria e Progetti di Neuropsichiatria

A partire dal 2027, si ritengono consolidati gli esiti delle azioni relative ai Programmi di Psichiatria e ai Progetti di NPIA del 2026. Le risorse destinate agli Enti coinvolti nelle attività e negli interventi, erogati nell'ambito dei Programmi di Psichiatria e dei Progetti di NPIA sono da considerarsi storicizzate, con la specifica finalità di sostenere le azioni sperimentate e consolidate. La relativa copertura economica troverà riscontro nelle Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio sanitario e sociosanitario per l'esercizio 2027, nell'ambito del quadro economico programmatorio. Le risorse saranno assegnate alle ATS per l'anno 2027 con successive specifiche disposizioni, recanti anche le indicazioni relative alla stipula dei contratti con gli erogatori pubblici e privati coinvolti. Si confermano le attuali modalità di rendicontazione, mediante rilevazione dai Sistemi Informativi e dichiarazione delle attività indirette. Eventuali variazioni nella finalizzazione del fondo dovranno essere condivise con le ATS.

Tariffe Strutture Residenziali di Psichiatria (SRP) e Strutture Residenziali Terapeutiche di NPIA (STR-NPIA)

Valutato l'andamento degli inserimenti nel corso degli anni, le tempistiche di permanenza e la tipologia dell'utenza che vi accede in ragione delle caratteristiche cliniche e dei bisogni assistenziali e riabilitativi, si riconosce un'unica tariffa in coerenza con la specifica macroattività accreditata (presente in SIGAUSS) di SRP e di STR-NPIA.

STRUTTURE RESIDENZIALI DI PSICHIATRIA (Tariffe aggiornate con DGR XII/6385 del 29/06/2026)

Tipologia Macroattività	Tariffa/Die	Durata
SRP1-CRA-POST ACUZIE	195,53 €	90 giorni non prorogabile
SRP1-CRA	195,53 €	Fino a 24 mesi dopo i 24 mesi, rinnovabile fino ad ulteriori 24 mesi con autorizzazione di ATS (12+12). al termine dei 48 mesi non più prorogabile
SRP2-CPA	188,02 €	fino a 36 mesi dopo i 36 mesi rinnovabile fino ad ulteriori 36 mesi (12+12+12) al termine dei 72 mesi proroga da parte di ATS con autorizzazione solo per specifiche condizioni
SRP2-CPM	129,01 €	fino a 36 mesi dopo i 36 mesi rinnovabile fino ad ulteriori 36 mesi (12+12+12) al termine dei 72 mesi proroga da parte di ATS con autorizzazione solo per specifiche condizioni
SRP1-CRM	152,97 €	fino a 24 mesi dopo i 24 mesi, rinnovabile fino ad ulteriori 24 mesi con autorizzazione (12+12). al termine dei 48 mesi non più prorogabile
SRP3.1	37,00 €	illimitata
SRP3.2	28,78 €	illimitata
SRP3.3	18,50 €	illimitata

Superando quanto richiamato nella DGR 4221/2007,

- L'età del paziente non costituisce vincolo ostativo all'inserimento quando quest'ultimo viene sostenuto da evidenza nel progetto individuale della persona;
- Decade per le SRP2 (CPA e CPM) la non rinnovabilità dell'inserimento nella stessa tipologia di struttura prima dei 5 anni dalla scadenza di un precedente programma;
- Il rinnovo dei programmi di inserimento nelle SRP, pianificato congiuntamente tra inviante ed erogatore, viene autorizzato dalla ATS che ne valuta l'appropriatezza in relazione alle disposizioni vigenti;

- I programmi residenziali relativi agli utenti “oltre soglia” non costituiscono più oggetto di trattazione in sede di OCSMD, ma sono autorizzati dalle ATS, che sono tenute a rivalutarne periodicamente la necessità.

STRUTTURE RESIDENZIALI TERAPEUTICHE DI NPJA (STR-NPJA) (Tariffe aggiornate con DGR XII/6385 del 29/06/2026)

Tipologia macroattività	Tariffa/die	Durata
BK.27.5	277,56 €	FINO A 24 MESI DOPO I 24 MESI, RINNOVABILE AD INTERVALLI DI 6 MESI a seguito di comprovata valutazione clinica da parte della NPJA inviante e autorizzazione della ATS competente.
BL.26.5	298,12 €	90 GIORNI NON RINNOVABILI

Il livello di intensità delle prestazioni (alta, media) erogato nelle SRP e SRT è da prevedere nel progetto individuale in ragione del percorso che l'utente sta sviluppando non genera *degrading* della tariffa prevista per quella macro-attività.

Si rammenta che al momento dell'inserimento in struttura è utile prevedere tempistiche coerenti al Progetto Individuale e non riferite sistematicamente al tempo massimo previsto per la tipologia di struttura.

Attività dei Centri Diurni di Psichiatria

In considerazione delle modificate caratteristiche dell'utenza per la quale è indicata la frequenza alle attività realizzate dai Centri Diurni di Psichiatria e con l'esigenza di meglio connotare la modalità erogativa, viene introdotta una differenziazione della registrazione nel Sistema Informativo di Psichiatria (SIPRL). L'indicazione della frequentazione del CD per presenza o per attività specifica deve essere prevista nel progetto individuale del paziente (PTI) trovando poi coerenza nel PTR specifico.

Nel rispetto del numero dei posti semiresidenziali accreditati, rammentando che le attività garantite ai pazienti sono da realizzarsi in sede e fuori sede, le presenze sono registrabili nelle due voci:

- **Presenza semiresidenziale:** comprendono le frequenze presso i Centri Diurni che prevedono la presenza in sede del paziente per tutta la durata della semiresidenzialità o in alcuni momenti della giornata;
- **Attività semiresidenziale:** comprendono le frequenze per le quali il paziente non raggiunge la sede del Centro Diurno (soprattutto per problematiche legate a particolari condizioni territoriali o a criticità di spostamento dell'utenza o per specifiche esigenze organizzative/programmatorie di alcune attività) ma viene raggiunto sul territorio dal personale di CD per l'adesione alle attività riabilitative/risocializzanti territoriali. L'attività semiresidenziale deve avere una durata minima di 4 ore.

Ruolo dell'OCSMD

In riferimento e ad integrazione di quanto indicato nelle DGR 5589/2025 è necessario che l'OCSMD esprima parere basato sulla valutazione della rete d'offerta anche per eventuali modifiche di accreditamento o sullo spostamento delle sedi erogative di strutture sanitarie di psichiatria e neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza. Qualora il parere sia negativo, le motivazioni dovranno essere indicate nel verbale della seduta. Tale parere necessario non è comunque vincolante.

Ruolo dei coordinamenti afferenti all'area salute mentale

Con DGR 6387 del 16/05/2022 Regione Lombardia ha ritenuto presupposto fondamentale l'interconnessione e l'integrazione tra le diverse discipline afferenti alla salute mentale e ha declinato

tale integrazione, dal punto di vista organizzativo, indicando la collaborazione tra la Struttura "Dipendenze Sanità Penitenziari e Salute mentale" e i 4 coordinamenti di area:

- Coordinamento Direttori UOC Psichiatria-UOP (DGR 38114 del 06/08/1998);
- Coordinamento Direttori UOC Dipendenze–SerD (DECRETO N. 2836 del 04/03/2020);
- Coordinamento Direttori UOC/UOSD Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza-UONPIA (Decreto N. 8917 del 03/06/2003);
- Coordinamento UOC/ UOSD Psicologia – UOPSI (Decreto 7188 del 07/08/2012).

Alla luce di tali premesse, si ritiene necessario prevedere che i quattro Coordinamenti regionali si dotino di un apposito regolamento di funzionamento, volto a definirne in modo chiaro la composizione, i compiti, le modalità operative e i rapporti con la competente Struttura regionale.

L'adozione del regolamento è necessaria per garantire uniformità, trasparenza e continuità operativa, assicurando anche una chiara attribuzione di ruoli e responsabilità.

Il regolamento deve inoltre rilevare le modalità attraverso le quali il coordinamento assicura i raccordi tra le diverse aree della salute mentale, lo scambio tempestivo delle informazioni tra Regione e Aziende Socio-sanitarie Territoriali/IRCCS, la condivisione delle criticità e l'elaborazione di indirizzi e proposte comuni contribuendo alla concreta integrazione dei servizi di Psichiatria, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Dipendenze, Psicologia, Sanità Penitenziaria.

Contrattualizzazione posti accreditati in SR di Psichiatria e NPIA

Le ATS, in ragione delle risorse disponibili derivanti da quote destinate agli inserimenti fuori regione non utilizzate, quali i risparmi del budget 43/SAN, o da quote recuperate a seguito dell'interruzione di contratti, riferite al budget 46/SAN, possono procedere, previo nulla osta regionale, all'indizione di specifiche manifestazioni di interesse finalizzate alla contrattualizzazione di nuovi posti residenziali accreditati non a contratto.

- Le ATS che dispongono, sul proprio territorio, di posti residenziali accreditati possono procedere all'indizione di manifestazioni di interesse finalizzate alla contrattualizzazione di nuovi posti;
- Le ATS che non dispongono, sul proprio territorio, di posti residenziali accreditati conferiscono mandato alle ATS territorialmente più prossime che dispongono di tali posti, affinché indichino manifestazioni di interesse finalizzate alla contrattualizzazione di nuovi posti.

Attuazione della DGR XII/5553 nell'area metropolitana della Città di Milano

In ordine a quanto previsto dalla DGR XII/5553 del 22 dicembre 2025, recante le Linee di indirizzo regionali per la gestione dell'emergenza comportamentale in preadolescenza e adolescenza, si ritiene necessario declinare un modello organizzativo sperimentale da attuare nell'area metropolitana milanese, finalizzato a rendere maggiormente strutturata, tempestiva e integrata la risposta ai bisogni clinici complessi dei minori che accedono ai percorsi di urgenza ed emergenza psichiatrica. La sperimentazione coinvolge ASST Santi Paolo e Carlo, IRCCS Policlinico di Milano, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda e ASST Fatebenefratelli Sacco, con l'obiettivo di verificare sul campo l'efficacia del modello, individuarne punti di forza e criticità e favorirne il successivo perfezionamento, anche in vista dell'estensione su scala regionale.

Il modello assume come utenza di riferimento preadolescenti e adolescenti con emergenze comportamentali, acuzie psichiatriche o quadri clinici complessi che richiedono valutazione specialistica, stabilizzazione, ricovero in setting appropriato e successiva continuità assistenziale. Sono ricompresi, in particolare, i minori che accedono ai PS/DEA, i pazienti per i quali risulta necessario il ricovero nei reparti di NPIA, nonché le situazioni clinicamente stabilizzate ma non ancora dimissibili, per le quali occorre definire tempestivamente un percorso di trasferimento, prosecuzione della cura o rientro nella rete territoriale e/o residenziale.

Gli obiettivi specifici della sperimentazione sono: rafforzare l'integrazione funzionale tra strutture HUB e SPOKE; migliorare l'appropriatezza degli accessi, dei ricoveri e dei trasferimenti; accelerare il turn over dei posti letto dedicati all'urgenza/emergenza psichiatrica; garantire percorsi di stabilizzazione in NPIA e, ove clinicamente appropriato, il trasferimento verso reparti pediatrici individuati; assicurare la continuità di cura con le UONPIA territoriali, le équipe specialistiche e i Nuclei Funzionali APA; promuovere modalità condivise di valutazione, gestione del rischio, comunicazione con le famiglie e dimissione protetta.

I soggetti coinvolti sono individuati secondo una logica di rete interaziendale: i reparti di NPIA e i DEA APA con funzione di riferimento clinico e organizzativo; i reparti pediatrici e gli SPDC individuati per l'accoglienza di minori stabilizzati o in attesa di setting appropriato; le UONPIA territoriali per la presa in carico successiva alla fase acuta; le équipe territoriali e specialistiche; i servizi di psicologia clinica, dipendenze e psichiatria; i pediatri di libera scelta e i medici di assistenza primaria; il sistema dell'emergenza-urgenza e, ove necessario, la rete residenziale terapeutica di NPIA.

Sul piano operativo, il modello prevede la definizione di procedure condivise tra HUB e SPOKE per la gestione degli accessi, dei ricoveri, dei trasferimenti e delle dimissioni, con particolare attenzione al raccordo tra Bed Manager e alla tempestiva individuazione del setting più appropriato. Saranno sperimentate modalità coordinate di gestione dei posti letto APA a rapido turn over, percorsi di stabilizzazione in NPIA e trasferimenti verso pediatrie territoriali per le situazioni clinicamente stabilizzate, con il supporto delle équipe territoriali e dei Nuclei Funzionali APA. A tal fine è prevista l'istituzione di un gruppo di coordinamento interaziendale, con funzioni di governo della sperimentazione, monitoraggio degli esiti, analisi delle criticità e proposta di eventuali correttivi. Il modello include inoltre l'utilizzo di strumenti condivisi per la gestione dei ricoveri, la realizzazione di attività di psicoeducazione rivolte ai genitori, il potenziamento della formazione trasversale degli operatori e la progressiva definizione di indicatori di processo ed esito, quali tempi di accesso e trasferimento, durata dei ricoveri, appropriatezza del setting, continuità della presa in carico e riduzione dei casi di permanenza impropria nei reparti per acuti.

La declinazione operativa del progetto sarà contenuta in uno specifico atto della DG Welfare.

Definizione modalità di attuazione Piano Operativo Autismo 2024-2028

Il consolidamento e sviluppo del Piano Operativo Autismo 2024-2028, compresa la prosecuzione di tutte le iniziative ed obiettivi indicati dall'Istituto Superiore di Sanità, è da sostenere con una programmazione stabile delle risorse da destinare alle diverse aree di intervento: sorveglianza neuroevolutiva (0-3 anni) e diagnosi precoce; presa in carico e progetto di vita; rete emergenze comportamentali, con l'individuazione di un duplice canale:

- Programmazione delle risorse regionali a copertura dell'intero periodo di durata del Piano Operativo Regionale Autismo 2024-2028 per le attività in capo alle 27 ASST/IRCCS pubblici coinvolti per:
 - Il consolidamento dei percorsi di presa in carico delle persone con disturbo dello spettro autistico in tutte le fasi del ciclo di vita con particolare riferimento al progetto di vita;
 - La rete regionale per le emergenze comportamentali coordinata dalle EDECO costituite.

Per il 2026, al fine di sostenere un insieme articolato di attività stante la necessità di assicurare continuità alle diverse azioni attuate con il progetto regionale Autinca, vengono destinate un totale di risorse di FSR pari a 2.308.088,81 euro, ripartito per i singoli Enti coinvolti;

- Utilizzo delle risorse di cui al Fondo Nazionale Autismo per la realizzazione delle iniziative e degli obiettivi dallo stesso indicati.

A conclusione del percorso previsto da ISS è stato trasmesso l'accordo per il trasferimento a Regione Lombardia dei fondi relativi al progetto Fondo Autismo 2025-2026, per cui, ai sensi dell'art 2 del medesimo atto, da tale data decorrono le attività disciplinate dallo stesso fino alla scadenza indicata

nel 25.11.2027. Con la sottoscrizione dell'accordo è stato contestualmente definito il totale di risorse da erogare a Regione pari a 992.764,70 euro.

Nell'ambito delle attività che proseguiranno si evidenzia lo sviluppo delle seguenti specifiche aree di intervento:

- La sorveglianza neuroevolutiva (0-3 anni) e diagnosi precoce;
- La rete emergenze comportamentali con particolare riferimento al servizio residenziale con alto livello di specializzazione.

Per la prima area, in coerenza con le DGR 5415/2021 e DGR 3686/2024, e secondo quanto già previsto dalla DGR 5589/2025, a consolidamento di quanto già sviluppato anche con precedenti progettualità, si conferma il ruolo di referente dell'area sorveglianza neuroevolutiva ad ATS Brianza che si avvale per le attività di coordinamento e consolidamento di quanto in essere dell'IRCCS E. Medea Associazione La Nostra Famiglia, già individuato dall'ISS quale centro Pivot Nida per la Regione Lombardia e riconosciuto dalla DGR 6010/2026 "centro regionale Hub della rete riabilitativa con funzioni di indirizzo tecnico-scientifico e sviluppo dell'innovazione e supporto alla qualificazione della offerta riabilitativa". Si prevede altresì per il consolidamento del Network BABY@NET, il coinvolgimento di ASST Sette Laghi la cui Unità di Terapia Intensiva Neonatale è diretta dal Presidente della Società Italiana di Neonatologia (SIN).

Per la seconda area, nell'ottica di consolidamento e di sviluppo delle attività già realizzate con i precedenti fondi, si conferma il ruolo di referente dell'area emergenze comportamentali ad ATS Val Padana. Per tale attività si conferma il coinvolgimento del Centro specifico per il ricovero per persone con ASD con gravi disturbi del comportamento presso la Fondazione Istituto Ospedaliero di Sospiro (CR) individuato quale Centro di terzo livello.

Al fine di sostenere la realizzazione delle attività previste, si prevede la ripartizione tra gli Enti coinvolti delle risorse destinate a Regione dal Fondo Nazionale Autismo 2025-2026, pari complessivamente a 992.764,70 euro, coinvolti, come indicato nella tabella:

AREA	Attività	Ente titolare	Risorse	Totale	%
Area Sorveglianza neuroevolutiva (0-3 anni) e diagnosi precoce	Sorveglianza neuroevolutiva (0-3 anni) e diagnosi precoce: Consolidamento del Network NIDA	ATS Brianza	345.000,00 €	393.119,78 €	39,6 %
	Consolidamento del Network BABY@NET	ASST Sette Laghi	48. 119,78 €		
	Integrazione del Piano Regionale di prevenzione	Regione	-		
Emergenze comportamentali – Centro di terzo livello	Emergenze comportamentali: Centro di terzo livello	ATS Val Padana	599.644,92 €	599.644,92 €	60,4%
TOTALE				992.764,70 €	100%

Al presente provvedimento farà seguito l'adozione di atto specifico con la declinazione delle modalità attuative delle azioni sopra indicate.

Sviluppo delle attività di monitoraggio dei contenuti web e social media a contrasto dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione

La Cabina di Regia per la prevenzione e la cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, istituita ai sensi della Legge Regionale 23 febbraio 2021, n. 2, ha tra i propri compiti quello di elaborare linee guida finalizzate a garantire, in modo omogeneo sul territorio regionale, diagnosi precoce, efficace

gestione delle liste d'attesa, continuità assistenziale e appropriatezza delle cure. Ai fini dell'elaborazione delle linee guida, nonché dell'analisi dell'efficacia clinica e dell'economicità del sistema, la Cabina di Regia si avvale anche dei dati epidemiologici relativi alla diffusione dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. La Cabina di Regia formula inoltre proposte volte a promuovere azioni di sensibilizzazione, informazione, formazione, prevenzione, riconoscimento e trattamento dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, anche con riferimento alla definizione di un percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale.

Nell'ambito dei contenuti trattati dai componenti della Cabina di Regia DNA è emersa, in particolare, la necessità di adottare strategie volte a contrastare la diffusione di disinformazione e di messaggi fuorvianti che possano indurre comportamenti alimentari dannosi.

In tale contesto, l'Associazione "Il Filo Lilla", componente della Cabina di Regia e rappresentante delle associazioni dei familiari ivi presenti, di cui alla DGR n. XI/5722 del 15/12/2021 e alle successive DGR n. XII/2007 del 13/03/2024 e n. XII/3287 del 31/10/2024, ha presentato uno specifico progetto finalizzato al rafforzamento delle attività di prevenzione, informazione e contrasto dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione.

Il progetto, denominato "DENTRO IL FEED – Osservatorio digitale AI per la prevenzione dei DNA", mira a sviluppare uno strumento utile al monitoraggio dei contenuti web e social media. Lo stesso è stato valutato con parere favorevole nell'ambito dei lavori della Cabina di Regia, nella seduta del 18/05/2026, ed è stato ritenuto congruente con l'attività Extra LEA di cui alla DGR n. XII/5524 del 17 dicembre 2025, recante "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario e sociosanitario per l'esercizio 2026 – quadro economico programmatico".

Dipendenze

Sviluppo delle attività di contrasto alla grave marginalità

Le evidenze operative degli ultimi anni mostrano un incremento della complessità dei bisogni sanitari rilevati dagli interventi di prossimità, spesso associati a quadri clinici compromessi e a scarsa adesione ai percorsi di cura. Permane inoltre una significativa discontinuità tra le attività di contatto in strada e l'effettiva attivazione di percorsi sanitari strutturati, con conseguente rischio di interruzione della presa in carico.

Considerato lo stanziamento di ulteriori risorse previsto dall'emendamento n. 404 (Subemendamento n. 19) alla Legge di Stabilità di Regione Lombardia, finalizzato al ripristino e al potenziamento dei presidi sociosanitari nei pressi della stazione di Rogoredo, si chiede ad ATS Città Metropolitana Milano di predisporre una proposta di potenziamento e sviluppo del Progetto "Parchi Rogoredo", relativo alle azioni di contrasto al consumo di sostanze psicoattive nelle aree particolarmente disagiate, con specifico riferimento al Parco di Rogoredo.

Le ulteriori risorse, pari a 300.000 euro, previste dal citato emendamento, si integrano con lo stanziamento di 600.000 euro già previsto dalla DGR XII/5589 del dicembre 2025, al fine di rafforzare gli interventi sociosanitari continuativi nell'area e di contrastare il degrado e il narcotraffico.

L'intervento si inserisce nel processo di evoluzione del sistema territoriale delle dipendenze previsto dalla L.R. 23/2020 e in coerenza con la programmazione regionale del SSR 2026, nonché con il modello organizzativo definito da ATS Milano per il "Programma Parchi".

Chiarimenti sulla DGR XII/5696 del 2 febbraio 2026

Nell'ambito dell'assetto organizzativo dei Servizi per le Dipendenze (SDIP) articolati in sedi Hub e Spoke previsto dalla DGR XII/5696 del 02/02/2026, la programmazione delle attività deve garantire un'adeguata accessibilità ai servizi erogati dagli SDIP, al fine di assicurare la continuità assistenziale e terapeutica. L'organizzazione delle aperture dovrà prevedere:

- L'attività per 5 giorni alla settimana, per almeno 12 ore giornaliere all'interno di ogni macroarea nell'arco temporale compreso tra le ore 6:00 e le ore 21:00;
- La presenza nei giorni di sabato, domenica e festivi per il numero di ore necessario a garantire la continuità dei percorsi terapeutici.

La copertura delle 12 ore in ogni macroarea dovrà avvenire in modo progressivo garantendo l'adeguata sostenibilità delle aperture dei servizi con una pianificazione degli organici a disposizione. In coerenza con quanto previsto dal Documento AGENAS del novembre 2022 recante "Standard per l'assistenza territoriale dei servizi Salute Mentale Adulti, Dipendenze Patologiche, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e Salute in Carcere", tali requisiti organizzativi possono essere soddisfatti all'interno di ogni macroarea anche mediante l'integrazione operativa tra più sedi SDIP, anche afferenti a diversi enti gestori (SERD e SMI), con il coordinamento dell'ATS territorialmente competente.

L'organizzazione della copertura territoriale secondo le modalità sopra indicate è finalizzata a garantire l'effettiva erogazione dei LEA nell'ambito del territorio di riferimento dell'ATS e a promuovere un'offerta adeguata di servizi nell'area delle dipendenze. A tale scopo, ciascuna ATS effettua annualmente, con riferimento alla situazione rilevata al 31 dicembre dell'anno precedente, una verifica basata sui dati presenti nelle schede struttura agli atti, relativamente a ciascuna macroarea.

La relazione annuale, elaborata con il contributo delle Re.di.di., e trasmessa a Regione dalle ATS, fornirà informazioni utili per evidenziare criticità e potenzialità presenti nella macroarea; permetterà inoltre di predisporre una pianificazione che tenda alla razionalizzazione delle risorse umane e delle attività al fine di adempiere prospettivamente ai requisiti del Documento AGENAS (novembre 2022) nonché di rispondere in modo ottimale ai bisogni dei cittadini.

In questa programmazione, laddove non si riesca comunque a prospettare il raggiungimento dello standard, ATS, in sinergia con ASST ed enti gestori, dovrà attivare ulteriori strumenti per raggiungere l'obiettivo.

Personale qualificato nei CRD (Centri di Cura e Riabilitazione per le Dipendenze) e negli SDIP

In riferimento agli standard di personale previsti in attuazione della DGR n. XII/5696 del 02/02/2026 – "Ulteriori determinazioni in merito all'attuazione della L.R. n. 23/2020 «Nuovo Sistema d'intervento sulle dipendenze patologiche: riordino del sistema ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale», considerato che il nuovo sistema di intervento residenziale, semiresidenziale e ambulatoriale entrerà in vigore a decorrere dal 1° gennaio 2027, al fine di garantirne la piena operatività sin dalla data di avvio, si dispone che gli operatori in possesso dei titoli di studio previsti dalla DGR 5696/2026 per il personale qualificato potranno essere considerati, dalla data di approvazione del presente provvedimento, per il raggiungimento dello standard gestionale previsto dalle DDGR vigenti (DGR 41878/2009, DGR 12621/2003 e DGR 3645/2015).

Ulteriori determinazioni in ordine all'applicazione della legge regionale 23/2020

Nel 2027 a seguito del processo di riclassificazione degli attuali Servizi per le Dipendenze nei nuovi SDIP, prenderà forma quanto disposto dalla L.R. 23/2020 in merito ai servizi ambulatoriali per le dipendenze. La DGR XII/5696 del 2 febbraio 2026 norma le modalità con cui saranno possibili nuovi accreditamenti di SDIP. In merito alle modalità di riconoscimento del budget, si ritiene superato quanto disposto dalla DGR XI/4773/2021; proseguirà lo studio di fattibilità per valutare l'opportunità di introdurre una nuova modalità di calcolo del budget, basato sul numero dei pazienti attivamente in carico moltiplicato per una quota economica unitaria (2.200 euro a paziente/anno).

Psicologia

Piano Campi Flegrei ed Equipe di Psicologia dell'Emergenza Aziendale

In continuità con quanto previsto dalla DGR n. 3720/2024 e dal Decreto della Direzione Generale Welfare n. 13972 dell'8 ottobre 2025, prosegue l'attività di formazione sulle maxi-emergenze gestita da ATS Brianza - in collaborazione con il coordinamento regionale delle UOPSI - per la Task Force regionale incaricata di fornire il supporto psicologico alle persone evacuate in Lombardia nell'ambito del Piano Campi Flegrei.

Allo scopo di garantire una presa in carico tempestiva e qualificata per le emergenze in tutta la Regione, ogni ASST istituisce con atto formale la Equipe di Psicologia dell'Emergenza Aziendale (EPEA), in capo all'Area funzionale di Psicologia aziendale/U.O. Psicologia (UOPSI). Il Direttore della Area di Psicologia aziendale/UOPSI della ASST ha l'incarico di: organizzare l'EPEA in modo tale da garantire il supporto psicologico tempestivo ai cittadini coinvolti nelle emergenze che accadono nel territorio di competenza; tenere puntualmente aggiornato l'elenco dei Dirigenti Psicologi Psicoterapeuti della EPEA e dei componenti della Task Force regionale Campi Flegrei, dandone annualmente comunicazione a Regione ed ATS Brianza. Si richiede pertanto a ciascuna Azienda, oltre la formalizzazione dell'EPEA, la stesura di specifiche procedure aziendali riguardanti il livello operativo della gestione emergenziale a carico di EPEA a livello locale.

Si prevede l'istituzione di un Tavolo regionale di coordinamento della Psicologia dell'emergenza, in capo alla DG Welfare, col compito di definire la modalità strutturata di cooperazione tra sistema dell'emergenza-urgenza, Protezione civile, Servizi sanitari, istituzioni territoriali e volontariato specializzato. Ne fanno parte la Struttura Salute Mentale e Dipendenze, la Protezione Civile, AREU, il Coordinamento regionale UOPSI, l'ATS Brianza, l'Ordine Psicologi Lombardia, ed i Responsabili delle principali Associazioni di Volontariato che garantiscono l'intervento urgente sugli scenari emergenziali. Il Tavolo regionale ha l'incarico di produrre, nel rispetto della normativa vigente, le Linee Guida e procedure operative dell'ingaggio e del coordinamento dell'intervento di psicologia dell'emergenza nei diversi contesti emergenziali e nelle diverse fasi di intervento.

Psicologia del Servizio delle Cure Primarie (L.R. 1/24) e della Casa di Comunità (DM 77/2022)

Ogni ASST è tenuta a dare piena attuazione alla L.R. n.1/2024 e a rendicontare a regione:

- a) Annualmente, lo stato di implementazione del servizio di Psicologia delle cure primarie e le attività psicologiche distrettuali nella Casa di Comunità (DM 77/2022);
- b) Trimestralmente, l'utenza e le prestazioni registrate sull'applicativo acquisito dalla Azienda per garantire la qualità dei dati del flusso PSIC-CDC da caricarsi sulla piattaforma regionale SMAF. Si ricorda che lo standard indicato dalla L.R. 1/2024 è di almeno uno Psicologo specializzato in ogni Casa di Comunità attiva: per facilitare l'avvio del servizio e la copertura in ogni CdC.

La Regione, tenendo conto delle esigenze territoriali rilevate e sulla base del fabbisogno ritenuto congruo per ciascuna ASST, provvede annualmente a ripartire ed assegnare le quote di finanziamento nell'ambito dei decreti di assestamento. Il riconoscimento delle risorse avviene nei limiti dei costi effettivamente sostenuti e debitamente rendicontati dalle Aziende nell'ambito delle certificazioni economiche trimestrali relative ai contratti di libera professione.

Inoltre, visto lo sviluppo delle attività territoriali ed in particolare dei servizi presenti in tutte le Case di Comunità, si avvierà una sperimentazione finalizzata a definire le modalità organizzative delle equipe multidisciplinari con particolare attenzione al raccordo tra lo Psicologo delle cure primarie e il Medico di Assistenza Primaria/Pediatra di libera scelta.

Sanità penitenziaria

CSGM: precisazioni su utenza e modalità di calcolo del budget

Le CSGM si trovano spesso a fronteggiare casi di particolare complessità, associati ad urgenze di carattere giuridico.

Per una migliore gestione delle strutture si ritiene necessario rivedere quanto disposto nell'accordo con il Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità e in particolare:

- Si prevede la presenza di due tariffe, una sociosanitaria pari a 192 euro/die e una a carico del CGM, attualmente pari a 128 euro, che dovrà essere ridefinita con il Ministero della Giustizia;
- Al fine di favorire l'ingresso in struttura a pazienti con particolari criticità, si ritiene possibile rendicontare, per la quota sanitaria, 1 posto libero ogni 10 e fino a 2 posti liberi per strutture da 11 posti in su.

Tali modifiche saranno formalizzate in un nuovo accordo con il Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità. Seguiranno indicazioni puntuali dalla U.O. Polo territoriale.

Unità Operativa regionale di Sanità Penitenziaria

Dovrà essere costituita l'Unità Operativa regionale di Sanità Penitenziaria secondo l'organizzazione derivata da funzioni e attività attribuite per effetto della DGR XII/3621/2024 e della DGR n. XII/4895/2025.

La nuova organizzazione dovrà prevedere le seguenti sottounità operative in relazione alle tipologie delle nuove funzioni e attività previste:

- Coordinatori sanitari degli istituti penitenziari;
- (sviluppi DGR 3621, sviluppi della cartella SISPE, creazione flussi dipendenze-SISPE);
- Coordinatori per la Salute mentale;
- (sviluppi ATSM, attivazione API, attuazione protocolli rischio suicidario adulti e minori);
- Progetti regionali Prevenzione;
- (in collaborazione con la U.O. Prevenzione di Regione Lombardia e con le ATS, in attuazione della attuazione DGR 4895/2025);
- Rapporti con il Provveditorato e CMO Ospedale Militare.

Dovranno inoltre essere individuati:

- Il Responsabile del Coordinamento delle sottounità operative;
- Il referente per ciascuna delle sottounità Coordinatori sanitari e Coordinatori per la Salute mentale;
- Il supporto tecnico-organizzativo.

Prontuario Terapeutico Regionale per gli istituti penitenziari

Con decreto della DG Welfare n. 5542 del 28/4/2026 è stato approvato il Prontuario Terapeutico Regionale (PTR) per gli istituti penitenziari.

Nel Prontuario è riportato l'elenco dei farmaci da rendere disponibili negli istituti penitenziari e indicazioni specifiche per il loro uso con particolare riferimento ad alcune classi di farmaci, quali quelli a effetto psicotropo, i sostitutivi degli oppiacei e gli antibiotici.

L'applicazione del Prontuario contribuirà a rendere omogenei i trattamenti farmacologici negli istituti penitenziari della Regione, assicurando ai soggetti detenuti equità di terapia con i soggetti in stato di libertà, garantendone la continuità nei trasferimenti da un istituto all'altro e in occasione del rilascio.

Il Prontuario è stato inviato a ATS, ASST, PRAP e CGM con nota DG Welfare prot.G1.2026.0023817 del 26/05/2026, con la raccomandazione rivolta in particolare alle ASST di rendere noto il documento anche alle Farmacie Ospedaliere, alle Unità Operative di Emergenza/Urgenza, agli ambulatori di neurologia, ortopedia e terapia del dolore e ai Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze.

Il PTR dovrà, inoltre, essere presentato alle Direzioni degli istituti penitenziari, comunicando in particolare gli intenti in relazione all'appropriatezza dell'uso degli psicofarmaci e degli antibiotici.

Il Prontuario sarà inserito nel Sistema Informativo regionale della Sanità Penitenziaria (SiSPe).

POLO OSPEDALIERO

Macroaree

Potranno essere cambiate le afferenze (basandosi sui risultati organizzativi delle relazioni tra Hub e Spoke) alle macroaree previste con la DGR XII/1827/2024, in base alla verifica di efficienza ed efficacia delle azioni organizzative.

Rischio malnutrizione

Chiarimenti in merito agli Indirizzi Regionali per l'effettuazione dello screening nutrizionale e la gestione del rischio di malnutrizione

Si fornisce un aggiornamento di sintesi degli indirizzi regionali relativi all'effettuazione dello screening nutrizionale e alla gestione del rischio di malnutrizione, recependo e coordinando le indicazioni contenute nella DGR n. XII/1812 del 29 gennaio 2024, nella DGR n. XII/4437 del 26 maggio 2025, nel Decreto della DG Welfare di Regione Lombardia n. 14274 del 25 ottobre 2021 e nel Decreto della DG Welfare n. 12029 del 3 settembre 2025.

Le indicazioni regionali si applicano a tutti i pazienti ricoverati presso le strutture sanitarie e sociosanitarie della Regione Lombardia e sono finalizzate a garantire un approccio omogeneo, tempestivo e appropriato all'identificazione del rischio nutrizionale e alla successiva presa in carico dei pazienti a rischio di malnutrizione o già malnutriti.

Adeguamento dei Piani d'Intervento in base al Grado di Rischio

È possibile adeguare i piani d'intervento in base al grado di rischio rilevato, seguendo le linee d'indirizzo regionali (Decreto DG Welfare Regione Lombardia 12029/2025).

Gli strumenti di screening proposti dalla DGR XII/1812/2024 e dal Decreto DG Welfare 12029/2025 possono essere interscambiabili ed eventualmente sostituiti con altri strumenti validati dalla letteratura scientifica (ad esempio MNA), a condizione che la struttura dimostri di avere sotto controllo la prevenzione e la gestione del rischio di malnutrizione.

Obbligatorietà dello Screening Nutrizionale nelle Diverse Strutture

- In attuazione della DGR XII/1812 del 29/01/2024 si conferma l'esecuzione sistematica dello screening nutrizionale nel paziente ricoverato quale requisito organizzativo finalizzato all'identificazione precoce del rischio nutrizionale;
- Per ogni paziente, valutato il rischio, deve essere definito il conseguente percorso di presa in carico nutrizionale secondo le indicazioni regionali e i modelli organizzativi previsti;
- Comunità Protette (CPA/CPM): Non è obbligatorio somministrare il test di screening nutrizionale, sebbene sia uno strumento utile. In caso di somministrazione nelle comunità protette, si può utilizzare qualunque strumento, compreso il MUST per C-DOM;
- Contesto Sociosanitario: il test di screening è obbligatorio per tutti gli assistiti in C-DOM, UCA, RSA e CDI. Si consiglia l'utilizzo del test MNA per RSA e CDI, ma è possibile anche l'uso di altri test, compreso il MUST per C-DOM.

Modalità di Somministrazione del Test di Screening (setting ospedaliero)

- Pazienti non a rischio: per i pazienti classificati come non a rischio (ovvero a basso rischio secondo lo strumento MUST), deve essere effettuata la rivalutazione mediante nuovo test di screening nutrizionale settimanalmente;
- I pazienti a rischio necessitano di presa in carico;
- Dimissioni e Trasferimenti: ai pazienti dimessi entro 72 ore dal momento del ricovero, risultati a rischio nutrizionale al test di screening, devono essere fornite, in lettera di dimissione, indicazioni

sulla successiva presa in carico ambulatoriale specialistica o da parte del medico di assistenza primaria.

Esclusioni dalla Somministrazione del Test

- I seguenti reparti sono esentati dall'obbligatorietà del test di screening: Terapia intensiva; Terapia Semi-intensiva; Hospice; Neonatologia; Pediatria (per pazienti con età <1 anno); Ostetricia; Chirurgia Bariatrica; Nutrizione Clinica e Disturbi della Nutrizione e della Alimentazione;
- Sono esclusi i ricoveri di 0-1 giorno (day hospital, day surgery e ricoveri ordinari con una notte di degenza).

I pazienti ricoverati nei reparti esentati dall'obbligo dello screening nutrizionale devono comunque essere inquadrati dal punto di vista nutrizionale in base alle specifiche caratteristiche cliniche, in linea con le linee guida nazionali e internazionali.

Nuove Applicazioni

In deroga a quanto sopra previsto per i ricoveri di durata 0-1 giorno e per le attività diurne, in ottemperanza alla DGR n. XII/4437 del 26/05/2025, il test di screening nutrizionale deve essere obbligatoriamente effettuato nei pazienti afferenti alle attività MAC di area oncologica e onco-ematologica e Day Hospital di area oncologica e onco-ematologica. Lo screening deve essere eseguito al momento del primo accesso e successivamente ripetuto con frequenza almeno mensile.

Tempistiche di Somministrazione e Monitoraggio

- Screening entro 48 ore dal ricovero: Il test di screening deve essere effettuato entro 48 ore dal ricovero per tutti i ricoveri ordinari;
- Nella lettera di dimissione devono essere riportati l'esito del test di screening (anche quando ripetuto più volte nel corso del ricovero) e le azioni terapeutiche intraprese (es. modifiche dietetiche, diete speciali, supplementazione al pasto, consulenze nutrizionali, prescrizione di ONS, NA, NAD);
- Cambio di Test durante il Ricovero: Si sconsiglia, ma non si vieta, di cambiare il tipo di test durante il ricovero dello stesso paziente, poiché potrebbero sorgere difficoltà nella comparazione dei risultati di test diversi.

Documentazione dello Screening

- Registrazione in Cartella Clinica: Non è sufficiente registrare solo il punteggio dello screening nutrizionale. È necessario includere la scheda completa con la valutazione di ogni singolo item, il punteggio relativo e la firma dell'operatore che ha eseguito lo screening, con data di esecuzione.

Uso del Test STRONGkids

Si precisa che l'applicazione della scheda di screening nutrizionale STRONGkids riguarda la fascia 1 - 17 anni ma è possibile somministrarla (in quanto strumento validato) già a partire da 1 mese di età.

Documento di indirizzo per la prescrizione della nutrizione artificiale nelle RSA/RSD

1. Premessa

La Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD) rappresenta un trattamento volto a garantire la continuità assistenziale dei pazienti che non sono in grado di alimentarsi in modo sufficiente o adeguato per via naturale.

La DGR n. X/4702 del 29 dicembre 2015 ha previsto la garanzia della fornitura della NAD anche agli assistiti ospitati presso RSA e RSD.

Il Decreto DG Welfare n. 14274 del 25 ottobre 2021 ha approvato il documento regionale "Nutrizione Artificiale Domiciliare – Documento di percorso assistenziale condiviso", individuando nel **Team Nutrizionale Multidisciplinare (TNM)** il modello organizzativo di riferimento per la gestione della nutrizione artificiale domiciliare.

Il medesimo documento prevede che, per gli assistiti ospitati presso RSA/RSD, la fornitura possa essere prescritta dal medico del TNM della struttura stessa oppure validata dall'Unità Operativa di Nutrizione Clinica (UONC)/TNM di riferimento del paziente, anche mediante modalità a distanza.

La DGR n. XII/1812 del 29 gennaio 2024 e la DGR n. XII/4437 del 26 maggio 2025 hanno inoltre rafforzato il principio della presa in carico nutrizionale, prevedendo l'attivazione dello screening nutrizionale obbligatorio e il raccordo con i percorsi regionali dedicati alla gestione del rischio di malnutrizione.

In tale contesto, la progressiva digitalizzazione del percorso prescrittivo attraverso la piattaforma regionale **Assistant RL** rende necessario definire indirizzi omogenei per la prescrizione, il rinnovo e il monitoraggio della nutrizione artificiale nei pazienti ospitati presso RSA/RSD.

2. Modello organizzativo di riferimento

Il **TNM** rappresenta il modello organizzativo di riferimento e l'assetto ottimale per la gestione dei pazienti in NAD.

La presenza del TNM consente infatti di garantire:

- Appropriatezza della valutazione clinico-nutrizionale;
- Corretta impostazione del programma nutrizionale;
- Monitoraggio del trattamento;
- Gestione delle eventuali complicanze;
- Raccordo con i servizi coinvolti nel percorso.

Le RSA/RSD sono pertanto chiamate, ove possibile, a dotarsi di un TNM secondo quanto previsto dalla normativa regionale vigente.

3.1 RSA/RSD dotata di TNM

La RSA/RSD dotata di TNM formalmente costituito assicura direttamente la prescrizione, il rinnovo e il monitoraggio della nutrizione artificiale.

Il medico prescrittore afferente al TNM può essere abilitato alla piattaforma regionale Assistant RL per la gestione dei pazienti ospitati presso la struttura.

In considerazione della specificità del setting sociosanitario e al fine di favorire una maggiore capillarità della presa in carico nutrizionale, limitatamente alle RSA/RSD può essere previsto un assetto funzionale minimo del TNM, costituito almeno da un medico con comprovata esperienza nella gestione della nutrizione artificiale, da un dietista e da un infermiere.

3.2 RSA/RSD priva di TNM ma dotata di medico con comprovata esperienza - prescrittore interno

Nelle RSA/RSD prive di TNM formalmente costituito può essere individuato almeno un medico prescrittore interno alla struttura.

Il medico individuato deve possedere comprovata e documentata esperienza nella gestione della NAD, evincibile dal curriculum professionale, dall'attività svolta e/o dalla partecipazione a percorsi formativi regionali dedicati.

In considerazione della specificità del setting sociosanitario e al fine di garantire continuità assistenziale e tracciabilità prescrittiva, il medico può essere abilitato alla prescrizione della NAD tramite piattaforma regionale Assistant RL, limitatamente ai pazienti ospiti dell'RSA/RSD in cui opera.

È auspicabile che la RSA/RSD, anche qualora disponga di un medico prescrittore interno, garantisca un raccordo strutturato con una UONC o con un TNM di riferimento, mediante accordo o altra modalità formalizzata, al fine di assicurare, ove necessario, visita, televisita, teleconsulto, rivalutazione dei casi complessi e supporto specialistico in caso di modifiche rilevanti del programma nutrizionale.

La modalità organizzativa di cui sopra non si applica alle unità dedicate alle persone in stato vegetativo, per le quali restano fermi i requisiti organizzativi previsti dalla normativa regionale vigente.

3.3 RSA/RSD priva di medico con comprovata esperienza - referente interno

Le RSA/RSD prive di un TNM formalmente costituito e di un medico interno con comprovata esperienza nella gestione della nutrizione artificiale domiciliare (NAD) devono formalizzare un accordo con una UONC o con un TNM di riferimento, che garantisca modalità organizzative dedicate, quali agende o slot riservati, per la presa in carico, la valutazione e il follow-up dei pazienti.

In tali casi, la RSA/RSD deve comunque individuare almeno un **medico referente interno**, abilitato alla piattaforma regionale **Assistant RL**, con il compito di garantire il raccordo tra il paziente, la struttura sociosanitaria e il centro di riferimento.

Il medico referente interno assicura la collaborazione clinico-assistenziale con la UONC/TNM di riferimento, anche mediante televisita o teleconsulto, e può gestire, secondo le indicazioni del centro di riferimento e nell'ambito della piattaforma Assistant RL, i rinnovi prescrittivi per i pazienti già in trattamento e clinicamente stabilizzati, qualora non sia necessaria una nuova valutazione specialistica in relazione alle condizioni cliniche del paziente.

4. Supplementi Nutrizionali Orali

In linea con quanto previsto dal Decreto n. 14274/2021, la fornitura in regime di SSR di Supplementi Nutrizionali Orali — ONS — nei pazienti ospiti in RSA/RSD è possibile nei seguenti casi.

- Prescrizione da parte di UONC o TNM.

La fornitura di ONS può essere prescritta da medici afferenti a una UONC o da medici afferenti a un TNM, limitatamente ai pazienti che presentino un insufficiente apporto calorico, con l'obiettivo di ritardare o evitare il ricorso alla nutrizione enterale domiciliare tramite sonda — NED — o alla nutrizione parenterale domiciliare — NPD.

Tale possibilità è prevista esclusivamente per pazienti affetti da una delle seguenti condizioni:

- Neurologica associata a disfagia;
- Oncologica in fase di trattamento attivo e limitatamente a prodotti liquidi o creme, ipercalorici, ipercalorici iperproteici e normocalorici iperproteici.

Il paziente deve avere un documentato rischio nutrizionale (punteggio NRS 2002 ≥ 3 o MUST ≥ 2).

- Prescrizione da parte di UONC o da parte del TNM previa valutazione congiunta con UONC.

Al di fuori delle condizioni riportate al punto 1 la prescrizione può essere effettuata:

- Da medici afferenti a una UONC;
- Oppure da medici afferenti a un TNM, ma solo previo teleconsulto o valutazione congiunta documentata con una UONC.

Anche in questo caso, la fornitura è limitata ai pazienti con insufficiente apporto calorico, per i quali si intenda ritardare o evitare il ricorso alla NED tramite sonda o alla NPD, anche per tutte le altre patologie severamente impattanti sullo stato di nutrizione e per tutte le altre formulazioni (polveri, prodotti modulari, etc.). Il paziente deve avere un documentato rischio nutrizionale (punteggio NRS 2002 ≥ 3 o MUST ≥ 2).

I TNM possono quindi prescrivere la fornitura di ONS esclusivamente attivando un teleconsulto/valutazione congiunti documentati con un medico afferente ad una UONC per una valutazione collegiale del paziente.

5. Presa in carico degli ospiti delle strutture residenziali e formazione

Si ricorda, inoltre, quanto previsto dalla DGR n. 1812/2024, che dispone che le ASST territorialmente competenti attivino percorsi di presa in carico degli ospiti delle Unità di Offerta sociosanitarie residenziali che risultino a rischio alto a seguito dello screening nutrizionale.

In tale contesto, nei pazienti dimessi da strutture per acuti e trasferiti o rientranti presso strutture residenziali, deve essere assicurata un'adeguata valutazione dello stato nutrizionale, al fine di individuare precocemente eventuali condizioni di rischio o di malnutrizione e garantire la continuità della presa in carico nutrizionale.

A supporto dell'attuazione omogenea delle indicazioni regionali, si promuove la realizzazione di iniziative informative e formative rivolte alle RSA/RSD, anche attraverso il coinvolgimento delle ASST e delle ATS territorialmente competenti, con particolare riferimento alla nutrizione clinica, alla Nutrizione Artificiale Domiciliare e all'utilizzo della piattaforma Assistant.

È altresì favorita la partecipazione dei medici prescrittori e dei referenti individuati dalle RSA/RSD ai percorsi formativi regionali dedicati, quale elemento utile a rafforzare l'appropriatezza prescrittiva, la continuità assistenziale e il corretto utilizzo degli strumenti regionali di supporto alla presa in carico nutrizionale.

Accreditamento

Provvedimenti inerenti alla classificazione dei Presidi sede di Pronto Soccorso, DEA di I livello e DEA di II livello

Si conferma che i provvedimenti inerenti alla classificazione dei Presidi sede di Pronto Soccorso, dei DEA di I livello e dei DEA di II livello saranno adottati nell'ambito del percorso di revisione della rete regionale dell'emergenza-urgenza e della contestuale revisione dei requisiti di autorizzazione e accreditamento delle strutture dell'emergenza-urgenza, al fine di garantire la piena coerenza tra la classificazione della rete, i requisiti di autorizzazione e accreditamento e gli indirizzi della programmazione regionale, nel rispetto degli standard di cui al D.M. 2 aprile 2015, n. 70.

Riclassificazione Terapie Intensive Neonatali, Terapie Subintensive Neonatali e Neonatologie/Patologie Neonatali

Con riferimento al percorso di riclassificazione delle attività di Terapia Intensiva Neonatale (TIN), Terapia Subintensiva Neonatale e Neonatologia/Patologia Neonatale, si conferma integralmente quanto disposto con la nota della Direzione Generale Welfare prot. n. G1.2026.0022932 del 21 maggio 2026, con la quale è stato prorogato al 31 ottobre 2026 il termine per la presentazione alle ATS delle istanze di riclassificazione da parte degli Enti interessati, precisando che le ATS e la Direzione Generale Welfare procedono secondo le tempistiche e le modalità istruttorie previste dalla D.G.R. n. XI/6677/2022 e che resta ferma la possibilità per gli Enti già in possesso dei requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici previsti dalla normativa vigente di presentare l'istanza di riclassificazione anche prima della predetta scadenza. Si conferma, altresì, che le procedure di riclassificazione dovranno essere svolte tenendo conto delle disposizioni introdotte dalla D.G.R. XII/6434 del 6 luglio 2026 recante "Determinazioni in ordine all'applicazione dei requisiti di autorizzazione e accreditamento relativi alle attività di Terapia Intensiva Neonatale (TIN), Terapia Subintensiva Neonatale e Neonatologia/Patologia Neonatale", che ha fornito specificazioni applicative e interpretative dei requisiti di autorizzazione e accreditamento delle predette attività.

Riclassificazione delle Unità Spinali (codice 28)

Si conferma che, nell'ambito della revisione dei requisiti di autorizzazione e accreditamento, sarà disciplinata la riclassificazione delle attività afferenti al codice 28 – Unità Spinale, al fine di definirne una classificazione coerente con il modello organizzativo regionale e con gli standard assistenziali di

riferimento. Contestualmente, saranno fornite dalla Direzione Generale Welfare le indicazioni operative relative all'iter di riclassificazione, nonché alle procedure di autorizzazione e accreditamento delle strutture interessate.

Revisione delle modalità di verifica degli standard di dotazione organica ai fini dell'accreditamento sanitario e sociosanitario – DDO (ex Relocals)

In considerazione di quanto previsto dalla DGR n. 5589/2025 e tenuto conto dell'attività di revisione delle procedure di accreditamento sanitario e sociosanitario attualmente in corso da parte della Direzione Generale Welfare, il termine per la revisione della modalità di verifica degli standard di dotazione organica DDO (ex Relocals) per l'accreditamento delle Strutture sanitarie pubbliche e private, di cui alla DGR n. 38133/1998, nonché per l'accertamento quadrimestrale previsto dagli artt. 2 degli Allegati 1 e 2 alla DGR n. 47508 del 29/12/1999, è differito al 31/12/2027. Si demanda pertanto all'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA) l'elaborazione, entro il suddetto termine, di una proposta di procedura semplificata, da condividere con la DG Welfare, anche alla luce degli esiti dell'attività di revisione regionale in corso.

Controlli NOC

Attività di controllo

In riferimento al Decreto Ministeriale del 10 dicembre 2009 “*Controlli sulle cartelle cliniche*” (Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.122 del 27.05.2010) e alle quote minime di attività in esso individuate, nonché in riferimento a quanto anticipato con la DGR n. XII/5589 del 30.12.2025 (par. 10.8.), si declina in dettaglio quanto segue:

- L'esercizio di controllo ad opera dei NOC delle ATS si svolgerà dal 1° gennaio 2026 al 31 dicembre 2026;
- La chiusura del debito informativo su piattaforma SMAF per le suddette attività di controllo, prevista, per l'esercizio 2026, entro il 10 gennaio 2027, potrà usufruire di un ulteriore mese da utilizzare per eventuali correzioni di errori, da effettuarsi quindi entro il 10 febbraio 2027;
- La quota di controllo attesa per le prestazioni di ricovero, per l'anno 2026, sarà di almeno il 12,5%;
- Precisamente, una quota fino a 6,5 punti percentuali (fino al 3% di qualità documentale e fino al 3,5% di congruenza ed appropriatezza generica) dei 12,5 sopra previsti potrà essere riferita ad attività di autocontrollo effettuate a cura dei soggetti erogatori secondo le modalità di selezione del campione e di successiva verifica dell'autocontrollo da parte delle ATS, stabilite dalla DGR n. X/1185/2013;
- Per i restanti 6 punti percentuali si conferma la priorità da riservarsi, da parte delle ATS, alla selezione di tipo mirato della casistica per le conseguenti verifiche di congruenza;
- All'interno della quota complessiva del 12,5% attesa per il controllo sui ricoveri, si procederà al controllo del 10% delle SDO riferibili al singolo anno solare di produzione per ente erogatore, come registrato nel flusso HSP11. Trattandosi di attività sull'anno in corso, la chiusura della relativa rendicontazione è prevista entro l'attività del mese di giugno dell'anno 2027 (anno solare 2026 invio con il flusso del debito NOC al 10 luglio 2027);
- La quota di controllo attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, per l'anno 2026, sarà di almeno il 3,5% delle pratiche, da effettuarsi, come di consueto, nei tempi e con le modalità previste dalle Regole di sistema, integralmente riconfermate con il presente atto. Precisamente, una quota fino a 3,425 punti percentuali dei 3,5 sopra previsti sarà riferita al controllo logico-formale/congruenza. A questo proposito si evidenzia che per questa tipologia di attività, caratterizzata da un alto numero di prescrizioni, è assolutamente necessario privilegiare i controlli di tipo logico-formale per verificare l'eventuale occorrenza di situazioni ad alto rischio di opportunismo e/o di errata modalità di erogazione/rendicontazione delle prestazioni. Per i restanti

0,075 punti percentuali si rinnova il controllo delle prestazioni indicate con flag 1 nel campo "Flag percorso interno di cura", selezionate e verificate con le modalità operative che saranno ridefinite per il 2026 dalla ACSS con propria Determinazione. In merito al calcolo della quota attesa di controllo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, si definisce che sono escluse dalla base campionaria i volumi riferiti a produzione con flag S ("sanzionabili") poiché si tratta di produzione già oggetto di decurtazione economica a livello regionale e per la quale non è quindi indicato il campionamento ad opera delle ATS, perché privo di finalità di verifica sulla corretta allocazione delle risorse e al contempo potenzialmente foriero di erroneo raddoppiamento delle decurtazioni. Nel merito delle modalità di effettuazione e di trasmissione dei controlli sulle prestazioni sanitarie di ricovero e delle relative tempistiche, sono definite, per l'esercizio 2026, le disposizioni per le attività di autocontrollo da parte degli Erogatori, come da sintesi riportata di seguito:

1 Autocontrollo qualità documentale (3%)

dimessi dal 1° gennaio 2026

ATS:

- Campionamento casuale (numerosità = 3% produzione 2025) su gennaio-marzo 2026;
- Invio ad Erogatori elenchi cartelle cliniche campionate.

Erogatore:

- Invio esiti autocontrollo solo in ATS (no correzioni in Regione su campione) entro il 30 giugno 2026.

ATS:

- Campionamento quota parte del 3% iniziale, per verifica di concordanza;
- In concordanza, no sanzionamento per errore;
- In discordanza, estensione a intero campione autocontrollo e sanzionamento per errore (se decurtazione economica $\geq 5\%$);
- Invio esiti quota parte controllo ATS ed autocontrollo Erogatore in Regione entro il 10.01.27 (con possibilità di correggere errori fino al 10.02.27).

2 Autocontrollo congruenza e appropriatezza generica (3,5%)

dimessi dal 1° gennaio 2026

Erogatore:

- Piano di Controllo aziendale (invio in ATS entro 31 gennaio 2026), che esplicita in maniera ragionata i criteri di campionamento e le modalità organizzative utilizzati;
- Campionamento mirato o casuale o misto (numerosità = 3,5% produzione 2025) su gennaio-aprile 2026;
- Invio mensile in ATS elenchi cartelle cliniche campionate;
- Invio esiti autocontrollo solo in ATS (NO correzioni in Regione su campione) entro il 30 giugno 2026.

ATS:

- Segnalazione criticità Piano di Controllo aziendale;
- Campionamento quota parte del 3,5% iniziale, per verifica di concordanza;
- In concordanza, no sanzionamento per errore;
- In discordanza, estensione a intera produzione disponibile e sanzionamento per errore (se decurtazione economica $\geq 5\%$);
- Invio esiti quota parte controllo ATS ed autocontrollo Erogatore in Regione entro il 10.01.27 (con possibilità di correggere errori fino al 10.02.27).

Si chiarisce che, stante la natura dei controlli sulle prestazioni sanitarie, tesi a garantire la corretta allocazione delle risorse economiche per i singoli episodi di assistenza esaminati, i campioni di autocontrollo non devono contenere pratiche “non” finanziate, le quali non possono quindi entrare nel computo delle quote percentuali attese.

Si ricorda l'obbligo di invio, alla DG Welfare e all'ACSS, dell'elenco aggiornato dei componenti del NOC delle ATS, comprensivo delle eventuali modifiche.

Le descritte funzioni di controllo saranno condotte dalle ATS integrandosi e coordinandosi con il contenuto del Piano dei Controlli e dei Protocolli Quadro dell'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario lombardo.

Si precisa che, su necessità di Regione è possibile controllare ulteriori tipologie di prestazioni in regime di ricovero in degenza ordinaria o regime ambulatoriale (ad es. prestazioni erogate a cittadini residenti in altre regioni).

Controlli attività codici 75

Si riconferma che nelle more della piena applicazione dei dettami del DM 21 del 05/08/2021, le modalità di verifica per quanto attiene ai ricoveri riabilitativi che rientrano nei reparti identificati col codice 75 devono conformarsi ai dettami normativi definiti precedenti da Regione Lombardia (DGR X/6006 del 2016 verifica appropriatezza e riabilitazione).

Riabilitazione per acuti

Stesura programma riabilitativo individuale (p.r.i.)

In riferimento ai contenuti della DGR n. XII/5763 del 23.02.2026, con la quale è stato modificato il paragrafo 10.4.1. della DGR n. XII/5589/2025, definendo che “il fisioterapista procede alla definizione del programma riabilitativo individuale (p.r.i.) con scala/e di valutazione della disabilità/necessità riabilitativa”, tenuto conto che nell'ambito delle professioni sanitarie della Riabilitazione, operano anche altre figure professionali – quali logopedisti, terapisti occupazionali, ecc. – coinvolte, ciascuna per le proprie competenze, nella presa in carico riabilitativa del paziente, questi ulteriori professionisti possono predisporre il p.r.i.

Sistema Regionale Trapianti

Emanazione di atto regionale (Decreto) di rinnovo delle autorizzazioni al trapianto di organi da cadavere nelle strutture regionali, sulla base degli esiti delle visite ispettive condotte nel bimestre maggio-giugno 2026 (entro il 30/11/2026)

A seguito delle visite ispettive condotte nel bimestre maggio-giugno 2026 presso le strutture regionali autorizzate al trapianto di organi da cadavere, sono stati trasmessi alle strutture interessate i verbali di visita e le richieste delle eventuali azioni correttive.

Le strutture trasmettono il report delle azioni correttive adottate entro il 30/09/2026.

All'esito della valutazione dei report pervenuti, viene predisposto un unico decreto di rinnovo delle autorizzazioni al trapianto di organi da cadavere, con atto comune a tutte le strutture regionali interessate.

Integrazione degli Eventi Avversi del Sistema Regionale Trapianti nella Gestione del Rischio Clinico Ospedaliero

Gli Eventi Avversi che si verificano in uno o più strutture della filiera di processo donazione-trapianto vengono gestiti in linea con le indicazioni CNT. Alla luce di alcuni casi recenti di EA, si rileva la necessità di ricondurre tali eventi alla valutazione sistematica integrata tramite le strutture preposte del rischio clinico aziendale. Si propone quindi di definire, entro il 31/12/26, con il coinvolgimento del Rischio Clinico Regionale e del Coordinamento Regionale Trapianti: il flusso di comunicazione degli EA, le modalità di coinvolgimento del Risk Manager delle strutture coinvolte nell'RCA, la verifica delle eventuali azioni correttive individuate, l'informativa alle Direzioni Sanitarie delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate.

HTA (Health Technology Assessment)

Il paragrafo 4.7 "HTA (Health Technology Assessment)" della 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 è stato rivisto alla luce della DGR XII/6256 del 8.6.2026 e 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 priorizza 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 al Centro Regionale. 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, è in fase di revisione, con avviso pubblico specifico approvato da Decreto n. 8548 del 29.06.2026; 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->

[technologyassessment/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.

Il programma di formazione base in HTA coinvolgerà le Aziende Sanitarie pubbliche e private accreditate con corsi effettuati per il tramite di Accademia POLIS.

Negoziazione sanitaria

Rispetto ai possibili spostamenti di budget autorizzabili nel prossimo semestre si ricorda che per l'anno 2026 sono possibili:

- 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 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 il 2026 è possibile spostare una quota di budget da ricovero per lombardi al 97% del budget ambulatoriale; tale quota confluirà nei sotto-budget relativi al Pronto Soccorso e all'attività indistinta.

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, previa verifiche sulla completezza dei flussi informatici, in accordo con l'erogatore e previa autorizzazione della Direzione Generale 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 DGW, 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 DGW provvederà a comunicare l'eventuale approvazione delle rimodulazioni alle ATS territorialmente competenti.

Attività di ricovero e cura

Si conferma che, come per il passato, le prestazioni erogate a favore di cittadini comunitari e STP con onere di degenza 7 e 9, non sono incluse nei budget e saranno pertanto remunerate secondo le specifiche regolamentazioni.

Fuori regione

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 sulla mobilità tra regioni e l'attenzione alla appropriatezza si tramutano in un aumento della percentuale di regressione tariffaria, per i pazienti dimessi dal 01/10/2026 in poi la percentuale di regressione tariffaria sarà pari al 5,25%.

IRCCS

Nel 2026 è stato introdotto nei contratti un livello minimo di DRG di alta complessità da garantire ed incrementato del 10% sulla base della produzione erogato 2025 per le prestazioni di alta complessità da garantire.

La definizione dell'area tematica di riferimento con % variabili sulla base della produzione erogata 2025 sarà definita in modo differente per il budget 2026 e 2027, così da non sovrapporsi agli incrementi precedenti. Le % saranno identificate con specifico atto della DG welfare.

Attività ambulatoriale

Si conferma che, come per il passato, le prestazioni erogate a favore di cittadini comunitari e STP con onere di degenza 7 e 9, non sono incluse nei budget e saranno pertanto remunerate secondo le specifiche regolamentazioni.

Per le prestazioni di elettrofisiologia cod. 37.79.1, 86.05.2, 37.85, 37.86, 37.87 si definisce che, a decorrere dal 1° gennaio 2026, rientrano nel novero delle prestazioni di bassa intensità chirurgica BIC, pertanto classificate nell'elenco delle prestazioni IHca e non H.

L'adeguamento contrattuale, con riconoscimento delle prestazioni nel budget ambulatoriale, avverrà a consuntivo spostando il budget pari all'attività effettivamente erogata dai budget dei ricoveri, rispettivamente regionali ed extraregionali, al 97% dei budget ambulatoriali.

EROGATORI DI DIRITTO PUBBLICO

Si ribadisce che le % di regressione in vigore sono applicate sia agli erogatori privati che pubblici. Eventuali ulteriori indicazioni verranno in seguito fornite da Direzione Generale Welfare.

EROGATORI PRIVATI ACCREDITATI A CONTRATTO

Gli erogatori potranno richiedere il ricalcolo del budget ambulatoriale e dei relativi sotto-budget, applicando l'algoritmo utilizzato per la definizione dei sotto-budget del vigente contratto 2026, agli importi definitivi dei budget 2025, successivi alla rimodulazione.

Per il 2026, in fase di prima applicazione e a tutela della continuità del percorso di cura dei pazienti già in carico, sarà possibile lo spostamento nella misura massima dell'1,5% del budget complessivo (escluso il sotto-budget di screening) tra il sotto-budget Pronto Soccorso e indistinto e quello di Laboratorio.

Al fine di preservare le prestazioni di laboratorio a favore dei pazienti RSA/RSD (nel flusso 28/SAN campo provenienza=5) e dei pazienti in carico alle Cure domiciliari ADI e CP (nel flusso 28/SAN campo tipo ricetta=AD), le prestazioni, come sopra identificate, confluiscono all'interno del budget ambulatoriale indistinto.

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 DGW, 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 DGW provvederà a comunicare l'eventuale approvazione delle rimodulazioni alle ATS territorialmente competenti.

Per quanto riguarda la quota minima di raggiungimento degli Obiettivi relativi all'incremento/mantenimento dei volumi delle prestazioni PNGLA di prima visita per avere accesso alle risorse destinate alle cosiddette "quote vincolate" si conferma che, come previsto al capitolo 10.22.2 Attività Sanitaria della DGR 5589 del 30/12/2025, la percentuale minima necessaria è il 90%.

Per calcolare l'accesso all'incremento vincolato l'obiettivo PNGLA è diviso in sottogruppo "prime visite" e sottogruppo "altre PNGLA" per i quali sono definite soglie diverse:

- $\geq 90\%$ PNGLA prime visite;
- $\geq 95\%$ PNGLA altre;
- $\geq 95\%$ COLON;
- $\geq 95\%$ Controlli.

Maggiorazioni tariffarie

L'aggiornamento dei criteri delle maggiorazioni tariffarie avverrà nel secondo semestre 2026.

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.

I criteri di dimensionamento dei nuovi criteri accompagneranno analisi e revisione dei budget disponibili agli enti di riferimento per ottenere piena coerenza delle nuove applicazioni normative.

GESTIONE DEL PERSONALE

Procedure di reclutamento del personale

Conferimento di incarichi di direzione di struttura complessa

Nell'ambito dell'autonomia organizzativa aziendale e dei principi di cui all'art. 15, comma 7-bis, del D.Lgs. n. 502/1992 nonché delle Linee di indirizzo regionali approvate con D.G.R. n. X/553 del 2 agosto 2013, si richiama l'attenzione degli Enti in materia di procedure per il conferimento di incarichi di direzione di struttura complessa a dirigenti sanitari al rispetto del principio del favor participationis al fine di includere tutte le professionalità potenzialmente in possesso dei requisiti previsti dall'ordinamento, nel rispetto delle specifiche esigenze organizzative e funzionali individuate dall'Azienda.

Incarichi di cui all'articolo 15 septies e 15 octies del D.Lgs. n. 502/92

Si richiamano gli Enti del SSR al rispetto delle disposizioni per il conferimento degli incarichi di cui all'art. 15 septies e 15 octies del D. Lgs. n. 502/1992. A partire dalla data di adozione del presente provvedimento, il conferimento degli incarichi, come pure il rinnovo dei medesimi, è subordinato alla preventiva autorizzazione della Direzione Generale Welfare che in sede di autorizzazione terrà conto del parere del Collegio Sindacale anche in ordine al rispetto delle percentuali di assunzione previste nonché della copertura finanziaria come stabilite dal D. Lgs. n. 502/1992. Si rammenta il divieto di procedere alla copertura delle Strutture Complesse di Area Sanitaria mediante il ricorso a contratti a tempo determinato di cui all'art. 15 septies, come previsto dall'art. 15 c. 7-quinquies del D. Lgs. n. 502/92. In sede di preconsuntivo, gli Enti sono tenuti a trasmettere ai competenti uffici della Direzione Generale Welfare l'elenco di tutti gli incarichi attribuiti con indicazione dell'esatta tipologia dell'incarico, del nominativo dell'incaricato, la data di attivazione e quella di cessazione.

Procedure di stabilizzazione del personale

L'istituto della stabilizzazione non può essere utilizzato in difformità rispetto ai presupposti normativi vigenti, con riferimento alle procedure inerenti il personale del Servizio sanitario nazionale, disciplinate dall'articolo 1, comma 268, lettera b), della legge 30 dicembre 2021, n. 234, e successive modifiche e proroghe, gli Enti assicurano il rigoroso rispetto dei relativi presupposti applicativi, in ragione della finalità dell'istituto, volto al superamento del precariato.

La procedura di stabilizzazione presuppone la condizione di personale precario e non può essere utilizzata per il reclutamento di personale già titolare di un rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato, anche presso diversa amministrazione pubblica, indipendentemente dal profilo, area o qualifica di destinazione, secondo l'orientamento consolidato della Corte di Cassazione (Cass. civ., Sez. lav., n. 6310/2021 e ord. n. 31656/2023) e gli indirizzi espressi dall'Organismo Regionale per le Attività di Controllo (ORAC) della Lombardia.

Personale gravante su voci di costo beni e servizi

Con riferimento ai tetti di spesa regionali previsti dal comma 28 dell'art. 9 DL 78/2010 aggiornato con i nuovi limiti previsti dal Decreto Legge 02/03/2024, n. 19, gli Enti a partire dall'assestamento 2026 e nelle successive rendicontazioni economiche (CET, preconsuntivo e consuntivo) dovranno attestare e far certificare dal Collegio sindacale le spese riferite al personale a tempo determinato e ai contratti di lavoro atipici che sono strettamente necessarie a garantire la corretta conduzione dell'iter diagnostico terapeutico e la piena operatività dell'attività di emergenza-urgenza.

POAS

Revisione dei POAS 2022-2026 – Strutture Complesse afferenti a discipline eccedenti gli standard del D.M. 70/2015

Le proposte di revisione dei Piani di Organizzazione Aziendale Strategici 2022-2024 (POAS) dovranno essere formulate in coerenza e conformità agli indirizzi di programmazione di cui alla D.G.R. XII/5247 del 3 novembre 2025 con specifico riferimento al percorso regionale di riallineamento agli standard previsti dal D.M. 2 aprile 2015, n. 70 in materia di articolazione delle strutture complesse.

In tale quadro, le revisioni dei POAS non potranno, salvo motivate e puntuali deroghe, prevedere incrementi del numero di Strutture Complesse riferite alle discipline individuate come eccedenti rispetto ai predetti standard.

Considerata la rilevanza strategica, per la rete regionale, del percorso di allineamento agli standard del D.M. 2 aprile 2015, n. 70, qualora la proposta di revisione del POAS comporti un incremento del numero complessivo di Strutture Complesse la contestuale riclassificazione, declassamento ovvero soppressione di Strutture Complesse afferenti a discipline individuate come eccedenti, costituirà elemento prioritario e qualificante ai fini della valutazione istruttoria.

Procedure di manutenzione semplificata dei POAS

Rispetto agli aggiornamenti POAS e alle relative modalità operative di cui al comma 3 dell'art 25 del protocollo di cui alla DGR 5887 del 23 marzo 2026 avente ad oggetto "Protocollo d'intesa tra la Regione Lombardia e le università lombarde sedi delle facoltà di medicina e chirurgia ai sensi dell'art. 29 della L.R. 30 dicembre 2009 n. 33 e s.m.i. - (di concerto con l'Assessore Fermi) - (a seguito di parere della Commissione consiliare)", gli stessi devono intendersi riferiti a modifiche di strutture complesse e pertanto rimane salva la possibilità per gli Enti interessati di accedere alle procedure di manutenzione semplificata dei POAS previste al paragrafo 11.6 della DGR XII/5589 DEL 30/12/2025.

Strutture a valenza regionale e coordinamento

Con riferimento alla DGR XI/6608 del 30/06/2022 avente ad oggetto "Individuazione delle unità operative a valenza regionale a supporto delle attività della unità organizzativa prevenzione, della unità organizzativa veterinaria e della unità organizzativa personale, professioni del SSR e sistema universitario della DG WELFARE, ai sensi dell'art 5 comma 5 ter L.R. 33/2009 - primo provvedimento", si implementano le funzioni della U.O. a valenza regionale Risorse Umane della ATS Città Metropolitana di Milano con l'ulteriore funzione di individuazione e coordinamento di personale con specifiche competenze da destinare al supporto delle U.O. della Direzione Welfare su tematiche e progettualità inerenti la programmazione sanitaria e sociosanitaria.

In merito alle U.O. designate per il ruolo di supporto al coordinamento delle Strutture Acquisti e per il supporto alla DG Welfare per le attività di programmazione e progettazione delle procedure di gara per la rete acquisti regionali, le ASST individuate potranno prevedere un adeguato rafforzamento organizzativo della Struttura Acquisti, sia in termini di risorse umane che di competenze professionali, mediante la costituzione di un nucleo multidisciplinare con profili specialistici in materia di contratti pubblici, programmazione degli acquisti e gestione delle procedure di gara, integrato altresì da un adeguato presidio giuridico a supporto delle relative attività.

Al personale a supporto della DG Welfare si applicano le disposizioni previste per le altre forme contrattuali di cui al punto 2 All. A) Decreto del Direttore Centrale della Direzione PNRR Olimpiadi e digitalizzazione n. 11939 del 01/08/2024 "Approvazione aggiornamento del documento "regole per l'utilizzo dei servizi infotelematici della Giunta Regionale".

Determinazioni in ordine agli obiettivi di prevenzione collettiva per le ATS

Con riferimento al capitolo §11.2.1 della DGR XII/5589/2025 si implementano le previsioni secondo quanto di seguito indicato.

Al fine di assicurare il potenziamento delle attività di controllo in materia di salute e sicurezza sul lavoro e, conseguentemente, di ampliare la platea dei soggetti legittimati allo svolgimento delle relative funzioni di vigilanza e ispezione è soppresso il comma 2.0, rubricato “Riconoscimento della qualifica per un solo campo di attività” della circolare n. 15/San del 20 maggio 1988, approvata con deliberazione esecutiva della Giunta regionale n. 32327 del 3 maggio 1988, recante “Operatori con compiti di vigilanza e ispezione in materia di igiene e sanità pubblica e di tutela della salute nei luoghi di lavoro: procedure per il riconoscimento della qualifica e per il rilascio della relativa tessera”.

Ne consegue che i dirigenti sanitari e i tecnici della prevenzione assegnati ai servizi di vigilanza e ispezione in materia di igiene e sanità pubblica possono essere impiegati, al di fuori del debito orario dovuto, nello svolgimento di attività ispettive e di controllo afferenti alla tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, subordinatamente al possesso della specifica qualifica di Ufficiale di Polizia Giudiziaria (UPG).

Tali attività rientrano nelle previsioni della DGR 6387/2026 e del capitolo §11.1.6 della DGR 5589/2025 in cui si specifica che *“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.”*

Nell’ambito delle attività di controllo in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, il personale sopra individuato può essere impiegato, previa attestazione della partecipazione a specifici percorsi formativi qualificanti in tema tutela della salute nei luoghi di lavoro organizzato dalle ATS competenti, nello svolgimento di attività ispettive, di verifica e di controllo afferenti alle seguenti aree di intervento:

- Verifica relative alla diffusione della legionella;
- Ispezioni e i controlli presso i pubblici esercizi;
- Verifiche dell’attuazione del piano pandemico regionale e del rischio biologico presso le strutture sanitarie e sociosanitarie;
- Attività di ispezione e controllo reach/clp.

Seguiranno indicazioni regionali per le tematiche di cui sopra per le parti di competenza sanitaria dalla U.O. Prevenzione.

PREVENZIONE & PUBLIC HEALTH

I) Ulteriori indicazioni in merito all'utilizzo dei fondi di cui alla DGR 6387/2026

A. Le ATS, entro il 31/12/2026 e in coerenza con quanto previsto dall'art.13 comma 6-quater del D.lgs. n. 81/2008, possono impiegare le minori spese (rispetto alle assegnazioni e alle finalità di cui alla DGR. N° 6387/2026), per:

1. Attivare progettualità orientate all'aumento della partecipazione agli screening oncologici;
2. Attivare progettualità orientate all'aumento della partecipazione alla offerta vaccinale con particolare attenzione alla offerta per la campagna antinfluenzale e l'offerta della vaccinazione HPV;
3. Acquisire strumentazioni per il laboratorio di Prevenzione previa raccordo con la U.O. a valenza regionale e la programmazione regionale;
4. Garantire uniformità delle divise per il personale DIPS;
5. Garantire adeguata strumentazione informatica/parco macchine per supporto attività DIPS.

Le eventuali progettualità di cui ai precedenti punti 1 e 2 devono essere preventivamente approvate dalla U.O. Prevenzione e possono prevedere campagne per aumentare la conoscenza, la possibilità di accesso e il coinvolgimento della popolazione anche con la partecipazione degli enti del terzo settore. Si precisa che le attività di comunicazione ai cittadini saranno verificate e coordinate in accordo con la U.O. Organizzazione offerta, progetti trasversali e ricerca.

Con le stesse risorse l'ATS Milano è autorizzata ad avviare un Progetto di Fattibilità Tecnico-Economica (ex D.lgs. 36/2023, art. 41) per l'eventuale realizzazione del campus della prevenzione denominato "Campus della prevenzione". Il Progetto di Fattibilità Tecnico-Economica (essendo il primo livello della progettazione) è finalizzato a individuare la migliore soluzione progettuale possibile in termini di costi/benefici. La Casa della Prevenzione è uno spazio multifunzionale che prevede:

- Centro della prevenzione: palazzina comprendente auditorium, laboratorio di simulazione/formazione avanzato, area esercitazioni (es dpi/attrezzature da lavoro) e galleria;
- Parco tematico con installazioni per area antincendio, percorso sicurezza, prova DPI, prova estintori, area primo soccorso, area formazione con manichino, zona equipaggiamento, area caschi e imbraghi, simulatore di caduta;
- Uffici operatori (PSAL): area strumentazione, spazio fotosegnalazione, raccolta testimonianze, ambulatorio.

B. Al fine di dare piena e completa attuazione alle disposizioni della DGR 1686/23 le ATS approvano, oppure aggiornano, i rispettivi regolamenti per la gestione del parco automezzi definendo, almeno per i Servizi PSAL, le modalità di impiego dei dispositivi supplementari acustici e luminosi di cui all'articolo 177 del C.D.S., nei casi di urgente servizio di istituto. Le ATS trasmettono alla DG Welfare – U.O. Prevenzione gli atti di approvazione dei regolamenti entro il 31/12/2026;

C. Nel capitolo "Determinazioni in ordine agli obiettivi di prevenzione collettiva per le ATS" a cura della U.O. Risorse umane del SSR sono presenti indicazioni dedicate all'utilizzo dei fondi di cui alla DGR 6387/2026.

II) Approvazione della modifica all'art. 10 del Regolamento Regionale 14 giugno 2022 - n. 4 Regolamento di attuazione del Titolo VI bis della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)

In premessa si richiama che il tema del vincolo della distanza per la realizzazione di una casa funeraria viene disciplinato, oltre che al comma 5 dell'art. 70 bis della l.33/2009, nel regolamento regionale n.4 del 14 giugno 2022 che all'art. 10 (Case funerarie) dispone che al comma 1. *Le case funerarie, fatte salve quelle già esistenti alla data di entrata in vigore del presente regolamento: ... b) non possono trovarsi a distanza inferiore a cento metri dal perimetro di strutture sanitarie, sociosanitarie, socioassistenziali e hospice, di crematori o a distanza inferiore a cento metri dalla fascia di rispetto dei cimiteri, fatta salva la facoltà dei comuni di stabilire una distanza maggiore in relazione alle specificità territoriali*

Nella logica che disciplina l'attività funeraria, una distanza minima per la realizzazione delle case funerarie è funzionale a prevenire ogni forma, anche indiretta, di rapporto privilegiato tra struttura sanitaria e impresa funebre che gestisce la casa funeraria in relazione all'aspetto della concorrenza leale tra imprese ed a quello della tutela della libera scelta dell'impresa da parte degli aventi titolo del defunto.

Considerato pertanto, che le strutture per le quali deve valere il vincolo della distanza sono quelle in cui si realizza la concreta probabilità che i pazienti vi possano decedere, e cioè RSA, case di riposo, ospedali, case di cura, hospice ove, peraltro, per legge, deve essere presente una camera mortuaria e dove si gestisce l'evento luttuoso, e non altre strutture che rientrano nella ampia definizione di "sanitarie e socio-sanitarie"

Con ODG 1620/2025 al "PDL 141 "SECONDA LEGGE DI REVISIONE NORMATIVA ORDINAMENTALE 2025" è stata evidenziata l'esigenza di una modifica normativa per superare le numerose incertezze interpretative dei comuni e delle ATS e per chiarire in modo inequivocabile i casi in cui è necessario e corretto prevedere il vincolo della distanza per la realizzazione di una casa funeraria, e pertanto si prevede di

- Modificare la lettera b) del comma 1 dell' art. 10 del Regolamento e nello specifico sostituire la lettera b) del comma 1 con la seguente: *"b) non possono trovarsi a distanza inferiore a cento metri da strutture sanitarie e sociosanitarie, cioè strutture pubbliche o private che erogano prestazioni sanitarie o sociosanitarie in regime di ricovero e cura a ciclo continuativo, ovvero da hospice e crematori oppure a distanza inferiore a cento metri dalla fascia di rispetto dei cimiteri, la distanza è calcolata tra i corpi di fabbrica delle singole strutture, fatta salva la facoltà dei comuni di stabilire una distanza diversa in relazione alle specificità territoriali";*
- Disporre la trasmissione alla competente Commissione consiliare per l'acquisizione del parere previsto dall'articolo 42 dello Statuto;

III) Aggiornamento commissione vaccini DGR 6679 /2022

Facendo seguito alla DGR N° XI / 6679 del 18/07/2022 "COSTITUZIONE DELLA COMMISSIONE TECNICO CONSULTIVA REGIONALE PER INDIRIZZARE L'ATTIVITÀ IN MATERIA DI PROFILASSI VACCINALE (COMMISSIONE VACCINI)", al fine di integrare ulteriori professionalità si integrano nella Commissione Vaccini, come professionisti del SSR esperti in ambito specialistico, i seguenti nominativi:

- Dott.ssa Deborah Pezzola (Vaccinazioni) ASST Spedali Civili di Brescia;
- Dott.ssa Alessandra Mutti (Vaccinazioni) ASST FBF Sacco;
- Dott. Marco Severgnini (Vaccinazioni) ASST Crema;

- Dott. Alessandro Baldissera (Vaccinazioni) ASST FBF Sacco;
- Prof. Giuseppe Bellelli (Geriatría) IRCCS San Gerardo Monza;
- Prof.ssa Irene Cettin (Gravidanza e percorso nascita) ASST FBF Sacco;
- Dott.ssa Edda Pellegrini (Gravidanza e percorso nascita) ASST PAPA GIOVANNI XXIII di Bergamo.

IV) Ulteriori indicazioni in merito alla DGR n. XII/6059 del 27/04/2026

Con riferimento alla DGR n. XII/6059 del 27/04/2026 recante “Miglioramento dell’offerta nutrizionale nell’infanzia e nell’adolescenza tramite: l’approvazione del documento “Linee di indirizzo per la ristorazione scolastica - Regione Lombardia”; l’attivazione di sistemi di rilevazione della qualità dei capitolati della ristorazione scolastica; la sperimentazione presso la provincia di Brescia della rilevazione della qualità percepita e l’approvazione del progetto “ViviVero” nell’ambito della rete delle scuole che promuovono salute” si precisa quanto segue:

- Relativamente al punto 6 del deliberato si aggiunge “e comunque entro la fine dell’anno scolastico 2026/2027”;
- Relativamente al punto 8 del deliberato si precisa che la durata complessiva del progetto si intende fino alla fine dell’anno scolastico 2026/2027, mentre 7 mesi sono dedicati alla preparazione dei materiali di supporto.

V) Integrazioni alla DGR XII/5589 del 30/12/2025

In §Appendice 2 si riportano le modifiche/integrazioni relative ai paragrafi della DGR XII/5589 del 30/12/2025.

VI) Aggiornamento delle prestazioni previste nei programmi di screening

Si rimanda all’ §Appendice 3: *Elenco delle prestazioni previste nei programmi di screening*; si specifica che ove necessario per concludere il percorso di screening, possono essere utilizzati anche altri codici di prestazione non inseriti.

VETERINARIA

Attivazione applicativo Centro Unico di Prenotazione regionale (CUP), per prestazioni veterinarie per animali da compagnia

Al fine di garantire uniformità organizzativa, semplificazione amministrativa e maggiore accessibilità ai servizi veterinari erogati ai cittadini sul territorio lombardo, sulla base dell'esperienza sviluppata da ATS Insubria nell'ambito degli obiettivi assegnati alla Direzione Generale per l'anno 2024 che ha consentito di sperimentare con esito positivo un sistema informatizzato di prenotazione online per le principali prestazioni relative agli animali da compagnia, tra cui il rilascio del passaporto, l'iscrizione e l'aggiornamento del SINAC, l'identificazione mediante microchip e il rilascio di certificazioni sanitarie, si ritiene di estendere l'attivazione a livello regionale di tale sistema, demandando a successivi provvedimenti della Giunta regionale la definizione delle modalità operative.

Sostegno economico ai proprietari di animali d'affezione di cui al decreto ministeriale 30 aprile 2025 "Riparto del Fondo per il sostegno economico ai proprietari di animali d'affezione nel pagamento di spese veterinarie"

A seguito dell'avvenuto trasferimento delle risorse alle Regioni delle risorse previste dal DM 30 aprile 2025, è in corso di predisposizione il provvedimento di Giunta con cui verrà definito il riparto delle risorse tra le ATS e le modalità di attuazione dei rimborsi previsti per le spese veterinarie sostenute da cittadini con età superiore a 65 anni con ISEE inferiore a € 16.215 per triennio 2024-2026.

Personale assegnato ai Dipartimenti Veterinari Sicurezza Alimenti di origine Animale

Al fine di garantire la completa dotazione di personale assegnato si rende necessario procedere all'assunzione di nuovo personale fino al completamento della pianta organica assegnata.

FARMACEUTICA E PROTESICA

Farmaceutica convenzionata

Prevenzione contro l'uso improprio di oppioidi: Cannabis terapeutica e obbligo di dematerializzazione del Piano terapeutico

Alla luce del piano nazionale della Prevenzione contro l'uso improprio dei medicinali stupefacenti e oppioidi, e considerato la prescrizione rilevata di Cannabis terapeutica a carico del SSR, si rendono necessarie le seguenti disposizioni.

A partire da **ottobre 2026** sarà obbligatorio per l'erogazione a carico del SSR della Cannabis terapeutica la compilazione su POnline del Piano Terapeutico secondo le regole regionali di cui alla DGR n. 1046 del 17 dicembre 2018.

Accordo integrativo regionale correlato all'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private ai sensi dell'art. 8, comma 2, d.lgs. 502/1992 e s.m.i

Farmacia dei servizi

Prosegue il percorso evolutivo dei servizi erogabili dalle farmacie di Comunità nel solco di quanto sancito dalla DGR. n. 5589/2025 in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2026 e dalla legge 30 dicembre 2025, n. 199 (c.d. legge di stabilità 2026).

La definitiva integrazione nel Servizio sanitario nazionale (SSN) dei servizi resi dalle farmacie a norma del decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153, consente la prosecuzione delle già consolidate attività relative ai seguenti ambiti:

- Analisi di 1° Istanza: Screening Colon Retto;
- 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.

Al fine di dare concreta attivazione alla sperimentazione di cui alla DGR. n. 5589/2025 "Diabete in automonitoraggio - un Progetto Sperimentale per un ulteriore supporto alla prevenzione", ed in conformità ai dettami di cui all'ACN si prevede - entro il 31 dicembre 2026 - l'adozione di una convenzione con le farmacie territoriali per la disciplina degli aspetti tecnici ed economici afferenti al progetto; è prevista altresì, verificata la bontà degli esiti della sperimentazione, la progressiva estensione della citata progettualità a tutte le Agenzie di Tutela della Salute del territorio regionale.

Analogamente, e nell'ottica di una progressiva digitalizzazione dei percorsi assistenziali, un accordo provvederà a regolamentare la messa a disposizione - da parte delle farmacie aderenti - di idonei spazi fisici che garantiscano un'adequata riservatezza per l'utenza in vista dell'effettuazione del servizio di tele visita; la convenzione disciplinerà altresì le modalità di realizzazione e fruizione del servizio nonché i relativi determinanti operativi e le competenze economiche.

L'operatività dei servizi sarà formalizzata nel pieno rispetto dei dettami del vigente Accordo Collettivo Nazionale con le farmacie pubbliche e private, 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.

Conferma degli ulteriori servizi in farmacia di cui all'accordo integrativo regionale

Nel rispetto dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private ai sensi dell'art. 8, comma 2, d.lgs. 502/1992 e s.m.i., vengono confermate anche come attività che fanno parte dell'Accordo Integrativo Regionale:

- La distribuzione per conto di medicinali in classe A/PHT e vaccini;

- La distribuzione per conto degli ausili per il controllo della glicemia;
 - L'erogazione di prodotti di cui all'assistenza protesica (ausili monouso) e all'assistenza integrativa.
- come ad oggi disciplinate dai provvedimenti regionali vigenti.

Fascicolo Sanitario elettronico e ricette dei medicinali: Visualizzazione ricette farmaceutiche in farmacia

Si richiama la nota regionale prot. n. G1.2025.0010884 del 14/03/2025, in riferimento al Decreto del Ministero della Salute del 7/9/2023 (art. 15, comma d e Allegato A), che ha disposto che da marzo 2025 le farmacie hanno la possibilità di visualizzare, tramite il loro gestionale, le ricette farmaceutiche dei pazienti consultando direttamente il Fascicolo Sanitario Elettronico, come avviene già in altre regioni.

Considerato che in questi mesi molte farmacie hanno attivato questo servizio, e considerato che è obiettivo nazionale e regionale la completa digitalizzazione dell'intero processo che parte dalla prescrizione all'erogazione dei medicinali, a partire dal **1° ottobre 2026** tutte le farmacie lombarde dovranno attivare il servizio. Le ATS dovranno verificare che il servizio sia attivo.

Promozione all'appropriatezza prescrittiva dei medicinali

In continuità con gli indirizzi di cui alla Delibera n. 5589/2025 e alla luce anche di una crescita importante della spesa per i farmaci, si individuano come obiettivi da monitorare sul territorio per una puntuale valutazione dei comportamenti prescrittivi le seguenti aree terapeutiche:

- Diabete di tipo 2 – prescrizione degli AGONISTI RECETTORIALI GLP1 e DOPPI AGONISTI RECETTORIALI GIP/GLP1;
- Trattamento dell'insufficienza cardiaca cronica su cui sta lavorando l'Agenzia Italiana del farmaco per un eventuale allargamento della prescrizione sul territorio – prescrizione di dapagliflozin, empagliflozin, sacubitril/valsartan, vericiguat.

È prioritaria la gestione condivisa tra ATS e Dipartimenti di cure primarie delle ASST del monitoraggio e controllo della prescrizione dei medicinali.

Farmaceutica Ospedaliera

Esternalizzazione dei magazzini ospedalieri

Sulla base delle diverse esperienze che si stanno attivando sul territorio nazionale dove le aziende ospedaliere hanno individuato magazzini già autorizzati per la detenzione dei medicinali di proprietà delle stesse strutture, al fine di uniformare i comportamenti sul territorio lombardo si precisa quanto segue.

L'articolo 108 del DLgs 219/06 consente ai depositari di detenere, per la successiva distribuzione, medicinali per uso umano sulla base di contratti di deposito stipulati con i titolari dell'AIC dei medicinali o con loro rappresentanti.

In analogia a quanto già avviene in Lombardia nella distribuzione per conto dei medicinali A/PHT, dove la ATS capofila (ATS Bergamo) acquista i medicinali che vengono consegnati dalle Aziende farmaceutiche ai distributori (capofila) individuati dalla stessa ATS per la successiva consegna alle farmacie del territorio, e sulla base anche del parere espresso dagli uffici del Ministero della Salute (Direzione Generale dei Dispositivi Medici e del Farmaco) che rimanda alla competenza regionale le disposizioni su questo tema, anche la struttura ospedaliera (sia pubblica che privata accreditata) può individuare come magazzino dove stoccare i medicinali acquistati presso un depositario/grossista regolarmente autorizzato ai sensi dell'Art. 108 del D.Lgs. 219/2006, informando l'ATS di competenza territoriale.

Si ricorda che:

- La responsabilità della gestione dei medicinali rimane in capo al direttore della farmacia ospedaliera, che ha acquistato i medicinali per conto della sua stessa struttura;
- Con il depositario/distributore deve essere stipulato uno specifico accordo/convenzione nel rispetto della normativa vigente.

GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA

Il sistema degli acquisti del SSR

I vari soggetti costituenti la rete degli acquisti del SSR, (ARIA S.p.A., singoli Enti SSR lombardi, anche in forma aggregata), coordinati dalla Direzione Generale Welfare, dovranno perseguire un ottimale equilibrio nella suddivisione della programmazione integrata, al fine di individuare le procedure da centralizzare in termini di costo/opportunità, tenendo conto dei vincoli definiti, allo stato, dalla Legge n. 296/2006 (legge finanziaria per il 2007), dall'art. 1, comma 3-ter della Legge Regionale 33/2007 e dal Decreto Legge 66/2014 e dalla relativa DGR 3440/2015: istitutiva del Tavolo tecnico regionale degli Appalti.

Nel corso del 2026 la D.G. Welfare sosterrà la centralizzazione degli acquisti anche mediante una maggiore cooperazione tra ARIA S.p.A. e gli Enti Sanitari, sulla base dei ruoli e delle specifiche competenze maturate in relazione alle merceologie oggetto di acquisto, nonché in forza di specifiche deleghe ed 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 collaborazione è finalizzata a conseguire un livello ottimale di soddisfacimento delle effettive esigenze dei singoli Enti del SSR, in considerazione delle peculiarità e della complessità del sistema sanitario, che rendono necessario il coinvolgimento dei rappresentanti delle realtà territoriali in ogni fase del ciclo di vita dei contratti.

La cooperazione degli Enti SSR risulta, infatti, necessaria non solo nella fase di programmazione, per la definizione dei fabbisogni, ma anche nella fase di progettazione della gara, attraverso la partecipazione ai Tavoli Tecnici per la definizione dei capitolati tecnici, nonché nella successiva fase di affidamento, mediante la partecipazione dei professionisti alle commissioni giudicatrici e, nella successiva fase di esecuzione, per la soluzione delle problematiche ivi connesse.

Sistema Regionale di e-procurement

Si ribadisce l'indicazione di utilizzare la piattaforma regionale di e-procurement per tutte le fasi del ciclo di acquisto.

Ambiti di aggregazione

Alla luce della normativa vigente, si conferma l'obbligo per gli Enti Sanitari di effettuare gli acquisti tramite il Soggetto Aggregatore regionale – ARIA S.p.A. – ovvero, in subordine, – tramite il Soggetto Aggregatore nazionale – Consip S.p.A. – per le forniture e i servizi ricompresi nelle categorie merceologiche e nelle 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 definita 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.

Per le esigenze di approvvigionamento relative ad ambiti merceologici disciplinati dai DPCM e ambiti stabiliti dalla programmazione definita dal TTA, qualora non risulti già attiva una convenzione di ARIA S.p.A., di Consip o di altro Soggetto Aggregatore individuato da ARIA S.p.A., è necessario richiedere a quest'ultima le tempistiche previste per l'apertura delle relative convenzioni. ARIA S.p.A., sulla base delle previsioni di disponibilità delle nuove convenzioni proprie o di altri soggetti aggregatori, fornirà indicazioni in merito alle possibilità e alle tempistiche di adesione, al fine di garantire la continuità dei servizi sanitari. Qualora ARIA S.p.A. confermi l'assenza di convenzioni disponibili, gli Enti potranno esperire una procedura di acquisto autonoma senza necessità di ulteriori autorizzazioni, prevedendo le opportune clausole contrattuali di recesso anticipato, al fine di soddisfare i propri fabbisogni.

Nell'ambito dei tavoli di monitoraggio saranno valutati i comportamenti di acquisto e le tempistiche di adesione, nell'ottica di efficientamento della spesa.

In attesa dell'esito dei ricorsi relativi alle procedure centralizzate, ARIA S.p.A. continuerà a fornire informazioni sullo stato di avanzamento, qualora suscettibile di incidere sulla gara o sulla convenzione, affinché ciascun Ente, nell'ambito della propria autonomia e mediante provvedimento motivato, possa valutare il miglior momento per aderire, riducendo i rischi organizzativi e gli impatti economici connessi ad un cambio di appalto multiplo, con particolare riferimento al settore dei servizi rientranti nei DPCM. Gli Enti che abbiano conferito i propri fabbisogni ad ARIA S.p.A. dovranno provvedere all'approvvigionamento autonomamente (ovvero mediante aggregazioni ex post, ove disponibili) attraverso un contratto ponte fino alla data di attivazione dell'iniziativa centralizzata, inserendo un'apposita clausola di recesso anticipato. Le modalità e le tempistiche di adesione saranno oggetto di confronto nei tavoli di monitoraggio, nell'ottica di efficientamento della spesa. Restano in capo ai singoli Enti la responsabilità delle modalità di svolgimento della procedura ponte e della durata della copertura dei fabbisogni.

La D.G. Welfare, con la collaborazione di ARIA S.p.A. e degli Enti, attuerà un sistema di monitoraggio del comportamento di acquisto degli Enti Sanitari, finalizzato a verificare il livello di soddisfacimento dei fabbisogni del sistema da parte del Soggetto Aggregatore negli ambiti di competenza definiti dalla programmazione integrata, nonché il livello di adesione alle convenzioni ARIA, con l'obiettivo di incrementare il livello di aggregazione regionale e ridurre il ricorso a proroghe dei contratti esistenti nelle more dell'attivazione delle convenzioni centralizzate.

Coordinamento Strutture Acquisti del SSR

Per il potenziamento della struttura acquisti del SSR presso la Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia, saranno individuate delle U.O. di Coordinamento per le Strutture Acquisti del SSR, con la finalità di supportare il coordinamento con le Strutture acquisti del territorio e dare supporto tecnico-specialistico alla Direzione Generale Welfare - U.O. Programmazione e Controllo delle Risorse SSR. Tale supporto consisterà nello svolgimento delle funzioni di programmazione, coordinamento, monitoraggio della spesa e all'esecuzione di contratti derivanti da procedure di gara aggregata a livello regionale.

Le strutture sono chiamate a concorrere alle attività di programmazione regionale degli acquisti, fornendo supporto tecnico nella raccolta e analisi dei fabbisogni di acquisto espressi dagli enti SSR e contribuendo alla definizione di una programmazione integrata e centralizzata, in raccordo con la Direzione Generale Welfare, con ARIA S.p.A., nonché con gli enti del Servizio Sanitario Regionale.

Nel dettaglio:

- partecipano al Gruppo di coordinamento e monitoraggio della rete acquisti per la realizzazione della programmazione integrata di sistema;
- supportano il coordinamento degli enti del SSR coinvolti nell'attività programmatica e promuovono il confronto nell'ambito degli appositi tavoli di lavoro, assicurando la coerenza tra fabbisogni, pianificazione e strategie di acquisto;
- forniscono, ove richiesto, supporto tecnico-operativo per la predisposizione e la gestione di procedure aggregate di interesse regionale, ferme restando le competenze attribuite ai soggetti istituzionalmente preposti allo svolgimento delle procedure di affidamento;
- concorrono, ove richiesto, alla definizione delle strategie di gara nelle fasi di progettazione e pubblicazione, congiuntamente con la Direzione Generale Welfare e con ARIA S.p.A., mediante l'individuazione delle soluzioni di acquisto maggiormente rispondenti alle esigenze del sistema sanitario regionale;

- forniscono supporto giuridico specialistico alla DG Welfare nell'ambito della programmazione integrata del sistema, con particolare riferimento agli aspetti procedurali di gara e agli eventuali contenziosi.

Per lo svolgimento delle predette funzioni, l'ASST provvede ad un adeguato rafforzamento organizzativo della struttura Acquisti, sia in termini di risorse umane che di competenze professionali, mediante la costituzione di un nucleo multidisciplinare con profili specialistici in materia di contratti pubblici, programmazione degli acquisti e gestione delle procedure di gara, integrato altresì da un adeguato presidio giuridico a supporto delle relative attività. L'ASST è pertanto autorizzata ad adottare le misure organizzative necessarie al rafforzamento della propria capacità amministrativa specialistica, assicurando la disponibilità di personale in possesso di adeguata qualificazione ed esperienza professionale nelle materie attinenti alle funzioni di centrale di committenza e che possieda competenze ed esperienza maturate nell'ambito della programmazione, progettazione, affidamento ed esecuzione dei contratti pubblici, con particolare riferimento al settore sanitario.

Ulteriori aspetti relativi ad attività specifiche sono delineati nei processi descritti nei successivi paragrafi.

Gruppo di coordinamento e monitoraggio della rete acquisti

È costituito il Gruppo di coordinamento e monitoraggio della rete acquisti SSR, composto da ARIA S.p.A., dalla Direzione Generale Welfare, dalle U.O. Acquisti di Enti del sistema appositamente designate e professionisti sanitari rappresentanti degli Enti del SSR. La composizione del Gruppo è individuata e periodicamente aggiornata dalla Direzione Generale Welfare.

Il Gruppo coordina le attività e condivide le strategie propedeutiche ai lavori del Tavolo Tecnico degli Appalti (TTA).

In particolare:

- ARIA S.p.A. condivide con il Gruppo i fabbisogni raccolti tramite Modulo Programmazione per il SSR;
- Il Gruppo propone la programmazione integrata di sistema, valorizzando gli strumenti previsti dalla normativa vigente, e individua la più opportuna ripartizione delle categorie tra ARIA S.p.A., le U.O. di Coordinamento per le Strutture Acquisti del SSR e gli Enti SSR.

Il gruppo svolge altresì funzioni di monitoraggio della rete degli acquisti del SSR, con particolare riferimento ai beni e servizi, attraverso:

- Il benchmark delle principali categorie merceologiche;
- Il monitoraggio degli incrementi di prezzo rispetto ai costi storici;
- La verifica della qualità e delle eventuali criticità dei beni e servizi aggiudicati, nonché l'individuazione delle conseguenti azioni correttive;
- Il monitoraggio dello stato di avanzamento della programmazione integrata;
- La formulazione di proposte relative alle categorie di beni e servizi da sottoporre al tavolo tecnico propedeutico al TTA, ai fini dello svolgimento di procedure aggregate da parte degli Enti SSR a supporto di ARIA S.p.A.

Procedure centralizzate e collaborazione con il soggetto aggregatore ARIA S.p.A.

Al fine di perseguire la massima integrazione del sistema degli acquisti regionali, mediante l'impiego dei più efficaci livelli di aggregazione, riducendo il ricorso a proroghe di contratti esistenti ed efficientando il processo di acquisto, è richiesta agli Enti del SSR un'attiva partecipazione alle diverse fasi del ciclo degli acquisti del Soggetto Aggregatore ARIA S.p.A.

Fase di Programmazione integrata di sistema: al fine di garantire il tempestivo svolgimento delle procedure di gara, necessario ad assicurare una sempre maggiore copertura dei fabbisogni attraverso acquisti programmati:

- Gli Enti SSR sono tenuti a trasmettere al Soggetto Aggregatore regionale ARIA S.p.A., entro le scadenze comunicate (di norma pari a 20 giorni e comunque proporzionate alla complessità dell'appalto), i propri fabbisogni di acquisto. La trasmissione dovrà avvenire attraverso la Piattaforma regionale di eProcurement e, in particolare, il Modulo Programmazione. Il conferimento dei fabbisogni, obbligatorio per tutte le categorie merceologiche, DPCM e non DPCM;
- il Gruppo di coordinamento e monitoraggio della rete acquisti propone la programmazione integrata di sistema, individuando quali soggetti attuatori di procedure ARIA S.p.A., anche in delega e convenzionamento con gli Enti, U.O. specifiche e gli Enti operanti in unione tra loro. Tale attività è finalizzata ad aggregare anche i fabbisogni non ricompresi nelle procedure centralizzate, comprese le forniture che richiedono un elevato livello di personalizzazione in relazione all'organizzazione sanitaria (ad esempio, l'ambito dei laboratori), affinché il TTA individui la modalità di gestione della gara maggiormente rispondente alle esigenze del sistema;
- Gli Enti sanitari sono tenuti a cooperare con il Soggetto Aggregatore regionale, al fine di incrementare il livello di omogeneizzazione delle forniture e dei servizi adottati dal Sistema Sanitario Regionale e, al contempo, migliorare la qualità dei servizi resi ai cittadini, partecipando allo svolgimento delle gare centralizzate secondo le modalità previste dal sistema di convenzionamento ARIA-Ente sanitario.

Fasi di Progettazione e Pubblicazione: gli Enti sono tenuti ad assicurare la propria partecipazione alle attività di progettazione delle gare centralizzate, individuando propri professionisti da designare ai Tavoli Tecnici incaricati della predisposizione dei capitolati tecnici e dei correlati atti di gara. ARIA S.p.A. richiederà agli Enti Sanitari i nominativi dei professionisti, ai quali dovrà essere fornito riscontro entro i termini indicati nella richiesta.

La costituzione dei Tavoli Tecnici sarà preventivamente trasmessa da ARIA alla DG Welfare ai fini della validazione dei nominativi individuati e dell'eventuale designazione di un componente regionale.

Prima dei tavoli tecnici, ARIA S.p.A. condividerà la strategia tecnica, amministrativa ed economica con la U.O. Programmazione e Controllo delle Risorse SSR.

D.G. Welfare valuterà con ARIA S.p.A. l'opportunità di costituire Tavoli Tecnici permanenti su specifici ambiti merceologici o tematici, coinvolgendo i professionisti degli Enti e, ove pertinente, le Società Scientifiche.

Al termine dei lavori del Tavolo Tecnico, ARIA trasmetterà alla **U.O. Programmazione e Controllo delle Risorse SSR** una scheda sintetica del progetto di gara, evidenziando eventuali difformità rispetto alla **strategia precedentemente condivisa.**

Fase di Affidamento: gli Enti del SSR sono tenuti a fornire tempestivamente, su richiesta di ARIA, un elenco di nominativi utili alla composizione delle Commissioni giudicatrici delle gare centralizzate, al fine di assicurare un'efficace pianificazione delle sedute e il rispetto dei termini procedurali previsti dalla normativa vigente. È altresì necessario garantire la costante partecipazione dei Commissari alle sedute di gara, così da consentire il tempestivo completamento delle procedure di aggiudicazione. A tal fine ARIA si avvarrà degli strumenti informatici consentiti dalla normativa vigente per la condivisione della documentazione e lo svolgimento delle sedute da remoto.

Fase di Esecuzione: al fine di garantire la continuità delle forniture al Sistema Sanitario Regionale nel suo complesso:

- Il fabbisogno comunicato da ciascun Ente nella fase di progettazione della gara sarà reso disponibile, in funzione della specifica categoria merceologica, sulla base dei quantitativi espressi in sede di rilevazione dei fabbisogni e dell'andamento dei consumi rilevati presso il medesimo Ente e presso gli altri Enti del Sistema Sanitario Regionale. L'assegnazione dei quantitativi agli Enti sarà gestita in modo da garantire la necessaria flessibilità per rispondere a eventuali variazioni nelle esigenze. Gli Enti sono tenuti a richiedere l'adeguamento dei massimali specifici, per la quota

eccedente i fabbisogni originariamente espressi, mediante le apposite funzionalità della piattaforma regionale di e-procurement (Modulo NECA), mentre ARIA assicura la copertura del 100% del fabbisogno espresso da ciascun Ente, al fine di semplificare le adesioni pluriennali e i relativi adempimenti amministrativi, con particolare riferimento al settore dei farmaci;

- 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) mediante 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 riallocati per soddisfare le esigenze di altri Enti del SSR;
- Gli Enti sanitari sono tenuti a rispondere, nei tempi e secondo le modalità previste, alle rilevazioni di customer satisfaction e alle attività ispettive (audit) sulle Convenzioni svolte da ARIA;
- Gli Enti Sanitari dovranno gestire i contratti attuativi delle Convenzioni ARIA, utilizzando la funzionalità “Reclami” del modulo NeCA per le contestazioni relative alla non corretta applicazione delle clausole contrattuali, con particolare riguardo alle clausole sociali e ai criteri di sostenibilità ambientale e sociale, nonché a fornire riscontro alle richieste formulate da ARIA S.p.A. in materia;
- Gli Enti Sanitari sono altresì tenuti a comunicare ad ARIA S.p.A. le eventuali penali applicate ai fornitori e gli eventuali recessi contrattuali;
- ARIA S.p.A. effettuerà il monitoraggio dell'esecuzione delle Convenzioni e provvederà a verificare, con gli Enti interessati, i singoli reclami, individuando eventuali interventi correttivi e adottando, ove necessario, le conseguenti iniziative nei confronti dei fornitori;
- ARIA S.p.A. è tenuta a gestire in forma centralizzata tutte le procedure di revisione dei prezzi relative alle convenzioni e agli accordi quadro stipulati dal Soggetto Aggregatore, nei tempi e nei modi previsti dalla normativa vigente e dalla lex specialis di gara.

Ulteriori Determinazioni

Si dispone che quanto finanziato Extra LEA in sede di Assestamento di Bilancio 2026 sarà oggetto di specifici e successivi provvedimenti.

ATTORI, ORGANIZZAZIONI E PROCESSI

Agenzia di Controllo del Servizio Sociosanitario Lombardo (ACSS)

Customer satisfaction per attività ambulatoriali e di ricovero

Nel corso del secondo semestre 2026, l'ACSS procederà al monitoraggio della progressiva introduzione delle schede di rilevazione della customer satisfaction relative alle attività ambulatoriali e di ricovero, di cui alle Schede 1 e 2.

SISTEMI DI VALUTAZIONE E MONITORAGGIO DEL SSR

Valutazione delle performance del SSR

Per l'anno in corso l'attività di restituzione epidemiologica regionale sarà orientata alla predisposizione e diffusione, attraverso il sito "Osservatorio Epidemiologico e Prevenzione", di specifici report tematici. Tali approfondimenti, dedicati ad ambiti di particolare rilevanza, consentiranno di inquadrare in modo sintetico i principali tratti della popolazione regionale, delineandone dinamiche, bisogni di salute e carichi assistenziali.

Registri

Registro Tumori

Fermo restando che le annualità da conferire potranno essere modificate sulla base delle indicazioni che perverranno formalmente dal Ministero della Salute, si conferma che le ATS dovranno trasmettere a Regione le annualità 2021 e 2022 entro marzo 2027. I restanti mesi del 2026 saranno dedicati alla verifica della qualità dei dati, con la possibilità da parte delle ATS di rettificare i dati conferiti finora.

Registro nazionale e Registro regionale degli Impianti Protesici Mammari

Si conferma l'attivazione di 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.

Accesso al patrimonio informativo e uso secondario dei dati

In attesa dell'approvazione del nuovo regolamento per l'accesso ai dati del "patrimonio informativo sociosanitario regionale" e della conseguente riorganizzazione della disciplina delle collaborazioni tra enti esterni e Regione Lombardia, gli enti con accreditamento scaduto o in scadenza nel 2026 possono presentare, entro il 31/10/2026, una nuova richiesta formale di accreditamento, sottoscritta dal legale rappresentante pro tempore e conforme al modello previsto dalla DGR X/4893. I competenti uffici della D.G. Welfare valuteranno le istanze pervenute; il procedimento si concluderà con Decreto Dirigenziale entro 60 giorni dalla scadenza del termine fissato per la loro presentazione.

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:

- Revisione della "Scheda Medico-MMG" di cui alla DGR XII/5099 del 06/10/2025;
- Elaborazione della "Scheda Medico-PLS" per il monitoraggio delle attività dei Pediatri di Libera Scelta;
- Recupero delle annualità pregresse del flusso nominativo delle cause di morte (cosiddetto ReNCaM). Le ATS conferiranno a Regione Lombardia le annualità secondo il seguente calendario:
 - Anno 2016: dal 5 al 10 ottobre 2026;
 - Anno 2017: dal 19 al 23 ottobre 2026;
 - Anno 2018: dal 26 al 30 ottobre 2026;
 - Anno 2019: dal 2 al 6 novembre 2026;
 - Anno 2020: dal 9 al 13 novembre 2026;
 - Anno 2021: dal 16 al 20 novembre 2026;

- Anno 2022: dal 23 al 27 novembre 2026;
- Anno 2023: dal 30 novembre al 4 dicembre 2026;
- Anno 2024: dal 7 al 15 dicembre 2026.
- Classificazione degli assistiti con patologia a partire dai flussi informativi disponibili.

Dati e flussi informativi

Flussi Informativi Sanitari

Al fine di consentire la chiusura del Bilancio regionale nel rispetto dei termini previsti, si ricorda che la chiusura dei flussi informativi sanitari SDO e 28SAN per l'anno 2026 è fissata improrogabilmente al 12/02/2027.

Transizione a ICD-10-IM e CIPI

Il Progetto NSIS-CLASS, avviato dal Ministero della Salute nel 2024, nasce con l'obiettivo di governare la transizione dei sistemi informativi sanitari verso gli standard ICD-10-IM e CIPI. Prima della loro adozione formale, prevista dal Decreto ministeriale 23 ottobre 2025 a partire dal 1° gennaio 2027, il progetto prevede un periodo di sperimentazione. Per questo motivo, tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate dovranno conferire a Regione Lombardia i flussi SDO e EMUR-PS con la doppia codifica (ICD-9-CM e ICD-10-IM CIPI) a partire dalle accettazioni di ottobre 2026. La documentazione tecnica di riferimento è disponibile al sito <https://www.salute.gov.it/new/it/tema/assistenza-ospedaliera-sdo/documentazione-tecnica/>.

Il Ministero della Salute ha affidato a Regione Lombardia il coordinamento della stesura delle linee guida di codifica delle SDO per le seguenti branche: Andrologia, Chirurgia della mammella, Chirurgia pediatrica, Chirurgia plastica, Endocrinologia e diabetologia, Ginecologia, Gravidanza, parto e puerperio, Malformazioni congenite, Neonatologia, Pediatria, Urologia, Ustioni. A tal proposito verrà costituito uno specifico gruppo di lavoro composto da esperti di codifica del Polo Ospedaliero, dei Dipartimenti PAAPSS delle ATS, delle strutture del territorio e da professionisti clinici delle branche specialistiche interessate. Saranno inoltre organizzati audit tematici per branca specialistica, finalizzati a favorire la diffusione dei sistemi di classificazione ICD-10-IM e CIPI e il confronto sui diversi approcci alla codifica.

Flussi Ministeriali

ALPI Volumi

Nelle more di eventuali nuove indicazioni da parte del Ministero della Salute e AGENAS, la rilevazione ALPI volumi diventa annuale, nelle tempistiche comunicate dalla DG Welfare. Regione Lombardia si fa carico di produrre il debito nei confronti del Ministero e di AGENAS attraverso opportune elaborazioni dei flussi SDO e 28/SAN.

EMUR PS (6 SAN)

Si richiama l'obbligatorietà della trasmissione settimanale dei dati relativi agli accessi al Pronto Soccorso in emergenza-urgenza. Il flusso deve rispettare i criteri di tempestività, completezza e qualità delle informazioni.

L'analisi di qualità del flusso ha evidenziato l'opportunità di aggiornare le relative specifiche, con particolare riferimento sia all'introduzione di nuovi criteri di monitoraggio sia a una gestione più appropriata degli errori. A tal fine, si dà mandato alla Direzione Generale Welfare di procedere all'aggiornamento del Manuale di rilevazione delle attività di Pronto Soccorso, assicurandone il costante allineamento alle specifiche ministeriali.

PROGETTI SPECIALI

Progetto sperimentale di riorganizzazione dei percorsi oculistici tramite l'ortottista per la riduzione delle liste di attesa

Per far fronte all'elevata pressione sulle agende di prima visita oculistica, che in molti contesti risultano gravemente congestionate anche per richieste riconducibili a bisogni clinici a bassa complessità (es. calo visus, prescrizione o aggiornamento di lenti correttive), si propone l'avvio di un progetto sperimentale di riorganizzazione dei percorsi oculistici basato sull'utilizzo strutturato della figura dell'ortottista come filtro di primo livello.

In questa prospettiva, il **progetto sperimentale si articola su due linee tra loro coordinate**: per l'area pediatrica, l'introduzione di uno screening ortottico ambulatoriale in età pre-scolare, finalizzato a intercettare precocemente strabismi, ambliopie e altri disturbi della visione binoculare e a ridurre in maniera significativa l'invio generalizzato alla prima visita oculistica; per l'utenza adulta, la presa in carico ortottica delle richieste di valutazione per calo visus e necessità di prescrizione o aggiornamento di lenti correttive. In entrambi i casi si prevede il rinvio allo specialista oculista nei casi in cui emergano elementi clinici meritevoli di approfondimento.

Le principali esperienze nazionali di screening ortottico ambulatoriale in età prescolare hanno dimostrato come l'introduzione di un professionista sanitario specializzato che faccia da filtro nella valutazione e riabilitazione dei disturbi della visione consenta di ridurre gli accessi impropri agli ambulatori oculistici, mantenendo elevata la capacità di intercettare i casi con reale sospetto di patologia e determinando una sensibile riduzione dei tempi di attesa per i bambini che necessitano dell'intervento dello specialista; tali evidenze supportano l'adozione di modelli organizzativi che valorizzino la valutazione ortottica di primo livello all'interno dei percorsi regionali di presa in carico. Per la popolazione pediatrica, l'accesso avviene tramite prescrizione del Pediatra di Libera Scelta, indirizzata alla valutazione ortottica di primo livello, eseguita in ambulatorio dagli ortottisti. Al termine della valutazione viene condivisa l'indicazione clinico-organizzativa, che può consistere: (i) nella conclusione del percorso, in assenza di rilievi significativi; (ii) nella programmazione di un follow-up ortottico, qualora siano presenti elementi da rivalutare; oppure (iii) nell'invio alla prima visita oculistica, quando emergano elementi che richiedono approfondimento specialistico.

Per la popolazione adulta, le richieste motivate da calo visus in assenza di altri sintomi di allarme, dalla necessità di controllo della refrazione o dalla sola esigenza di prescrizione o aggiornamento di lenti correttive vengono indirizzate, in prima istanza, alla valutazione ortottica, su prescrizione del MAP o di altro prescrittore secondo le regole regionali vigenti e mediante specifica codifica del quesito diagnostico; l'ortottista effettua la valutazione, verifica la presenza di eventuali segni o sintomi suggestivi di patologia oculare e, qualora il quadro risulti compatibile con un semplice difetto refrattivo, fornisce all'utente le indicazioni necessarie per la correzione e per eventuali controlli periodici.

Il codice da utilizzare in fase di prescrizione è il seguente:

Cod NTR	Desc NTR	Cod SISS	Desc SISS
93.02	VALUTAZIONE ORTOTTICA CON STUDIO COMPLETO DELLA MOTILITA' OCULARE	349302.1	VALUTAZIONE ORTOTTICA

Qualora, sia in ambito pediatrico sia nell'adulto, emergano elementi clinici sospetti o quadri non riconducibili esclusivamente a un difetto refrattivo, l'ortottista attiva uno specifico percorso di approfondimento clinico che prevede **l'invio del paziente alla valutazione specialistica oculistica**, secondo modalità definite dall'organizzazione aziendale e, in particolare:

- In caso di **contestuale attività degli ambulatori** di ortottica e oculistica, mediante **invio diretto del paziente** allo specialista oculista;
- Mediante inserimento del paziente in **appositi ambulatori dedicati** agli approfondimenti oculistici, **organizzati periodicamente** e rivolti ai soggetti valutati presso gli ambulatori di ortottica o provenienti da altri percorsi specialistici aziendali che necessitino di una valutazione da parte dell'oculista.

In entrambe le modalità organizzative deve essere garantita la tracciabilità informatica del percorso ortottico-oculistico, al fine di assicurare la tempestiva presa in carico e l'appropriato approfondimento diagnostico dei casi che richiedono una valutazione specialistica.

Il progetto si propone, nel suo complesso, di ridurre in maniera significativa gli accessi impropri agli ambulatori oculistici, liberando slot di visita da destinare ai bisogni clinici ad effettiva complessità, di ridurre i tempi medi di attesa per i pazienti pediatrici e adulti con reale sospetto di patologia e di ottimizzare l'impiego delle risorse specialistiche, con benefici attesi in termini sia di qualità dell'assistenza sia di soddisfazione degli utenti.

A completamento del percorso si demanda agli Enti l'attivazione di specifiche **azioni formative** rivolte ai prescrittori, finalizzate a informare in modo chiaro il cittadino, già al momento della prescrizione, circa la possibilità di essere indirizzato prioritariamente alla valutazione ortottica, esplicitando che, qualora dall'esame emerga unicamente la necessità di correzione refrattiva con lenti, non seguirà automaticamente una visita oculistica, mentre l'invio allo specialista sarà riservato ai soli casi in cui vengano rilevati elementi clinici di sospetto o quadri che richiedano approfondimento medico oculistico.

Progetto Sperimentale per l'implementazione della Teleriabilitazione

In coerenza con gli indirizzi regionali in materia di telemedicina e teleriabilitazione, che riconoscono la teleriabilitazione quale strumento strategico per il rafforzamento della medicina territoriale, della continuità assistenziale e della presa in carico delle persone con patologie croniche, fragilità e bisogni riabilitativi, Regione Lombardia promuove l'avvio di un progetto sperimentale finalizzato alla definizione e all'implementazione di un modello regionale di teleriabilitazione.

Il progetto sarà realizzato dai soggetti del Sistema Socio-sanitario Regionale, con il coordinamento della Direzione Generale Welfare e il coinvolgimento di ATS, ASST, IRCCS pubblici e privati accreditati che operano nell'ambito della riabilitazione e della telemedicina.

La sperimentazione dovrà prevedere la definizione di un modello organizzativo omogeneo a livello regionale, basato sull'integrazione tra valutazione e presa in carico in presenza, attività riabilitative da remoto, monitoraggio continuo nel percorso assistenziale e utilizzo di piattaforme digitali, applicazioni e dispositivi medicali certificati per il supporto al trattamento e al follow-up del paziente.

Nell'ambito della progettualità dovranno essere individuati specifici cluster di pazienti eleggibili, con particolare riferimento ai soggetti affetti da patologie neurologiche, cardiologiche, pneumologiche, muscoloscheletriche, a condizioni di fragilità e alle situazioni nelle quali la teleriabilitazione possa rappresentare un'alternativa efficace o complementare ai tradizionali percorsi assistenziali.

Il progetto dovrà inoltre definire pacchetti assistenziali standardizzati comprendenti prestazioni sincrone e asincrone, attività di monitoraggio, educazione terapeutica, teleassistenza e raccolta strutturata degli esiti clinici e funzionali, nonché una dettagliata analisi dei costi di implementazioni, dei fabbisogni tecnologici e organizzativi e della sostenibilità economica del modello.

La sperimentazione sarà sviluppata su scala territoriale attraverso l'individuazione di enti pilota e dovrà consentire la valutazione dell'impatto della teleriabilitazione in termini di accessibilità ai servizi, continuità delle cure, esiti funzionali, soddisfazione di pazienti e caregiver, riduzione degli accessi impropri alle strutture sanitarie e potenziale contenimento dei ricoveri evitabili.

Al termine della fase sperimentale, i soggetti partecipanti trasmetteranno alla Direzione Generale Welfare una proposta contenente il modello organizzativo validato, i risultati conseguiti, gli indicatori di monitoraggio e la proposta di valorizzazione economica dei percorsi assistenziali, finalizzata alla definizione di modalità regionali di regolazione, remunerazione e tariffazione delle prestazioni di teleriabilitazione e alla successiva eventuale estensione del modello a livello regionale.

Proposta progetto psichiatria disagio giovanile - HUB giovani Salute Mentale Lombardia

Il progetto propone un nuovo modello di welfare territoriale dedicato ai giovani, fondato sull'integrazione tra sanità, sociale e innovazione digitale. L'obiettivo è trasformare la salute mentale da risposta all'emergenza a sistema di prevenzione e presa in carico precoce, riducendo la cronicizzazione del disagio, alleggerendo la pressione sui servizi ospedalieri e garantendo continuità assistenziale ai giovani e alle loro famiglie.

Si tratta di un modello replicabile sull'intero territorio regionale e, successivamente, a livello nazionale, capace di rafforzare la rete dei servizi di salute mentale e di promuovere una presa in carico più tempestiva, umana e orientata alla comunità.

Modello integrato di prevenzione, presa in carico precoce e continuità assistenziale per giovani tra i 16 e i 24 anni

La salute mentale rappresenta una delle principali sfide del sistema socio-sanitario lombardo. Pur disponendo di una rete territoriale di elevata qualità (CPS, UONPIA, Centri Diurni, Comunità Riabilitative, SPDC), il sistema presenta criticità che limitano l'accesso tempestivo alle cure.

Tra le principali problematiche emergono:

- Difficoltà di orientamento delle famiglie tra i servizi disponibili;
- Lunghi tempi di accesso;
- Ricorso al Pronto Soccorso come principale porta di ingresso;
- Frammentazione del percorso assistenziale;
- Interruzione della presa in carico nella delicata transizione tra UONPIA e CPS;
- Isolamento sociale dei giovani e crescente disagio psicologico;
- Forte carico assistenziale sulle famiglie.

Il progetto nasce per colmare questo "vuoto assistenziale", costruendo un modello territoriale innovativo, accessibile e integrato.

Realizzare un modello territoriale di prevenzione, presa in carico precoce e riabilitazione rivolto ai giovani tra i 16 e i 24 anni, capace di ridurre la cronicizzazione del disagio psichico, favorire la continuità delle cure e sostenere le famiglie.

Obiettivi specifici

- Intercettare precocemente il disagio psicologico;
- Ridurre gli accessi impropri al Pronto Soccorso;
- Garantire continuità assistenziale tra Neuropsichiatria Infantile e Psichiatria Adulti;
- Offrire un unico punto di accesso ai servizi;
- Integrare interventi sanitari, educativi e sociali;
- Sostenere i caregiver durante tutto il percorso di cura.

Il modello organizzativo

Il progetto prevede la realizzazione di un Hub Giovani, concepito come uno spazio aperto, facilmente accessibile e non stigmatizzante.

L'Hub rappresenta il punto di raccordo tra:

- ASST;
- UONPIA;
- CPS;
- Consultori;
- MMG e Pediatri;
- Scuole;
- Università;
- Terzo Settore;
- Associazioni dei familiari.

L'équipe multidisciplinare è composta da:

- Psichiatra;
- Neuropsichiatra Infantile;
- Psicologo/Psicoterapeuta;
- Educatore Professionale;
- Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica;
- Infermiere;
- OSS;
- Assistente Sociale;
- Peer Supporter.

La modalità di accesso

Il progetto prevede tre canali integrati:

1. Accesso digitale

Attraverso App e piattaforma web.

Servizi disponibili:

- Chat protetta H24;
- Richiesta anonima o con pseudonimo;
- Video colloqui;
- Prenotazione del primo appuntamento;
- Orientamento ai servizi territoriali.

2. Accesso telefonico e diretto

Numero verde dedicato con personale formato.

Sono inoltre previsti:

- Sportello di accoglienza;
- Fasce orarie "Drop-In";
- Primo ascolto senza appuntamento.

3. Invio dalla rete territoriale

Accesso facilitato attraverso:

- Scuole;
- Università;
- Medici di Medicina Generale;
- Pediatri;
- Consultori;
- Servizi Sociali;
- Terzo Settore

La prima accoglienza viene affidata principalmente agli Educatori Professionali e ai Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica, affiancati da Peer Supporter.

Le attività comprendono:

- Ascolto;
- Valutazione del bisogno;
- Gestione delle situazioni urgenti;
- Orientamento;
- Fissazione del colloquio multidisciplinare entro 5 giorni lavorativi.

Presa in carico

L'équipe multidisciplinare definisce un Progetto Riabilitativo Individualizzato comprendente:

- Valutazione clinica;
- Intervento psicologico;
- Riabilitazione psicosociale;
- Supporto educativo;
- Attività di gruppo;
- Interventi domiciliari quando necessari;
- Teleassistenza;
- Monitoraggio periodico.

Supporto alle famiglie

Il progetto considera la famiglia parte integrante del percorso terapeutico.

Sono previsti:

- Sostegno psicologico;
- Gruppi psicoeducativi;
- Orientamento ai servizi;

Attivazione di una Piattaforma regionale - APP

Il progetto prevede la realizzazione di una piattaforma digitale regionale che consenta ai cittadini di:

- Individuare il proprio CPS;
- Conoscere i servizi disponibili;
- Verificare modalità di accesso;
- Consultare tempi di attesa;
- Comprendere le differenze tra i vari servizi;
- Ricevere orientamento personalizzato.

Sperimentazione

La sperimentazione viene proposta nella Città Metropolitana di Milano.

L'Hub opererà in raccordo con:

- ATS Milano;
- Direzione Generale Welfare;
- ASST milanesi;
- Università;
- Consultori;
- Cooperative sociali;
- Associazioni dei familiari.

Milano rappresenta il contesto ideale grazie alla forte integrazione tra sistema sanitario pubblico, Terzo Settore e rete universitaria.

Indicatori di risultato

Output (Anno 1)

- Oltre 150 giovani presi in carico;
- Oltre 100 utenti seguiti attraverso strumenti digitali;
- Oltre 120 nuclei familiari coinvolti;
- Almeno 3 protocolli di collaborazione con ASST e Terzo Settore;
- Primo colloquio entro 5 giorni lavorativi.

Indicatori di impatto

- Tasso di abbandono inferiore al 15%;
- Continuità assistenziale UONPIA-CPS pari ad almeno il 95%;
- Riduzione del 40% degli accessi impropri al Pronto Soccorso e dei ricoveri psichiatrici tra gli utenti presi in carico;
- Miglioramento dell'aderenza terapeutica;
- Incremento della soddisfazione di utenti e caregiver

Governance

Il progetto potrà essere coordinato dalla **Direzione Generale Welfare della Regione Lombardia**, in collaborazione con ATS Milano e le ASST coinvolte, attraverso un modello di coprogettazione con il Terzo Settore, le associazioni dei familiari e gli enti del territorio.

Cronoprogramma

Settembre 2026

Avvio della sperimentazione con:

- Apertura dell'Hub;
- Attivazione del numero verde;
- Lancio della piattaforma digitale;
- Campagna di comunicazione regionale;
- Coinvolgimento delle scuole superiori e delle università.

Evoluzione della rete regionale di genetica medica

Nel secondo semestre 2026 Regione Lombardia intende promuovere la definizione di un modello organizzativo unitario della Rete di Genetica Medica, secondo una logica Hub & Spoke, finalizzato a garantire maggiore qualità diagnostica, uniformità delle prestazioni, appropriatezza prescrittiva ed equità di accesso sul territorio regionale. Il percorso sarà orientato alla centralizzazione selettiva delle attività ad alta complessità tecnologica, analitica e bioinformatica presso nodi Hub qualificati, anche al fine di ridurre variabilità, tempi, rischio di errore e duplicazioni di risorse ad alto costo, quali le piattaforme di sequenziamento genomico. Gli Spoke assicureranno la prossimità clinica, la consulenza genetica, la raccolta dei campioni, la restituzione contestualizzata del referto e il raccordo con i percorsi di diagnosi, follow-up e presa in carico, con particolare attenzione alle malattie rare, oncologiche e oncoematologiche. Il modello è volto a favorire lo sviluppo della ricerca, dell'innovazione e dell'introduzione controllata di nuove tecnologie, attraverso la concentrazione di casistiche e competenze specialistiche in centri di riferimento regionali.

Con riferimento alla diagnosi genetica preimpianto nell'ambito delle procedure di Procreazione Medicalmente Assistita, si rinvia allo specifico capitolo del presente provvedimento, nel quale, in attuazione di quanto previsto dalla Deliberazione del Consiglio regionale 27 luglio 2021, n. XI/2009, è

individuato un centro regionale deputato alla gestione centralizzata delle relative prestazioni. Tale funzione verrà attribuita alla Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico.

Progetto pilota per la presa in carico integrata della fibromialgia

Nell'ambito della rete della fibromialgia verrà sviluppato un progetto pilota dedicato alla presa in carico dei pazienti affetti da fibromialgia, valorizzando l'esperienza della Rete regionale già costituita e il modello multidisciplinare sviluppato presso l'Ospedale di Sondalo. Il percorso sarà orientato alla definizione di modalità integrate di valutazione, trattamento riabilitativo, supporto psicologico, monitoraggio clinimetrico e follow-up, anche attraverso strumenti digitali e di telemonitoraggio. L'obiettivo è sperimentare un modello organizzativo replicabile, fondato sull'integrazione tra centri di diverso livello, appropriatezza della presa in carico e continuità assistenziale per i pazienti con maggiore complessità clinica e funzionale.

Sviluppo dell'Oftalmologia pediatrica presso il Presidio Ospedaliero Buzzi

In considerazione della rilevanza epidemiologica e assistenziale delle patologie oculari congenite e acquisite dell'età evolutiva, nonché della necessità di assicurare percorsi diagnostici, terapeutici e di follow-up integrati e multidisciplinari, si prevede il progressivo sviluppo e consolidamento dell'attività di Oftalmologia pediatrica presso il Presidio Ospedaliero Buzzi dell'ASST Fatebenefratelli Sacco.

Il Presidio Buzzi rappresenta un punto di riferimento per l'assistenza pediatrica e neonatale nell'area metropolitana milanese e dispone di competenze specialistiche, servizi di supporto e collegamenti con l'area materno-infantile funzionali alla presa in carico dei pazienti pediatrici, anche nei casi a maggiore complessità. Lo sviluppo dell'Oftalmologia pediatrica si inserisce, inoltre, nel più ampio percorso di qualificazione del presidio quale ospedale dedicato alla salute del bambino, anche in relazione al potenziamento strutturale e organizzativo in corso.

Si dà indirizzo all'ASST Fatebenefratelli Sacco di sviluppare presso il Presidio Ospedaliero Buzzi l'attività di Oftalmologia pediatrica secondo un modello multidisciplinare e integrato, valorizzando la collaborazione tra le diverse professionalità coinvolte, in relazione alle specifiche necessità cliniche e assistenziali dei pazienti in età pediatrica.

Il percorso dovrà ricomprendere le attività ambulatoriali, diagnostiche e chirurgiche, la gestione delle urgenze, il follow-up dei pazienti affetti da patologie congenite, rare o complesse, nonché l'integrazione con i servizi territoriali e con le altre strutture della rete regionale pediatrica e oftalmologica.

A tal fine, si dà mandato all'ASST Fatebenefratelli Sacco di predisporre e trasmettere alla Direzione Generale Welfare uno specifico piano di sviluppo, nel quale siano definiti il modello organizzativo, i volumi di attività programmati, i percorsi assistenziali, i criteri di accesso, le modalità di raccordo con le altre strutture regionali e le relative fasi di attuazione.

Il piano dovrà altresì individuare le risorse necessarie a garantire un'adeguata dotazione di personale medico e del comparto, la disponibilità di spazi ambulatoriali dedicati, di sedute operatorie e di posti letto in regime di day surgery e di ricovero ordinario, nonché di tecnologie diagnostiche e chirurgiche appropriate all'età pediatrica e alla complessità delle prestazioni erogate.

L'ASST dovrà altresì provvedere, nell'ambito dell'aggiornamento del Piano di organizzazione aziendale strategico, all'individuazione dell'assetto organizzativo più adeguato e della relativa afferenza dipartimentale, nonché al progressivo adeguamento delle risorse professionali, strutturali, tecnologiche e organizzative necessarie allo svolgimento delle attività previste.

La Direzione Generale Welfare assicura il monitoraggio dell'attuazione del piano, dell'adeguatezza delle risorse, dei livelli di attività conseguiti e dell'integrazione del progetto nell'ambito della rete regionale dell'assistenza pediatrica e oftalmologica.

Cure palliative pediatriche

La DG Welfare, in collaborazione con ASST Spedali Civili di Brescia e Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori, procederà all'attivazione di un progetto dedicato alle cure palliative pediatriche, volto a definire la rete, a consolidare e sviluppare modelli organizzativi e assistenziali integrati per la presa in carico dei minori affetti da patologie inguaribili e/o ad elevata complessità assistenziale, nonché a garantire un adeguato supporto alle famiglie nell'ambito del percorso di cura.

Continuità Assistenziale Pediatrica

Direzione Generale Welfare dà mandato ad AREU e al Dipartimento interaziendale di Cure Primarie dell'ASST Fatebenefratelli Sacco di coordinare, in accordo con l'U.O. Polo Territoriale e l'U.O. Cure Primarie, l'implementazione di una progettualità riguardante l'introduzione di modalità innovative di organizzazione della Continuità Assistenziale Pediatrica in sinergia con le risorse territoriali in particolare con una Casa di Comunità, UNICA e con l'Ospedale dei Bambini "Vittore Buzzi".

Sperimentazione RSD 4.0

In allineamento con quanto previsto dagli indirizzi di programmazione regionale e dal Dlgs 62/2024 in tema di flessibilità del sistema dell'offerta per le persone con disabilità e per la loro famiglia, si avvia nel territorio di ATS Insubria e ATS Bergamo una sperimentazione relativa a forme di residenzialità temporanea, identificabili come ricoveri di sollievo presso le strutture RSD su posti accreditati non a contratto alla data del presente provvedimento, con tempi e durata come da vigente regolamentazione in ambito sociosanitario. Potranno essere coinvolti fino ad un massimo di 25 posti per ATS da suddividere su più strutture affinché i posti destinati non superino il 15% della capacità ricettiva totale. Le tariffe dovranno essere le stesse applicate all'utenza ordinaria.

Si tratta di una progettualità che prevede un coinvolgimento sinergico di ASST e Ambiti territoriali al fine di prevedere per le persone con disabilità inserimenti programmati nel tempo, tali da consentire la programmazione di spazi e periodi di ristoro/sollievo alla famiglia lungo l'anno permettendo, al contempo, la frequenza dei servizi diurni di appartenenza (CDD), laddove attivati.

Per i periodi di sollievo, alla struttura residenziale sarà chiesto di adempiere alla redazione del FASAS tracciando ogni intervento in coerenza con il Progetto individuale e del PAI/PEI. Il gestore del CDD, che continua a tenere in carico la persona interessata, dovrà condividere il progetto con il gestore della struttura residenziale nell'ottica di una predisposizione delle attività atte a soddisfare i bisogni dell'ospite e della sua famiglia.

Relativamente alle modalità di rendicontazione seguiranno indicazioni specifiche da parte della U.O. Polo Territoriale.

Le ATS entro il mese di ottobre dovranno inviare il progetto approvato di durata annuale.

Al fine della realizzazione delle attività sono previsti euro 1.000.000,00 da dividere tra le due ATS.

Sperimentazione dimissioni ospedaliere

Progetti sperimentali per favorire percorsi di presa in carico anziani con particolare attenzione alle transizioni di setting: estensione dei territori coinvolti

La DGR 4938 del 4/8/2025 ha dato avvio a due progettualità finalizzate alla gestione del cosiddetto fenomeno del bed-blocker unitamente alla gestione delle situazioni di persone, sia inserite in setting sanitari o sociosanitari sia provenienti dal domicilio, che necessitano di un monitoraggio sanitario e

supporto sociale per la preparazione del rientro a domicilio/luogo di vita prescelto al fine di evitare accessi in PS o permanenze prolungate in setting sanitari o sociosanitari inappropriati.

I progetti definiti da ATS Brianza e ATS Insubria con l'individuazione quali enti capofila rispettivamente ASST Lecco e ASST Sette Laghi sono stati avviati alla fine del 2025, con la finalità di sviluppare specifici percorsi di presa in carico residenziali transitori per facilitare e accompagnare il rientro al domicilio in coerenza con quanto previsto dal DPCM 12/01/2017 e nell'ottica dell'integrazione sociosanitaria e della coprogettazione con i soggetti del terzo settore attraverso gli strumenti previsti dal D.lgs. 117/17 e specifici accordi con i servizi sociali o con altri enti attivi sul territorio.

A conclusione del primo semestre di attività, tali progetti, seppur in presenza di diverse dinamiche di sviluppo, hanno evidenziato elementi di impatto sia sui percorsi delle singole persone interessate che sul sistema integrato dei servizi.

Nel dettaglio i due progetti si sono rivolti a persone in prevalenza over 70 anni, provenienti nella quasi totalità da reparti ospedalieri, soltanto n. 2 da OdC, n. 1 da Ps e n. 1 dal domicilio.

Rispetto al totale di persone accolte nei progetti, la percentuale di dimissione è stata nell'ASST Sette Laghi pari al 71,4% con un tempo medio di degenza di 40 giorni e nell'ASST Lecco pari al 77,7% con un tempo medio di degenza pari a 57,85. Per quanto concerne il percorso successivo al periodo di residenzialità transitoria, nell'ASST Sette Laghi il 44% è stato inserito in una RSA, il 29% è rientrato a domicilio, l'11% è deceduto, l'8% è stato ricoverato in ospedale, il 4% in un cohousing, il 2% è stato inserito in un Hospice e un ulteriore 2% in OdC. Nell'ASST Lecco il 42,8 % è stato inserito in una RSA ed il 57,1% è rientrato a domicilio con l'attivazione in alcuni casi delle cure domiciliari.

Alla luce di tali elementi si intende consolidare l'obiettivo di definire e implementare percorsi volti in particolare alla gestione di:

- “Dimissioni difficili”, ovvero le dimissioni ospedaliere di persone che vivono una situazione di disabilità permanente o temporanea per la quale è richiesta la mobilitazione di risorse umane ed organizzative che vanno oltre la potenzialità del paziente e dei suoi familiari, implicando un coinvolgimento particolare della rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali;
- Persone anziane a domicilio, che richiedono periodi di sorveglianza sanitaria in ambiente protetto di breve-medio termine (solievo o avvenimenti che non rendono disponibile il caregiver);
- Percorsi per persone anziane segnalate dal Medici di Assistenza Primaria o Centrale Unica o dal PS che richiedono un periodo di osservazione e per le quali il ricovero ospedaliero o in Ospedale di Comunità sarebbe inappropriato.

Al fine di pervenire all'individuazione di un modello di intervento da applicare a tutto il territorio, si ritiene quindi di ampliare la sperimentazione in atto, coinvolgendo un territorio con dimensioni e popolazione maggiori. Si ritiene pertanto di dare mandato ad ATS Milano di sviluppare un progetto a valere su tutto il territorio di competenza prevedendo la partecipazione attiva delle ASST di riferimento e degli ambiti territoriali per la presa in carico delle persone con fragilità sociale.

In continuità con i due progetti già avviati nel 2025, dovranno essere sviluppati specifici percorsi di presa in carico residenziali transitori per facilitare e accompagnare il rientro al domicilio o in altra collocazione appropriata, in coerenza con quanto previsto dal DPCM 12/1/2017 anche in tema di durata e di applicazione delle compartecipazioni. In relazione alle dimensioni del territorio interessato ed in una logica di prossimità, tale progettualità potrà coinvolgere più soggetti gestori di UdO sociosanitarie residenziali su posti accreditati e non a contratto, presenti nei territori afferenti alle ASST, e qualora siano previste delle tariffe, deve essere garantita la coerenza con i sistemi di remunerazione nazionali (Lea) e regionali in uso.

Resta comunque inteso che le suddette soluzioni operative potranno essere impostate nell'ottica dell'integrazione sociosanitaria e della coprogettazione con i soggetti del terzo settore attraverso gli

strumenti previsti dal D.lgs. 117/17 e specifici accordi con i servizi sociali o con altri enti attivi sul territorio.

Le azioni di durata annuale dovranno prevedere l'effettivo avvio entro il mese di ottobre 2026 per cui si chiede a ATS Milano di trasmettere alla DG Welfare – U.O. Polo Territoriale – l'atto di approvazione del progetto che dovrà contenere almeno i seguenti elementi:

- Target popolazione;
- Criteri di eleggibilità degli ospiti;
- Modello del percorso clinico assistenziale;
- Durata della residenza transitoria;
- Definizione delle tipologie di sedi per il progetto;
- Costi;
- Indicatori di esito.

A tal fine vengono destinate risorse complessivamente pari a 3 milioni di euro che dovranno essere rivolte alle attività al fine di sviluppare la progettualità sui territori afferenti alle ASST.

Welfare culturale e prescrizione sociale: sperimentazioni di collaborazione tra sistema sociosanitario e istituzioni culturali

In coerenza con il protocollo d'intesa sottoscritto il 28 aprile 2026 tra Ministero della Cultura e Ministero della Salute, volto a misurare l'efficacia della fruizione dell'arte e della cultura sul benessere delle persone (con particolare riguardo a bambini, anziani e pazienti affetti da malattie neurodegenerative e sofferenze psichiche) e con i lavori del gruppo dedicato della Conferenza delle Regioni, la DG Welfare intende promuovere l'integrazione tra sistema sociosanitario e sistema culturale nella prospettiva del welfare culturale.

A tal fine, le ATS e le ASST sono invitate a sviluppare, in collaborazione con le istituzioni culturali del territorio e in raccordo con la DG Cultura, progettualità sperimentali di prescrizione sociale e culturale, anche valorizzando le esperienze pilota già avviate (tra cui quelle delle ASST Lecco e ASST Sette Laghi). Le sperimentazioni dovranno prevedere modalità strutturate di valutazione degli esiti in termini di benessere e salute, nonché eventuali percorsi formativi rivolti al personale sanitario e non sanitario, in coerenza con quanto previsto dal protocollo nazionale.

Rete grandi ustioni

Nel secondo semestre 2026 viene attivata la Rete Grandi Ustioni che vede capofila l'ASST Grande Ospedale Niguarda – SC Grandi Ustioni. L'obiettivo della rete è la definizione del ruolo delle strutture ospedaliere, della formazione degli specialisti, al fine di ottimizzare la risposta in tutto il territorio regionale.

APPENDICI

Appendice 1: *Elenco dei Centri Hub e Spoke della Rete Pancreas Unit* (§ Aggiornamento Pancreas Unit)

Tabella 1- Centri Hub per la diagnosi e cura dei tumori del pancreas

Centri Hub per la diagnosi e cura dei tumori del pancreas	
1.	ASST Cremona – P.O. Cremona
2.	ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda
3.	ASST Mantova – P.O. Carlo Poma Mantova
4.	ASST Ovest Milanese – P.O. Legnano
5.	ASST Papa Giovanni XXIII – P.O. Papa Giovanni XXIII Bergamo
6.	ASST Sette Laghi - Ospedale di Circolo e Fond. Macchi Varese
7.	ASST Spedali Civili di Brescia – P.O. Spedali Civili Brescia
8.	Casa di Cura Poliambulanza
9.	Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
10.	Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo Pavia
11.	Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori
12.	IRCCS Istituto Clinico Humanitas
13.	IRCCS Ospedale San Raffaele

Tabella 2 - Centri Spoke per l'Oncologia medica

Centri Spoke per l'Oncologia medica	
1.	ASST Bergamo Est – P.O. Seriate
2.	ASST Bergamo Ovest – P.O. Treviglio-Caravaggio
3.	ASST Brianza - P.O. Vimercate
4.	ASST Crema - P.O. Crema
5.	ASST Fatebenefratelli Sacco – P.O. Fatebenefratelli e Oftalmico
6.	ASST Fatebenefratelli Sacco – P.O. Sacco
7.	ASST Garda – P.O. Manerbio
8.	ASST Garda – P.O. Gavardo
9.	ASST Garda – P.O. Desenzano
10.	ASST Lariana – P.O. Sant'Anna
11.	ASST Lodi – P.O. Lodi
12.	ASST Lecco – P.O. Manzoni Lecco
13.	ASST Lecco – P.O. Merate
14.	ASST Melegnano e Martesana - P.O. di Vizzolo Predabissi
15.	ASST Pavia - Ospedale Civile di Vigevano
16.	ASST Pavia - Ospedale Civile di Voghera
17.	ASST Rhodense - Ospedale di Circolo di Rho

18. ASST Valcamonica - P.O. Esine
19. ASST Valle Olona – P.O. S. Antonio Abate di Gallarate
20. ASST Valle Olona – P.O. Saronno
21. ASST Valtellina e Alto Lario - P.O. di Sondrio
22. Congregazione Suore Infermiere dell'addolorata - Ospedale Valduce
23. Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico
24. IRCCS Istituto Europeo di Oncologia
25. Istituti Ospedalieri Bergamaschi - Policlinico San Marco
26. Istituti Ospedalieri Bergamaschi - Policlinico San Pietro
27. Policlinico di Monza
28. ASST Santi Paolo e Carlo – P.O. San Carlo Borromeo
29. ASST Santi Paolo e Carlo – P.O. San Paolo

Tabella 3 - Centri Spoke per l'Endoscopia Digestiva Diagnostica e Interventistica/Gastroenterologia

Centri Spoke per l'Endoscopia Digestiva Diagnostica e Interventistica/Gastroenterologia	
1. ASST Bergamo Est – P.O. Seriate	
2. ASST Bergamo Ovest – P.O. Treviglio-Caravaggio	
3. ASST Brianza - P.O. Vimercate	
4. ASST Crema - P.O. Crema	
5. ASST Fatebenefratelli Sacco – P.O. Fatebenefratelli e Oftalmico	
6. ASST Fatebenefratelli Sacco – P.O. Sacco	
7. ASST Franciacorta – P.O. Chiari	
8. ASST Garda – P.O. Manerbio	
9. ASST Garda – P.O. Gavardo	
10. ASST Garda – P.O. Desenzano	
11. ASST Lariana – P.O. Sant'Anna	
12. ASST Lecco – P.O. Manzoni Lecco	
13. ASST Lodi – P.O. Lodi	
14. ASST Melegnano e Martesana - P.O. di Vizzolo Predabissi	
15. ASST Pavia - Ospedale Civile di Vigevano	
16. ASST Pavia - Ospedale Civile di Voghera	
17. ASST Rhodense - Ospedale di Circolo di Rho	
18. ASST Valcamonica - P.O. Esine	
19. ASST Valle Olona – P.O. Busto Arsizio	
20. Casa di cura S. Maria Spa - Multimedica	
21. Congregazione Suore Infermiere dell'addolorata - Ospedale Valduce	
22. Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico	
23. IRCCS Istituto Europeo di Oncologia	

24.	IRCCS Multimedica Sesto S.G.
25.	Istituti Ospedalieri Bergamaschi - Policlinico San Marco
26.	Ospedale San Giuseppe - Multimedica
27.	Policlinico di Monza
28.	ASST Santi Paolo e Carlo - P.O. San Carlo Borromeo
29.	ASST Santi Paolo e Carlo - P.O. San Paolo

Tabella 4 - Centri Spoke per la Radioterapia

Centri Spoke per la Radioterapia	
1.	ASST Lariana – P.O. Sant'Anna
2.	ASST Valtellina e Alto Lario - P.O. di Sondrio
3.	IRCCS Istituto Europeo di Oncologia SRL
4.	Istituti Ospedalieri Bergamaschi - Policlinico San Marco
5.	Policlinico di Monza

12.2.B. Contrasto all'obesità

Dopo il secondo paragrafo dell'elenco delle attività, si aggiunge:

In relazione al Decreto Direttore Generale Welfare 2974 del 09/03/2026, si ritiene di estendere la sperimentazione ad altre realtà territoriali: gli Enti che intendono partecipare al progetto preventivo sperimentale in atto devono manifestare il loro interesse alla DG Welfare – U.O. Prevenzione tramite nota in pec entro il 30 settembre 2026.

Il 4° e 5° paragrafo dell'elenco delle attività, sotto riportati:

- 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.

vengono modificati come segue:

ATS – Le ATS coordinano le attività delle proprie SC IAN e Promozione della Salute in coerenza con le indicazioni del TaRSiN al fine di sviluppare un programma pluriennale di interventi integrati e multisettoriali per la prevenzione dell'eccedenza ponderale nelle diverse fasce di età attraverso la promozione della Dieta Mediterranea e di uno stile di vita attivo e contrasto alla sedentarietà, anche in collaborazione con ASST, IRCCS e strutture private accreditate a contratto identificate all'interno della Rete regionale dell'Obesità.

12.2. D. Insinergia e Sintesi

Viene inserita la seguente integrazione: “Per l'erogazione di prestazione per i cittadini arruolati nel progetto INSINERGIA si utilizza l'esenzione D01 fermo restando che i scosti sono a carico del progetto medesimo.

Attività epidemiologiche sui Siti di Interesse Nazionale – SIN.

La U.O. a valenza regionale Epidemiologia per la Prevenzione sviluppa attività di analisi e valorizzazione epidemiologica riferite ai territori interessati da SIN, in raccordo con le ATS e con le strutture regionali coinvolte. È prevista la predisposizione di un report generale sulle attività realizzate, sulle fonti informative, sugli indicatori utilizzati e sul modello organizzativo, nonché di un lavoro scientifico finalizzato alla presentazione dei risultati e delle ricadute per la programmazione di sanità pubblica.”

12.3 Piano Pandemico - PANFLU

In preparazione alla stagione influenzale 2026/2027 si invitano le Aziende ad attivare le azioni previste ai punti G, H, I della DGR 5589/2025.

Si precisa che la vaccinazione antinfluenzale è stata individuata tra gli indicatori core NSG e verrà misurata la copertura over 65 anni.

• NUOVO PUNTO L:

Nelle more del riparto delle risorse previste dalla L. 30.12.2025 n. 199 “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2026 e bilancio pluriennale per il triennio 2026-2028”, ai commi 340 e 341, destinate alla Prevenzione nella misura di 238 ml/Euro a decorrere dal 2026, cui si aggiungono, per il solo 2026, ulteriori 247 ml/Euro, si calcola, in via cautelativa, una assegnazione alla Lombardia di circa 75 ml/Euro per il 2026.

In accordo con la U.O. Cure Primarie e U.O. Farmaceutica e Dispositivi Medici ed in attesa dell'assegnazione definitiva, si ritiene di attivare, sin da subito, le seguenti attività a sostegno della campagna influenzale 2026/2027:

- Finanziamento delle attività per la stagione influenzale 2026/2027, fino a 18 milioni:
 - 10 milioni di euro per MMG per premialità campagna vaccinale;
 - 1,5 milioni di euro per PLS per premialità campagna vaccinale;
 - 1 milione di euro per tamponi MMG;
 - 2 milioni di euro per tamponi PLS;
 - 3,2 milioni di euro per i costi derivanti dalla somministrazione, da parte delle Farmacie di Comunità, dei vaccini antinfluenzali e anti-covid e anti-pneumococco per la stagione vaccinale 2026/2027;
 - 300.000 euro per l'offerta delle vaccinazioni in setting ambulatoriale per strutture sanitarie o sociosanitarie private accreditate (le ATS inviano alla DG Welfare U.O. Prevenzione entro il 30 settembre la proposta organizzativa; sono escluse le vaccinazioni erogate in ambito di ricovero).
- **Nuovo punto M:** Ai fini del completamento del laboratorio ad alto contenimento biologico (BSL-4), attualmente in fase di realizzazione presso il nuovo reparto collocato all'interno del Padiglione di Malattie Infettive della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia, destinato a consentire l'analisi in condizioni di massima sicurezza dei patogeni a più elevata contagiosità e virulenza, si rende disponibile un finanziamento pari a euro 2,5 milioni, a valere sulle risorse residue del PANFLU 2023 ancora disponibili nell'ambito della Gestione Sanitaria Accentrata (GSA).

12.4 Dati ed epidemiologia

• **NUOVO PUNTO P:**

Rapporti survey di popolazione. In raccordo con la U.O. a Valenza Regionale Promozione della Salute, la U.O. a valenza regionale Epidemiologia per la Prevenzione contribuisce alla predisposizione di un rapporto epidemiologico integrato sui dati dell'indagine multiscopo e delle sorveglianze sugli stili di vita nella popolazione, con particolare riferimento a HBSC e all'indagine 0-2 anni. Il rapporto è finalizzato alla lettura dei determinanti di salute, delle disuguaglianze territoriali e di popolazione e alla valutazione degli stili di vita, a supporto della programmazione regionale e locale degli interventi di promozione della salute.

• **NUOVO PUNTO Q:**

Coordinamento e indirizzo delle attività per la messa a sistema del Portale Profili di Salute Regionale entro novembre.

12.7 Organizzazione e formazione della prevenzione

- **Il punto D viene così integrato:** "Le ATS ai fini del miglioramento delle prestazioni erogate, sono chiamate a trovare soluzioni anche di tipo innovativo, per risolvere le non conformità e le osservazioni rilevate";
- **Il punto J viene così integrato:** "Predisposizione di un documento, esito del corso di formazione manageriale, che illustri il modello organizzativo di integrazione e definizione dei ruoli DIPS - Dip. Funzionali di Prevenzione";
- **Il punto O viene integrato come segue:** "Avvio di tavoli di confronto con gli stakeholder del territorio, finalizzati a favorire la governance locale e la partecipazione alla definizione del Piano Locale di Prevenzione. Nel corso del 2026, a seguito della conclusione degli incontri dedicati al Piano Regionale della Prevenzione, ciascuna ATS organizza almeno un ulteriore incontro finalizzato alla raccolta di contributi utili alla predisposizione del Piano Locale di Prevenzione da definire entro febbraio 2027. I contributi proposti dovranno essere coerenti con gli indirizzi del Piano Nazionale della Prevenzione e agli altri Piani della Prevenzione (PANFLU, PNCAR, PRPV etc.) e associati a specifici obiettivi e relativi indicatori misurabili";
- **Il punto P viene integrato come segue:** "La U.O. Prevenzione proporrà un format di rendicontazione a cui tutti gli enti dovranno attenersi".

12.8 Sorveglianza malattie infettive

- **Il punto A:** “Per le ASST e gli IRCCS pubblici si prevede la conclusione del processo di integrazione dei LIS aziendali con MICROBIO 2.0 già finanziato negli esercizi precedenti. Nello specifico entro maggio 2026 tutti gli Enti pubblici devono avere completato e validato qualitativamente l'integrazione e concluso tutto il recupero dei dati relativi all'annualità 2025.”

è sostituito con

Per le ASST e gli IRCCS pubblici si prevede la conclusione del processo di integrazione dei LIS aziendali con MICROBIO 2.0 già finanziato negli esercizi precedenti. Nello specifico entro settembre 2026 tutti gli Enti pubblici devono avere completato e validato qualitativamente l'integrazione e concluso tutto il recupero dei dati relativi all'annualità 2025.”

- **Il punto B è soppresso;**
- **Il punto D è sostituito con:** Sviluppo del gestionale SIRIO (Sistema Integrato per il Rischio Infettivo nelle Organizzazioni) a disposizione degli Enti per il governo delle attività.

Obiettivi 2026:

- sviluppo moduli di Sorveglianza PPS e Osservazione Igiene Mani;
- istruttoria privacy per integrazione altri flussi (MICROBIO, ADT, Cartella Clinica Elettronica, Farmaceutico, SDO, PS, ecc.);
- **Il punto G è soppresso;**
- **Il punto L:** “SMI – Integrazione con funzionalità di AI per il supporto alla compilazione da parte del segnalatore e da parte dell'operatore ATS.”

è sostituito con

“SMI – Analisi di fattibilità per l'integrazione di SMI con funzionalità di AI per il supporto alla compilazione da parte del segnalatore e da parte dell'operatore ATS”;

- **al punto X:** la percentuale attesa per la compilazione in SMI degli alimenti sospetti, in caso di MTA, viene modificata da 100% a >95%;
- **NUOVO PUNTO Z:** "Inserimento dell'Associazione "Arcigay Pavia" e della Cooperativa di Bessimo di Concesio (BS) nella Commissione Regionale AIDS di cui al Decreto n. 10287 del 7.7.2023.

12.9 Vaccinazioni

- **il punto K:** Le ASST mettono a disposizione, senza ritardo, i vaccini necessari ai centri vaccinali e agli altri erogatori ad esse collegati (finanziamento previsto fino a 180 milioni di euro FSN)

è integrato con

L'offerta vaccinale prevede anche l'offerta della vaccinazione anti-rabbia gratuitamente ai cittadini fino ai 18 anni compiuti (18 anni e 365 giorni) che programmano un viaggio all'estero verso Paesi con rischio epidemiologico (previste circa 1.250 dosi annue per un controvalore economico di 51.862,50€ all'anno) a valere sulle risorse del FSN.

- **NUOVO PUNTO Z**

Al fine di favorire l'adesione alla vaccinazione anti-herpes zoster e di garantire al cittadino un'offerta vaccinale semplice e omogenea, si estende l'offerta della vaccinazione anti-Herpes Zoster alle Farmacie di Comunità. Le Farmacie di Comunità potranno erogare il vaccino esclusivamente ai cittadini a partire dalla coorte dei 65 anni (nel 2026: nati nel 1961 e precedenti); il vaccino sarà fornito tramite la Distribuzione Per Conto sia alle Farmacie di Comunità che ai MMG. Per l'attivazione dell'offerta seguiranno indicazioni operative di dettaglio da parte della U.O. Prevenzione entro il 31/12/2026.

Tale offerta prevede 60.000 cicli vaccinali (120.000 dosi) per un costo di 22 ml/Euro per l'acquisto di vaccini, ed 800.000 euro per i costi di somministrazione (MMG e farmacie) e per la consegna (a MMG o Farmacie).

La copertura dei costi sarà assicurata nell'ambito delle risorse previste dalla L. 30.12.2025 n. 199 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2026 e bilancio pluriennale per il triennio 2026-2028", ai commi 340 e 341, destinate alla Prevenzione, già precedentemente dettagliate.

12.10 Infection Prevention and Control (IPC) e igiene ospedaliera (ASST/IRCSS)

- **Il punto I è integralmente sostituito come segue:** "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 dicembre 2026**".

12.11 Sicurezza alimentare, acque potabili e nutrizione PSSR 3.2

REGIONE

- **Il punto B viene integralmente sostituito, come segue:** "Predisposizione della procedura la 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";
- **Il punto C viene integralmente sostituito, come segue:** "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 6 eventi formativi di cui almeno 1 in tema MTA**);
- **Il punto E:** si ritiene di eliminare il punto, poiché sono in corso di valutazione strumenti standardizzati con la U.O. Veterinaria anche tramite il gestionale regionale IRIS;
- **Il punto G viene integrato come segue:** Le indicazioni riguardo le Unità di Offerta Sociosanitaria e riguardo lo screening nutrizionale sono definite nel presente atto insieme alla U.O. Organizzazione Progetti Trasversali e Ricerca – Reti di Patologia al paragrafo Chiarimenti in merito agli indirizzi Regionali per l'effettuazione dello screening nutrizionale e la gestione del rischio di malnutrizione";
- **Punto I, l'ultimo capoverso è modificato come segue:** Programmazione definitiva e inizio prime attività entro dicembre 2026;
- **Il punto K è così sostituito:** Avvio di indagini di customer satisfaction presso gli operatori della filiera agroalimentare sottoposti a controllo ufficiale a discrezione dei singoli SIAN, sulla base dell'analisi dell'attività di customer svolta negli anni precedenti, mediante sistemi interni;
- **Il punto R è così sostituito:** 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 **settembre** sul numero di ispezioni, provvedimenti e sanzioni da pubblicare almeno sul sito web).

U.O. A VALENZA REGIONALE SIAN

- **il punto AA è SOPPRESSO.**

12.12 Rete di laboratori SRPS

RETE DI LABOATORI DI PREVENZIONE ATS

- **Il punto A è integralmente sostituito come segue:** "Attivazione del sistema informativo unico dei laboratori di Prevenzione (LIMS) in produzione entro il 30 settembre 2026, e a regime, entro il 31

dicembre 2026. Tale sistema informativo è denominato LYSA che diventa pertanto l'unico LIMS per i laboratori di Prevenzione”;

- **Il punto E è SOPPRESSO;**
- **Il punto I è così integrato:** “Entro il 30 settembre 2026, ATS di Milano dovrà presentare il progetto del nuovo laboratorio delle acque reflue, completo di analisi dei fabbisogni”.

RETE DI LABORATORI UOOML

- **Il punto Q è sostituito con:** “entro il 30 settembre 2026 la U.O. a valenza regionale dei Laboratori di Prevenzione inoltrerà la proposta di aggiornamento degli allegati alla DGR 3699/2024 in accordo con le UOOML”.

12.13 Screening

ATS/ASST

- **Al punto Z: Screening Polmone, si aggiunge** “Le ATS rendicontano le prestazioni attraverso il flusso sanitario 28/san utilizzando il codice di esenzione d01 e il tipo di prestazione s (screening). Le prestazioni rendicontabili sono cod. “87.41 TC del torace”, “89.7 prima visita” oppure “94.09 colloquio psicologico clinico”.

Nelle more dell'aggiornamento della DGR 4443/2025, per il quale sono in corso gruppi di lavoro dedicati, si ritiene di ricomprendere, nella fase di arruolamento dello screening al polmone, pazienti della fascia di età 55-74 anni.

Con successivo provvedimento sarà rinnovata la manifestazione di interesse già prevista dalla DGR 4443/2025, per individuare ulteriori punti Hub o Spoke per l'erogazione di screening del tumore al polmone.

- **NUOVO PUNTO JJ**

Al fine di aumentare l'offerta di screening oncologico sono messe a disposizione risorse fino a 10 milioni di euro per:

- Attivazione di call center dedicati alla chiamata attiva dei cittadini per l'arruolamento in screening tramite ATS;
- Attivazione di servizi di supporto alla medicina generale per l'utilizzo di SCREENUP e il richiamo dei pazienti non aderenti;
- Acquisizione di sistemi mobili (Motorhome, camper) per l'erogazione di servizi sul territorio;
- Supporto allo sviluppo di sistemi di IA in coerenza con le indicazioni regionali;

Entro il 30 settembre le ATS e le ASST inviano alla U.O. Prevenzioni proposte di attivazione in relazione ai punti di cui sopra. Si precisa che le attività di comunicazione ai cittadini saranno verificate e coordinate in accordo con la U.O. Organizzazione offerta, progetti trasversali e ricerca.

La copertura dei costi sarà assicurata nell'ambito delle risorse previste dalla L. 30.12.2025 n. 199 “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2026 e bilancio pluriennale per il triennio 2026-2028”, ai commi 340 e 341, destinate alla Prevenzione, già precedentemente dettagliate.

U.O. A VALENZA REGIONALE CENTRO SCREENING

- **Il punto GG è modificato come segue:** “Attivazione di Percorsi di audit dello screening del cervicocarcinoma (ONS), dello screening coloretale (SIED) (almeno 2 audit) e attivazione percorso di audit dello screening mammografico”;
- **NUOVO PUNTO KK**

Valutazione di un sistema di classificazione della storia familiare nei percorsi di screening. In continuità con le attività di valutazione dell'impatto dei programmi di screening oncologici e in raccordo con la U.O. a Valenza Regionale Screening, la U.O. a valenza regionale Epidemiologia per la Prevenzione

contribuisce alla valutazione di un sistema di classificazione della storia familiare utile alla stratificazione del rischio e alla personalizzazione dell'offerta. L'attività prevede l'analisi di completezza e qualità dei dati, uniformità applicativa, indicatori di processo e di esito, impatto organizzativo e possibilità di integrazione nei flussi informativi e nei percorsi regionali di screening.

12.17 Salute e sicurezza sul lavoro

- **Il punto F è integrato come segue:** “Le ATS programmano iniziative di comunicazione sul territorio e garantiscono la partecipazione alle iniziative centrali organizzate da Regione Lombardia, avendo cura di evitare sovrapposizioni. Le ATS trasmettono alla DG Welfare, entro il 30 settembre 2026, il programma degli eventi territoriali. ATS Milano, in continuità con l'anno precedente, organizza un concorso rivolto agli studenti universitari volto a premiare le migliori tesi di laurea discusse in Lombardia aventi ad oggetto la tutela della salute e della sicurezza sul lavoro. Le ATS, predispongono i materiali informativi e divulgativi secondo le indicazioni che saranno fornite dalla DG Welfare;
- **Il punto J è integrato come segue** “Le ATS trasmettono alla DG Welfare la documentazione progettuale del piano mirato di prevenzione riferito a macchine o attrezzature, realizzato per il tramite dell'area impiantistica, che dovrà concludersi entro la fine del 2026”;
- **Si aggiunge il punto Q:** Al fine di garantire il monitoraggio corretto degli eventi d'infortunio indagati ed assicurare il debito informativo verso INAIL, in coerenza con quanto definito in passato, i servizi PSAL delle ATS aprono una pratica nell'applicativo Gestione Pratiche Infortunio (Ge.P.I.) per ogni infortunio di cui viene effettuata un'indagine. Per gli infortuni mortali la pratica in Ge.Pi deve essere tassativamente aperta entro le 24 ore dall'evento, caricando le informazioni essenziali già comunicate ai Servizi. Il Tavolo Tecnico relativo al Sistema Informativo I.M.Pre.S.@ curerà che la registrazione dei controlli sulle imprese riporti il numero di pratica Ge.P.I.”.

12.18 Autorità Unica Sicurezza Chimica (ATS/DIPS)

12.18.6. Utilizzo proventi sanzioni REACH/CLP per il miglioramento dei controlli

- **Il punto I È SOPPRESSO.**

One Health - Integrazioni alla DGR XII/5589 del 30/12/2025

16.2.5 Sicurezza Alimentare

- **In relazione al punto K,** si precisa che non riguarda le attività SIAN.

Appendice 3: *Elenco delle prestazioni previste nei programmi di screening* (§ Aggiornamento delle prestazioni previste nei programmi di screening)

Tabella 1 – Screening mammella

Screening mammella	
Codice Nomenclatore	Descrizione
89.01.4	VISITA SENOLOGICA (CONTROLLO)
89.7A.4	VISITA SENOLOGICA (PRIMA VISITA)
89.7B.1	PRIMA VISITA DI GENETICA MEDICA. Visita specialistica genetica con esame obiettivo e valutazione della documentazione clinica recente e remota. Incluso: primo colloquio, anamnesi personale e familiare, costruzione di un albero genealogico familiare nei rami paterno e materno per almeno 3 generazioni. Consultazione della letteratura scientifica e di database di genetica clinica specifici. Formulazione dell'ipotesi diagnostica. Scelta del test genetico appropriato. Spiegazione vantaggi e limiti del test genetico e somministrazione consensi informati. Scrittura della relazione. Escluso: Visita multidisciplinare 89.07
89.07.1	VISITA MULTIDISCIPLINARE SENOLOGIA
87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE DX e SX SENZA CONTRASTO
87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE
87.37.4	MAMMOGRAFIA BILATERALE SENZA E CON MDC. Non associabile a 88.92.9 RM MAMMARIA MONO E/O BILATERALE SENZA E CON MDC
88.73.1	ECOGRAFIA MONO/BILATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso ecografia del cavo ascellare. Incluso: color Doppler se necessario. Incluso: eventuale valutazione clinica della mammella
88.92.9	RM MAMMARIA MONO/BILATERALE SENZA E CON MDC
88.92.C	RM MAMMARIA MONO/BILATERALE
40.19.1	AGOBIOPSIA LINFONODALE ECOGUIDATA
85.11.6	BIOPSIA ECOGUIDATA DELLA MAMMELLA CON TRU-CUT
85.11.1	AGOSPIRATO ECOGUIDATO DELLA MAMMELLA. Biopsia con ago sottile della mammella
85.21.1	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DELLA MAMMELLA. Ecoguidata
85.11	AGOASPIRATO DELLA MAMMELLA. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo
85.11.2	AGOASPIRATO DELLA MAMMELLA IN STEREOTASSI. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo
85.11.3	BIOPSIA [PERCUTANEA] MAMMARIA "VACUUM ASSISTED" ECOGUIDATA
85.11.4	BIOPSIA [PERCUTANEA] MAMMARIA "VACUUM ASSISTED" IN STEREOTASSI
85.11.7	BIOPSIA STEROTASSICA DELLA MAMMELLA CON TRU-CUT
91.39.J	ESAME CITOLOGICO ESFOLIATIVO MAMMELLA. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi
91.48.4	PRELIEVO CITOLOGICO
91.46.A	ES. ISTOPATOLOGICO MAMMELLA. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione, corrispondente ad una singola sede o singola lesione
91.46.8	ES. ISTOPATOLOGICO DELLA MAMMELLA. BIOPSIA VACUUM ASSISTED. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione, corrispondente ad una singola sede o singola lesione.
91.46.A	ES. ISTOPATOLOGICO MAMMELLA. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione, corrisponde ad una singola sede o singola lesione.

91.47.6	ES. ISTOPATOLOGICO SISTEMA LINFOEMOPOIETICO: da Agobiopsia linfonodale. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione
91.40.H	ES. ISTOPATOLOGICO DI CUTE E/O TESSUTI MOLLI. Escissione allargata o biopsie multiple o escissioni multiple. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi.
85.20	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI TESSUTO DELLA MAMMELLA. Incisione di ascesso mammario
90.16.3	CREATININA. Non associabile a 90.16.4
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE ATTIVATA (APTT) incluso test di miscela se necessario
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT) incluso test di miscela se necessario
90.62.2	EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico

Tabella 2 Screening colon-retto

Screening colon-retto	
Codice Nomenclatore	Descrizione
90.21.4	FECI SANGUE OCCULTO
89.7A.9	VISITA GASTROENTEROLOGICA (PRIMA VISITA)
89.01.9	VISITA GASTROENTEROLOGICA DI CONTROLLO
89.07	VISITA MULTIDISCIPLINARE. Incluso: eventuale stesura di PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE MULTIDISCIPLINARE
89.7A.4	PRIMA VISITA CHIRURGICA GENERALE
89.01.4	VISITA CHIRURGICA DI CONTROLLO
99.29.A	SEDAZIONE COSCIENTE. In corso di procedure ambulatoriali che lo prevedono
45.23.1	ILEOCOLONSCOPIA PER VIA RETROGRADA
45.23.2	ILEOCOLONSCOPIA RETROGRADA CON BIOPSIA
45.23	COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Escluso: RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (45.24)
45.23.3	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA per singolo segmento di colon. Escluso: i tratti parziali e le biopsie in sede multipla
45.23.4	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA per più segmenti di colon. Escluso: i tratti parziali e le biopsie in sede unica
45.24	RETTOSIGMOIDOSCOPIA (ENDOSCOPIO FLESSIBILE). Endoscopia del colon discendente. Non associabile a: 45.23
45.24.1	RETTOSIGMOIDOSCOPIA (ENDOSCOPIO FLESSIBILE) CON BIOPSIA SEDE UNICA. Endoscopia del colon discendente
45.24.2	RETTOSIGMOIDOSCOPIA (ENDOSCOPIO FLESSIBILE) CON BIOPSIA SEDE MULTIPLA. Endoscopia del colon discendente.
45.42	POLIPECTOMIA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI ENDOSCOPIA. Polipectomia di uno o più polipi.

45.42.1	POLIPLECTOMIA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI ENDOSCOPIA SEDE MULTIPLA. Polipectomia di uno o più polipi.
45.42.2	MUCOSECTOMIA DELL'INTESTINO CRASSO IN CORSO DI ENDOSCOPIA
91.41.8	ESAME ISTOPATOLOGICO APPARATO DIGERENTE. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione massimo 2 campioni.
91.41.E	ESAME ISTOPATOLOGICO APPARATO DIGERENTE. MUCOSECTOMIA. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi.
91.41.F	ESAME ISTOPATOLOGICO APPARATO DIGERENTE ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione massimo 6 campioni.
87.65.2	CLISMA OPACO CON DOPPIO CONTRASTO
88.01.9	TC COLON. Incluso: eventuale studio dell'addome extraintestinale e colonscopia virtuale. Non associabile a TC DELL'ADDOME SUPERIORE (88.01.1 e TC DELL'ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC (88.01.2), TC DELL'ADDOME INFERIORE (88.01.3), TC DELL'ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC (88.01.4), TC DELL'ADDOME COMPLETO (88.01.5), TC DELL'ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC (88.01.6)
90.16.3	CREATININA. Non associabile a 90.16.4
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
MAC 11	Manovre diagnostiche complesse invasive semplici (es. Puntura lombare). 1) Esecuzione delle manovre interventistiche 2) Visita medica 3) Esami ematochimici di controllo pre e post-procedura (se necessari) 4) Eventuali ulteriori esami o visite specialistiche 5) Eventuali esami radiologici di controllo Quantità max x pacchetto 30 a) Tempo di osservazione: 2-4 ore b) Farmaci utilizzati: non significativi c) Tempo assistenza infermieristica: pari al tempo di osservazione del paziente d) Tempo di assistenza medica: 1 ora
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT) incluso test di miscela se necessario
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE ATTIVATA (APTT) incluso test di miscela se necessario
90.62.2	EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico

Tabella 3 Screening cervice uterina

Screening cervice uterina	
Codice Nomenclatore	Descrizione
91.48.4	Prelievo citologico
91.38.5	Es. Citologico cervico vaginale (PAP test)
91.24.C	PAPILLOMAVIRUS [HPV] TIPIZZAZIONE GENOMICA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione
91.24.D	HPV screening triage citologico
89.26.3	PRIMA VISITA OSTETRICA. Incluso: eventuale prelievo citologico. Non associabile a 89.26.1 PRIMA VISITA GINECOLOGICA
89.26.4	VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale prelievo citologico. Non associabile al codice 89.26.2 VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO
89.26.1	PRIMA VISITA GINECOLOGICA. Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuali indicazioni in funzione anticoncezionale e preconcezionale. Non associabile a 89.26.3 PRIMA VISITA OSTETRICA
89.26.2	VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuale rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino, eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla vagina senza incisione, eventuali indicazioni per la gravidanza. Non associabile a 89.26.4
70.21	COLPOSCOPIA. Incluso: vulvosopia. Non associabile a 67.19.1 BIOPSIA MIRATA DELLA PORTIO E DELL'ENDOCERVICE A GUIDA COLPOSCOPICA SU UNA O PIU' SEDI
70.29.1	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI A GUIDA COLPOSCOPICA Non associabile a 70.21 COLPOSCOPIA. Incluso: vulvosopia
67.12	BIOPSIA MIRATA ENDOCERVICALE A GUIDA ISTEROSCOPICA
67.19.1	BIOPSIA MIRATA DELLA PORTIO E DELL'ENDOCERVICE A GUIDA COLPOSCOPICA SU UNA O PIU' SEDI. Non associabile a COLPOSCOPIA (70.21)
67.32	DEMOLIZIONE/ESCISSIONE DI LESIONE DELLA CERVICE UTERINA. Asportazione polipi cervicali, Asportazione condilomi mediante Diatermocoagulazione, Crioterapia, Laserterapia. Non associabile a 71.30.1
67.32.1	CONIZZAZIONE DELLA CERVICE UTERINA CON ANSA DIATERMICA O LASER A GUIDA COLPOSCOPICA
68.12.1	ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA CON O SENZA BIOPSIA DELL'ENDOMETRIO. Non associabile a 68.16.1
68.16.1	BIOPSIA ENDOMETRIALE. Non associabile a 68.12.1 ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA CON O SENZA BIOPSIA DELL'ENDOMETRIO
91.43.L	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO GENITALE. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione
91.43.D	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO GENITALE ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione
91.24.9	VIRUS PAPILLOMAVIRUS (HPV) Analisi qualitativa DNA Incluso: estrazione, amplificazione e rivelazione
91.43.E	Esame istologico app.to genitale da conizzazione cervice uterina (chirurgica, con ansa a radiofrequenza o altre metodiche). Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi
88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale. Incluso: colordoppler se necessario. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1), MONITORAGGIO ECOGRAFICO DEL CICLO OVULATORIO (88.78.1) e ISTEROSONOGRAMMA (87.83.2)

Tabella 4 Screening prostata

Screening prostata	
Codice Nomenclatore	Descrizione
89.7C.2	PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA. Incluso: esplorazione dei genitali esterni ed esplorazione rettale
89.01.Q	VISITA UROLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale rimozione e/o controllo del catetere vescicale e/o nefrostomico
90.56.9	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO [PSA] REFLEX (cut-off = 2,0 µg/L - = 10,0 µg/L). Incluso: esecuzione automatica di fPSA, referto di PSA + fPSA con calcolo del rapporto fPSA/PSA se PSA > 2,0 µg/L e < 10,0 µg/L
88.95.8	RM DI INGUINE. PROSTATA, SCROTO E/O PENE. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM
60.11	AGOBIOPSIA ECOGUIDATA DELLA PROSTATA. Approccio transperineale o transrettale
88.95.4	RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.97.9 e 88.97.C

Tabella 5 Screening epatite C

Screening epatite C	
Codice Nomenclatore	Descrizione
91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI. Incluso: eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS
91.19.3	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUALITATIVA DI HCV RNA. Incluso: estrazione, retrotrascrizione, amplificazione, rilevazione
91.19.4	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA . Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO