



ASSOLOMBARDA



Aiop Lombardia

Guida alla programmazione socio-sanitaria 2026 in Regione Lombardia

**Indirizzi di Programmazione della DG Welfare
e Legge di Bilancio**

VOLUME 1 | Sanità

Dispensa n°06/2026

A cura di
Area Life Science, Healthcare & Startup Assolombarda
AIOP Lombardia

Indice

Premessa.....	5
1. Monitoraggio liste d'attesa	7
<i>Specialistica ambulatoriale</i>	<i>7</i>
<i>Intelligenza Artificiale come supporto alla pratica clinica.....</i>	<i>8</i>
<i>Grandi Apparecchiature</i>	<i>8</i>
<i>Ricoveri</i>	<i>8</i>
<i>Sanità Integrativa</i>	<i>9</i>
2. Presa in carico del paziente cronico	11
3. Reti	13
<i>Reti assistenziali ed organizzative</i>	<i>13</i>
<i>Reti tempo dipendenti</i>	<i>14</i>
<i>Reti Polo Territoriale</i>	<i>14</i>
4. Sistemi informativi e Sanità digitale	16
<i>Scenario generale e strategie evolutive dei sistemi informativi regionali</i>	<i>16</i>
<i>Programmazione degli interventi di Sanità Digitale.....</i>	<i>18</i>
<i>Nuove iniziative regionali</i>	<i>20</i>
5. Investimenti	23
6. Polo territoriale.....	26
<i>Interventi</i>	<i>26</i>
<i>Attività di vigilanza e controllo di appropriatezza in ambito sociosanitario</i>	<i>28</i>
<i>Negoziatura e contrattualizzazione delle strutture sociosanitarie e dell'area salute mentale</i>	<i>29</i>
<i>Flussi sociosanitari.....</i>	<i>30</i>
7. Polo ospedaliero	36
<i>Accreditamento</i>	<i>36</i>
<i>Accreditamento sociosanitario</i>	<i>37</i>
<i>Accreditamento Case della Comunità</i>	<i>37</i>
<i>Riabilitazione per acuti.....</i>	<i>38</i>
<i>DM 70/2015 e riorganizzazione rete ospedaliera</i>	<i>38</i>
<i>Assistenza ai degenti</i>	<i>38</i>
<i>Tavoli di ottimizzazione allocazione delle risorse.....</i>	<i>39</i>
<i>Controlli NOC.....</i>	<i>39</i>
<i>Indicatori NSG.....</i>	<i>39</i>
<i>Progetti speciali</i>	<i>39</i>
<i>Servizi di medicina di laboratorio</i>	<i>40</i>
<i>Sistema Regionale Trapianti</i>	<i>41</i>

<i>Attività trasfusionale</i>	42
<i>HTA (Health Technology Assesment)</i>	43
<i>Innovazione tecnologica</i>	44
<i>Robotica</i>	44
<i>Risk Management</i>	44
<i>Mobilità sanitaria interregionale</i>	45
<i>Mobilità sanitaria internazionale</i>	45
<i>Funzioni non tariffate</i>	46
<i>Maggiorazioni tariffarie</i>	46
<i>Negoziazione sanitaria</i>	47
<i>Ricognizione posti letto subacuti</i>	59
8. Gestione del personale	62





Premessa

Gli indirizzi di programmazione 2026 derivano dal Piano Socio-Sanitario Regionale 2024-2028, con focus su invecchiamento della popolazione, calo della natalità ed aumento delle famiglie unipersonali.

L'obiettivo è quello di attuare strategie per garantire sostenibilità e accessibilità dei servizi.



1

Monitoraggio liste d'attesa

Specialistica ambulatoriale

Nel 2026 Regione Lombardia proseguirà le azioni avviate nel 2025 per ridurre i tempi di attesa nella specialistica ambulatoriale, attraverso un **Piano Operativo Regionale**. Gli Enti che hanno aumentato la produzione nel 2025 dovranno mantenere i livelli raggiunti, mentre quelli che non hanno garantito la produzione dovranno adottare misure per incrementarla.

Un elemento chiave sarà la **sperimentazione del percorso di tutela**, con uno stanziamento fino a **15 milioni di euro**. Questo percorso, coordinato dal CCR, garantirà le prestazioni quando non è possibile rispettare i tempi delle classi di priorità. Nella prima fase riguarderà la classe di priorità **“B”** per visite particolarmente critiche come otorinolaringoiatrica, ortopedica, urologica, cardiologica con ECG e neurologica. In questi casi si farà ricorso all'attività intramoenia, secondo quanto previsto dal CCNL.

Parallelamente, sarà monitorata l'**offerta di primi accessi** tramite i canali regionali e diretti degli Enti, per ridurre le mancate prenotazioni. Proseguirà il controllo sull'equilibrio tra attività istituzionale e ALPI, con eventuali interventi dei NAS in caso di criticità. È ribadito l'obbligo di mantenere **agende di prenotazione sempre aperte**, come previsto dalla normativa, con sanzioni per i trasgressori.

Nel 2026 continuerà la diffusione del **modulo prescrittivo regionale** presso i Medici di Assistenza Primaria e altri prescrittori. Gli Enti dovranno garantire i **percorsi di cura interni**, con prenotazioni dirette tramite sistemi integrati o convenzioni, monitorate con appositi indicatori.

Saranno inoltre verificate la funzionalità dei sistemi di accoglienza e il rispetto delle tempistiche, mentre sul fronte dell'**appropriatezza prescrittiva** si rafforzeranno i controlli e i tavoli di confronto con clinici e MAP, con report periodici sull'andamento delle prescrizioni.

Pag. 8: “si dà mandato alle ASST di effettuare un monitoraggio costante e un confronto continuativo con i clinici e MAP, nonché di istituire tavoli tematici dedicati all'appropriatezza prescrittiva, con particolare attenzione alle prestazioni emerse come maggiormente critiche in fase di analisi”

Proseguirà la collaborazione con i NAS per verificare l'attuazione delle direttive, e le eventuali inadempienze potranno incidere sul punteggio dei Direttori Generali.

Infine, gli Enti dovranno garantire la **pubblicazione dei referti nel Fascicolo Sanitario Elettronico entro 5 giorni** dalla prestazione, salvo eccezioni, assicurando la correttezza dei dati e dei metadati.

Intelligenza Artificiale come supporto alla pratica clinica

Nel 2026 verranno sviluppati progetti innovativi per introdurre strumenti di **Intelligenza Artificiale (IA)** a supporto dell'attività clinica, con l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza prescrittiva e favorire la sostenibilità del sistema sanitario. L'IA sarà utilizzata come **supporto al clinico**, non come sostituzione.

Una delle iniziative principali sarà l'**analisi del prescritto** tramite tecniche di IA, per standardizzare i quesiti diagnostici e verificare la coerenza delle prescrizioni rispetto alle linee guida scientifiche, ai RAO e ai PDTA.

In particolare, è previsto un **progetto sperimentale sulle prescrizioni di TC torace** (con e senza contrasto), volto a verificare la coerenza con le evidenze scientifiche e a definire linee guida per percorsi più appropriati. L'obiettivo è ridurre esami non necessari, che causano tempi di attesa più lunghi e maggior impatto ambientale, e allo stesso tempo tutelare i professionisti attraverso criteri condivisi. Se la sperimentazione avrà esito positivo, l'approccio sarà esteso ad altre prestazioni.

Grandi Apparecchiature

Nel 2026 Regione Lombardia intende rafforzare la gestione delle grandi apparecchiature diagnostiche attraverso due interventi strategici.

Il primo riguarda la creazione di un **Centro di riferimento per la refertazione**, con l'obiettivo di garantire uniformità e qualità nelle prestazioni. In collaborazione con le società scientifiche, saranno definiti protocolli standardizzati per le principali prestazioni diagnostiche, riducendo la variabilità tra i centri e favorendo la confrontabilità dei risultati. Questo approccio consentirà di avviare un modello organizzativo **Hub & Spoke** per la telerefertazione e il teleconsulto, inizialmente focalizzato sugli esami radiologici urgenti e programmati. L'Hub sarà collocato presso l'IRCCS Policlinico di Milano e avrà il compito di coordinare i turni di refertazione, gestire le piattaforme informatiche certificate, pianificare la turnazione del personale e garantire la supervisione clinica. L'obiettivo è ottimizzare le risorse disponibili e affrontare la crescente difficoltà nel reperire specialisti, creando sinergie tra gli Enti. Il secondo intervento riguarda il **monitoraggio delle grandi apparecchiature**, in continuità con l'analisi avviata negli anni precedenti. Nel 2026 sarà consolidato un sistema di monitoraggio continuo su TC e RM, basato su indicatori come volumi di attività, orari di apertura e utilizzo delle risorse professionali. I risultati guideranno eventuali misure correttive e favoriranno una distribuzione più equa delle risorse, migliorando la qualità delle prestazioni e riducendo le liste di attesa. In prospettiva, questo modello potrà essere esteso ad altre apparecchiature e ambiti clinici, sempre in collaborazione con le società scientifiche.

Ricoveri

Nel 2026 Regione Lombardia proseguirà le azioni per migliorare la gestione delle liste di attesa dei ricoveri. Sarà valutato l'utilizzo della piattaforma **LAR** da parte delle ATS, monitorando le iniziative adottate, come convenzioni tra Enti e soluzioni per ottimizzare le liste. Gli Enti dovranno caricare i dati relativi alle liste di attesa e compilare le date di presa in carico.

Un obiettivo prioritario sarà il rispetto dei **tempi massimi di attesa per i ricoveri chirurgici programmati**, con target progressivi fino al 2027:

- Ricoveri oncologici (classe A): dal 83% al 90%;
- Ricoveri non oncologici: dal 79% al 90%.

Il monitoraggio sarà mensile, con report regionali per individuare criticità e definire piani di miglioramento.

Proseguirà il **progetto ministeriale Re-Op**, che sperimenta un flusso informativo per valutare la capacità produttiva chirurgica delle strutture ospedaliere.

Pag.11: "L'adesione di Regione Lombardia al progetto, che avverrà con gli Ospedali Pilota e i referenti già coinvolti nelle precedenti progettualità che hanno confermato la propria disponibilità, consentirà un'ulteriore integrazione delle azioni di programmazione sanitaria tra i diversi livelli di governo nell'ambito delle prestazioni chirurgiche programmate"

Sul fronte della trasparenza, continuerà il coordinamento regionale per l'**aggiornamento dei siti web** degli Enti SSR, che dovranno pubblicare mensilmente i **dati sui tempi di attesa**, sia per la **specialistica ambulatoriale** (flusso ex-ante) che per i **ricoveri** (flusso ex-post). Entro il **31/12/2026**, i siti web dovranno essere adeguati anche dalle strutture private accreditate a contratto.

Infine, sarà avviato il processo di **dematerializzazione della ricetta per i ricoveri**, con indicazioni operative in un successivo provvedimento.

Sanità Integrativa

Nel primo trimestre del 2026 la **DG Welfare** effettuerà una ricognizione sulle convenzioni sottoscritte dagli Enti Erogatori Pubblici (EEP), per valutare i risultati delle disposizioni emanate con la DGR n. XII/4986/2025. L'analisi si concentrerà su tre aspetti principali:

- **Numero di convenzioni attive**, sia per prestazioni diagnostiche-ambulatoriali che per ricoveri, distinguendo tra quelle dirette e indirette e indicando i soggetti contraenti;
- **Numero di professionisti aderenti** per ciascuna convenzione, suddivisi per specialità;
- **Verifica della corretta valorizzazione** del campo "onere prestazione 6" nel flusso 28/SAN, relativo alle prestazioni ambulatoriali erogate in regime di sanità integrativa.

In Assolombarda stiamo rilanciando sotto una nuova veste le attività legate al Gruppo di Lavoro dedicato alla Sanità Integrativa, nato diversi anni fa in seno a Confindustria Lombardia Sanità e Servizi. Abbiamo infatti pensato di costituire il nuovo Gruppo di Lavoro Solvenza e Solvenza Intermediata nel quale condividere non solo tematiche legate alla sanità integrativa, ma anche alla solvenza, con l'obiettivo di renderlo uno spazio di confronto ancora più utile, concreto ed in linea con le esigenze delle strutture e degli operatori del settore.

La crescente attenzione verso la solidità economico finanziaria degli operatori e l'evoluzione dei modelli di solvenza, anche intermediata, rendono oggi imprescindibile un confronto strutturato su questi aspetti, ai fini di garantire sostenibilità, trasparenza e qualità nell'erogazione delle prestazioni.

Il tema riveste oggi un'importanza crescente anche nel settore pubblico, che ha attribuito una rinnovata centralità alla sanità integrativa.



2

Presa in carico del paziente cronico

Nel 2026 proseguirà il **progetto di presa in carico dei pazienti cronici** secondo le modalità già definite dalla DGR n. XII/2755/2024. Ai Medici di Assistenza Primaria (MAP) e ai Pediatri di Libera Scelta (PLS) sarà riconosciuta una quota incentivante di **8 euro per ogni paziente preso in carico**, a condizione che vengano rispettati due requisiti:

- presa in carico di almeno il **15% degli assistiti cronici**, considerando solo i nuovi PAI pubblicati nell'anno;
- raggiungimento dei valori soglia per tutti gli indicatori previsti dalla normativa regionale.

Restano in vigore gli indicatori per il saldo alle Cooperative e alle ASST per l'attività dei Centri Servizi. Il valore soglia dell'indicatore di monitoraggio delle prenotazioni sarà definito con un provvedimento successivo.

Le **ASST e gli Enti gestori** dovranno garantire la continuità assistenziale per i pazienti già presi in carico, fino al subentro dei MAP/PLS nel modello, assicurando i rinnovi dei PAI e accogliendo nuove adesioni. È prevista l'implementazione di un flusso informativo uniforme per la valorizzazione.

Un aspetto importante riguarda la **standardizzazione del processo di cessazione delle Cooperative** iscritte all'elenco dei Gestori. La procedura prevede comunicazione preventiva all'ATS e alla DG Welfare, completamento degli adempimenti (revoca contratti, chiusura PAI, disarruolamento assistiti), gestione di eventuali criticità tecniche tramite ARIA S.p.A., e successiva disabilitazione della Cooperativa dal sistema. ATS curerà anche la comunicazione agli assistiti e la gestione delle transizioni verso altri Gestori.

Infine, è previsto un **finanziamento fino a 42 milioni di euro** per le attività di presa in carico dei pazienti fragili, nell'ambito della Macroarea 5.



3

Reti

Reti assistenziali ed organizzative

Le reti rappresentano un modello organizzativo fondamentale per garantire continuità, omogeneità e appropriatezza delle cure sul territorio, basate su protocolli condivisi e best practice. Questo approccio consente di valorizzare i Centri di eccellenza e innovazione, affiancati da strutture complementari a minore complessità, creando un sistema sanitario integrato e di qualità. Per rafforzare la rete regionale, è previsto il consolidamento dei rapporti tra il Sistema Sanitario Regionale e le Università lombarde, attraverso protocolli d'intesa per assistenza, didattica, formazione e ricerca.

Nel 2026 proseguirà il governo dei percorsi di cura per patologie specifiche, con la definizione dei PDTA (Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali) e l'individuazione dei Centri di riferimento. La corretta presa in carico e il rispetto degli indicatori di monitoraggio potranno essere legati a incrementi di budget, per migliorare efficacia e appropriatezza.

Di seguito i **principali interventi previsti** per singola rete:

- **Rete Oncologica Lombarda (ROL):** attenzione ai tumori del colon-retto, polmone, prostata, mammella e neoplasie ginecologiche. Si rafforza il modello HUB & SPOKE e si definiscono percorsi per patologie eredo-familiari. Monitoraggio delle Pancreas Unit e delle Breast Unit, con obbligo di volumi minimi (150 interventi annui) e indicatori di follow-up;
- **Rete Ematologica Lombarda (REL):** sviluppo dei percorsi di oncoematologia territoriale e criteri per l'accesso alle terapie innovative;
- **Rete Cardiovascolare:** identificazione dei centri per lo scompenso cardiaco e definizione dei criteri di appropriatezza per cardiocirurgia;
- **Rete Epatogastroenterologica (REGAL):** completamento delle afferenze per le Unità di Cura delle Emorragie Digestive (UCED);
- **Rete Malattie Rare:** aggiornamento della rete, verifica dei centri di riferimento e attuazione del Piano Nazionale Malattie Rare, con implementazione della scheda emergenza e nuovi screening neonatali;
- **Rete Endocrinologia – Rete Osteoporosi:** approvazione del PDTA per osteoporosi, fratture di fragilità e patologie osteometaboliche;
- **Rete delle Neuroscienze – Rete Demenze:** sviluppo di telemedicina e teleriabilitazione, aggiornamento del PDTA per disturbi cognitivi;
- **Rete PMA – Banca dei gameti:** sostegno alla Banca regionale dei gameti (PMA) fino a un massimo di 2 milioni di euro.

Reti tempo dipendenti

Di seguito i **principali interventi previsti** per singola rete:

- **Rete Ostetrico-Neonatale e Ginecologica:** riorganizzazione dei Punti Nascita, networking regionale, digitalizzazione (Agenda Percorso Nascita Web), monitoraggio dei progetti pilota e attenzione alla depressione perinatale con screening universale e interventi psicosociali (modello OMS “Pensare Positivo”).

Pag. 21: “Attivazione del “Networking Ostetrico-Neonatale”, con cadenza semestrale, organizzato dal Comitato Percorso Nascita regionale (CPNr) con la partecipazione dei Coordinatori del Comitato Percorso Nascita Locale (CPNL) finalizzato alla condivisione e monitoraggio delle attività della rete”

- **Rete Emergenza-Urgenza:** implementazione del modello MRIMI per la gestione di eventi critici, in vista delle Olimpiadi Milano-Cortina, e monitoraggio sulle recettività dei Pronto Soccorso;
- **Rete STEMI:** le ATS in collaborazione con AREU verificheranno la presenza e la fruibilità di percorsi fast track;
- **Rete ICTUS:** la Commissione Neuroscienze monitorerà i dati della rete stroke, in funzione degli esiti clinici e dell’appropriatezza dei percorsi;
- **Rete Chirurgia della Mano:** ampliamento con un nuovo centro di II livello;
- **Rete Sangue:** revisione della rete immunotrasfusionale;
- **Rete Terapia del Dolore:** consolidamento e integrazione con cure palliative, sviluppo PDTA dedicati e programmi formativi.

Pag. 25: “Con Decreto del Direttore Generale Welfare, è stato istituito il Coordinamento regionale della Rete di Terapia del Dolore, in conformità con la normativa di accreditamento, per favorire una gestione omogenea e integrata delle strutture e dei servizi di terapia del dolore

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

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

Reti Polo Territoriale

Di seguito i **principali interventi previsti** per singola rete:

- **Rete di integrazione ospedale-territorio:** linee di indirizzo regionali per il posizionamento e la gestione dei cateteri venosi centrali e periferici nell’adulto, con tavolo tecnico multidisciplinare.

Pag.26: “Nell’anno 2026, l’U.O. Polo Territoriale, in collaborazione con l’U.O. Polo Ospedaliero e l’U.O. Sistemi Informativi e Sanità Digitale, istituirà un tavolo tecnico multidisciplinare regionale che coinvolgerà professionisti esperti del settore, rappresentanti di strutture sanitarie regionali pubbliche, private accreditate e delle principali associazioni professionali e le principali società scientifiche”

- **Rete Cure Palliative e rete di terapia del dolore e cure palliative pediatriche (TD-CPP):** rafforzamento delle funzioni di governo clinico e organizzativo, accreditamento delle reti locali, telemedicina, formazione e identificazione dei Centri di riferimento pediatrici.



4

Sistemi informativi e Sanità digitale

Scenario generale e strategie evolutive dei sistemi informativi regionali

Regione Lombardia considera la **trasformazione digitale** una priorità strategica per migliorare l'efficienza dei processi sociosanitari, favorire la collaborazione tra professionisti e semplificare l'accesso ai servizi per i cittadini. Il percorso di digitalizzazione è guidato dal **Piano Strategico di Sanità Digitale 2023-2026**, che definisce obiettivi a breve, medio e lungo termine.

I **principali interventi già avviati** e in corso di diffusione sono:

- **CUP Unico Regionale** per la gestione centralizzata delle prenotazioni;
- **Cartella Clinica Elettronica (CCE)** per la dematerializzazione dei documenti ospedalieri;
- **Sistema regionale per la Gestione dei Servizi di Laboratorio Analisi e Anatomia Patologica** con tecnologie di Digital Pathology;
- **Infrastruttura Regionale di Telemedicina (IRT)** per televisite, teleconsulto, teleassistenza e telemonitoraggio;
- **Sistema di Gestione Digitale del Territorio (SGDT)** per i processi assistenziali territoriali e le Centrali Operative Territoriali.

Nel 2026 saranno avviati ulteriori progetti, tra cui:

- **Sistema regionale per la gestione delle Risorse Umane;**
- **Nuovo Sistema Informativo Trasfusionale;**
- **Archivio regionale delle immagini diagnostiche (VNA)** integrato con il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE);
- **Sistema per la Gestione Economico Contabile degli Enti Sanitari;**
- **Automazione della Logistica del Farmaco.**

Tali progettualità, oltre a ridurre il numero di sistemi applicativi utilizzati dagli Enti Sanitari, mirano a consolidare l'architettura digitale regionale basata su **infrastrutture cloud sicure**. Inoltre, si prefiggono l'obiettivo di potenziare il **Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0** e l'**Ecosistema dei Dati Sanitari**, garantendo qualità e interoperabilità dei dati. Per far ciò, anche nel 2026 si rende necessario promuovere la formazione continua degli operatori e la sicurezza informatica.

In particolare, si ritiene indispensabile **intensificare la collaborazione** di tutte le ASST, gli IRCCS, le ATS, Areu, ACSS e gli Enti Sanitari privati accreditati per condividere le diverse progettualità e individuare nuove modalità di collaborazione professionale che, nel rispetto dei diversi ruoli e responsabilità, consentano di razionalizzare le risorse e condividere le competenze ed esperienze, tramite momenti di confronto trasversale e multiprofessionale. Gli strumenti organizzativi che saranno attivati o rinforzati nel corso del 2026 per supportare l'azione strategica della digitalizzazione sono, pertanto, i seguenti:

- **Centro di Competenza Regionale di Sanità Digitale:** sarà istituito per coordinare le innovazioni, monitorare le tecnologie, raccogliere best practice e favorire la scalabilità delle soluzioni sulla base del seguente cronoprogramma 2026:
 - **Marzo:** definizione governance del Centro di Competenza, nomina comitati, raccolta best practice;
 - **Giugno:** analisi buone pratiche e costruzione piattaforme collaborative;
 - **Settembre:** avvio scambi, formazione e benchmarking;
 - **Dicembre:** eventi di condivisione e programmazione futura.

Pag. 31: "Regione Lombardia intende istituire un Centro di Competenza regionale di Sanità Digitale per dare continuità strutturale alla trasformazione digitale avviata con il PNRR e alle innovazioni già implementate negli Enti Sanitari. Il Centro rappresenta lo strumento organizzativo che permetterà di mantenere una regia regionale stabile sulla digitalizzazione anche dopo la conclusione del PNRR, valorizzando le competenze sviluppate, le esperienze consolidate e i modelli organizzativi già sperimentati sul campo"

Assolombarda, tramite lettera del 28 gennaio 2026 della Vice Presidente Nicoletta Luppi, ha chiesto formalmente all'Assessore Welfare di poter inserire un proprio rappresentante all'interno del Centro di Competenza regionale di Sanità Digitale evidenziando come le imprese associate — in particolare quelle attive nei settori dell'health-tech, dell'ICT, della logistica sanitaria, ovviamente in coordinamento con quelle della filiera delle scienze della vita — abbiano dimostrato in questi anni di aver maturato competenze, soluzioni e modelli organizzativi che possono contribuire in modo concreto agli obiettivi delineati: integrazione tecnologica, scalabilità delle best practice, monitoraggio dei KPI e rafforzamento della cybersecurity.

- **Network dei Responsabili dei Sistemi Informativi di Regione Lombardia:** incontri periodici per condividere strategie e modelli organizzativi.

Pag. 33: "I Responsabili dei Sistemi Informativi e il loro staff tecnico rappresentano il punto di riferimento nella promozione della trasformazione digitale a livello regionale e locale. La complessità degli investimenti e interventi di Sanità Digitale e la loro sostenibilità nel tempo non può prescindere da un ruolo attivo e propositivo di tutti i Responsabili dei Sistemi Informativi"

Pag. 34: "Saranno programmati almeno 4 incontri istituzionali nel corso del 2026, oltre a eventuali incontri di approfondimento tematico in caso di specifiche necessità"

- **Gruppo di confronto Regione Lombardia e privato accreditato:** incontri periodici per garantire omogeneità nell'adozione delle soluzioni digitali. I temi che saranno proposti nel 2026 sono i seguenti:
 - **CUP Regionale:** condivisione e attuazione della programmazione della diffusione a tutti gli Enti Sanitari Privati Accreditati;
 - **Fascicolo Sanitario Elettronico:** alimentazione del FSE nelle modalità e tempistiche definite a livello nazionale e regionale;
 - **Telemedicina:** linee di indirizzo per la diffusione omogenea dei servizi di telemedicina, in particolare del teleconsulto multispecialistico, e modalità di rendicontazione delle prestazioni di telemedicina al fine del raggiungimento dell'obiettivo PNRR di giugno 2026 che prevede la presa in carico in telemedicina di 200.000 assistiti;
 - **Sistema per la Gestione Digitale del Territorio:** modalità di gestione della offerta di servizi territoriali e domiciliari a favore dell'operatività della rete delle Centrali Operative Territoriali;
 - **Sicurezza Informatica:** partecipazione attiva e collaborativa alle iniziative regionali per il progressivo miglioramento del livello di sicurezza informatica del sistema sociosanitario e di protezione dei dati dei cittadini.

Pag. 34: "Sulla base dell'esperienza maturata nel 2025 e dell'interesse dimostrato da tutti i partecipanti, si ritiene di confermare anche per l'anno 2026 la necessità di riunire periodicamente il Gruppo di confronto Regione Lombardia – Enti Erogatori Privati Accreditati per garantire la massima condivisione delle progettualità, delle problematiche e delle best practice e per programmare approfondimenti su temi di particolare interesse comune"

Il Gruppo di confronto Regione Lombardia e privato accreditato, fortemente voluto e richiesto da Assolombarda, anche nel 2026 avrà la possibilità di confrontarsi con Regione condividendo progettualità, problematiche e best practice.

Programmazione degli interventi di Sanità Digitale

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

- **Azioni organizzative trasversali:**

- **Valutazione degli impatti:** sarà avviato un monitoraggio strutturato sugli effetti delle iniziative digitali (es. Cartella Clinica Elettronica, Telemedicina, Fascicolo Sanitario Elettronico) su operatori (almeno il 50% del personale fruitore dei servizi e sistemi oggetto di valutazione) e cittadini, tramite survey e analisi scientifiche;
- **Comitati Aziendali per l'Innovazione Digitale:** ogni Ente dovrà costituire un comitato interno per guidare e coordinare i progetti di digitalizzazione, definendo strategie, regole di adozione e formazione.

Pag. 36: "I professionisti che compongono il Comitato aziendale interagiranno con i Gruppi regionali per la definizione e realizzazione delle progettualità di digitalizzazione e saranno coinvolti in qualità di "key users" per la trasformazione digitale di ambito ospedaliero e territoriale"

- **Interventi prioritari:**

- **CUP Unico Regionale:** completamento della diffusione del sistema di prenotazione centralizzato presso tutti gli Enti pubblici e privati entro il 2026, con dashboard di monitoraggio e nuove regole per la gestione delle agende;
- **Telemedicina:**
- **Digitalizzazione delle strutture ospedaliere sede di DEA – consolidamento del modello di maturità EMRAM:** consolidamento del livello di maturità digitale delle strutture DEA, evoluzione della Cartella Clinica Elettronica (CCE) con funzioni avanzate e supporto decisionale, integrazione con sistemi di Laboratorio Analisi e Digital Pathology;
- **Cartella Clinica Elettronica:** completamento della diffusione nei diversi setting (day hospital, prericovero), riduzione errori, integrazione con processi trasfusionali e pubblicazione dei documenti su FSE.

Pag. 40: "Nel corso del 2026 saranno istituiti i seguenti gruppi di lavoro regionali con la partecipazione diretta e attiva da parte dei professionisti degli Enti Sanitari al fine di consolidare, sostenere e promuovere le iniziative di sanità digitale:

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

- **Sistema regionale di Gestione del Servizio di Laboratorio Analisi e Sistema regionale di Gestione del Servizio di Anatomia Patologica con introduzione di servizi di Digital Pathology:** diffusione dei sistemi regionali LIS e Digital Pathology per uniformare codifiche e processi, con dematerializzazione dei vetrini e refertazione digitale;
- **Digitalizzazione dei servizi sociosanitari territoriali:** implementazione del Sistema di Gestione Digitale del Territorio (SGDT 2.0) per le Centrali Operative Territoriali e i percorsi domiciliari.

Pag. 42: "In attuazione di quanto previsto dalla DGR N. XII/4560 e al fine di consolidare la rete regionale delle COT quale infrastruttura organizzativa stabile per la gestione integrata delle transizioni assistenziali ed assicurare la piena operatività delle funzionalità SGDT 2.0 in tutti i contesti ospedalieri e territoriali, la U.O. Sistemi Informativi e Sanità Digitale avvierà le seguenti azioni:

• costituzione di un gruppo di coordinamento regionale con l'obiettivo di garantire l'uniforme diffusione del nuovo modello organizzativo, monitorarne l'implementazione, valutarne l'efficacia mediante indicatori oggettivi e definire eventuali azioni correttive e migliorative;
• convocazione di gruppi di lavoro specifici per definire le modalità più appropriate e sostenibili volte ad assicurare che il modello organizzativo regionale possa garantire l'interconnessione delle COT con le strutture ricettive territoriali e con tutti i soggetti coinvolti nelle transizioni di setting assistenziale, in particolare gli IRCCS, gli Enti Erogatori Privati Accreditati, AREU, Strutture Riabilitative e RSA;

...

• collaborazione con i gruppi di lavoro regionali per l'analisi dei dati e la definizione di azioni correttive o migliorative, nonché lo sviluppo di nuove funzionalità applicative in SGDT (es. dimissioni protette, funzionalità aggiuntive per Medici di Assistenza Primaria e Pediatri di Libera Scelta)"

- **Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0:** completamento della pubblicazione di documenti strutturati CDA2 (entro il primo bimestre del 2026), integrazione con il nuovo archivio regionale delle immagini diagnostiche (VNA) e avvio dell'Ecosistema dei Dati Sanitari (EDS). Prevista formazione ("Digital Upskilling") e coinvolgimento dei Medici di Assistenza Primaria (MAP) e Pediatri di Libera Scelta per i Profili Sanitari Sintetici. Nel corso del 2026, inoltre, gli Enti Sanitari privati saranno chiamati alla pubblicazione anche dei documenti sanitari prodotti in regime di ricovero ospedaliero;
- **Sicurezza informatica:** gli Enti dovranno aggiornare i piani di sicurezza in linea con la Direttiva NIS2 e le indicazioni ACN, potenziando segmentazione delle reti, PAM, CSOC, protezione dei dispositivi elettromedicali, migrazione al cloud e attività di vulnerability assessment.
- **Telemedicina - diffusione dei servizi:** il 2026 vedrà come obiettivo principale il raggiungimento degli obiettivi del PNRR riguardanti la telemedicina, con in particolare la **presa in carico di 200.000 pazienti entro giugno 2026** nelle **cinque aree cliniche prioritarie** (cardiologia, pneumologia, diabetologia, oncologia, neurologia), e in ulteriori categorie di **pazienti e branche specialistiche** (es. reumatologia, salute mentale, ostetricia-ginecologia...). L'U.O. Sistemi Informativi e Sanità Regionale di DG Welfare proseguirà quindi con il lavoro già avviato con gli Enti Sanitari Pubblici e avvierà il **coinvolgimento degli Enti sanitari privati accreditati** con l'obiettivo di:
 - **Consolidare l'utilizzo diffuso dell'Infrastruttura Regionale di Telemedicina** (IRT) come piattaforma unica per televisita, teleconsulto, teleassistenza e telemonitoraggio, connessa ai sistemi regionali (CUP, SGDT, CCE, FSE).
 - **Diffondere in maniera omogenea i servizi minimi** di telemedicina su tutto il territorio,
 - **Incrementare progressivamente i volumi di prestazioni**, tramite l'attivazione di percorsi integrati ospedale-territorio e l'estensione ai medici specialisti di enti privati accreditati.
 - **Assicurare la piena interoperabilità tra l'Infrastruttura Regionale di Telemedicina e le altre piattaforme regionali**, inclusa l'integrazione con sistemi di telemonitoraggio avanzato.

- **Formazione dei i professionisti** entro il primo trimestre 2026, a supporto dell'adozione consapevole della piattaforma.
- **Definire il monitoraggio e rendicontazione strutturata delle prestazioni erogate**, in coerenza con il nomenclatore regionale e le linee guida AGENAS.

Pag. 37: "Tutte le attività previste in materia di Telemedicina dovranno essere realizzate in stretto raccordo con il Gruppo regionale dei Referenti aziendali di Telemedicina, coordinato dal Referente di progetto regionale, con il supporto del RTI aggiudicataria della procedura di affidamento dell'Infrastruttura Regionale di Telemedicina"

Il ruolo di Assolombarda per la digitalizzazione della sanità

Assolombarda partecipa e coordina l'interlocuzione con Regione Lombardia in merito allo sviluppo della telemedicina. In particolare, il proficuo tavolo di lavoro con i fornitori di dispositivi di telemonitoraggio ha permesso a Regione di confermarsi tra le realtà italiane più avanzate nell'implementazione dei servizi, sviluppando best practice che saranno poi condivise a livello nazionale.

Nuove iniziative regionali

Di seguito le principali progettualità che Regione Lombardia intende avviare nel 2026 per consolidare la trasformazione digitale del sistema sociosanitario. Si tratta di interventi strategici che mirano a superare i limiti tecnologici attuali, garantire maggiore efficienza e sicurezza e favorire l'integrazione tra i diversi ambiti organizzativi.

La prima iniziativa riguarda la realizzazione di un **nuovo Sistema Informativo Trasfusionale unico regionale**, destinato a sostituire l'attuale piattaforma "Emonet", ormai giunta al termine del suo ciclo evolutivo. Il nuovo sistema consentirà di uniformare e digitalizzare i processi trasfusionali, oggi frammentati in otto aree omogenee, migliorando la tracciabilità e la sicurezza delle operazioni. Tutti gli Enti Sanitari saranno coinvolti nella fase di preparazione e diffusione del progetto.

Un secondo intervento strategico è la creazione di un **Sistema regionale per la gestione delle Risorse Umane**, con l'obiettivo di adottare una piattaforma unica e centralizzata per la gestione del personale. Questa soluzione permetterà di omogeneizzare i modelli organizzativi, semplificare il debito informativo verso Regione e Ministeri e garantire un monitoraggio in tempo reale, favorendo trasparenza e uniformità nella gestione giuridica ed economica del personale.

Un'altra iniziativa di grande rilievo è l'introduzione di **sistemi di supporto clinico decisionale (CDSS)**, anche potenziati da tecnologie di **Intelligenza Artificiale**. Questi strumenti saranno applicati in ambiti prioritari come l'appropriatezza prescrittiva, il supporto alle cure territoriali e domiciliari, i processi di triage, la refertazione, la prevenzione delle infezioni nosocomiali/sepsi e la diagnostica per immagini. L'obiettivo è fornire ai professionisti sanitari strumenti evoluti per migliorare la qualità delle decisioni cliniche, ridurre i rischi e ottimizzare i percorsi assistenziali. La sperimentazione sarà accompagnata da un monitoraggio continuo per valutare l'impatto e la scalabilità delle soluzioni.

Pag. 48: "Nel corso della sperimentazione, saranno attivati gruppi di lavoro multidisciplinari che garantiranno indirizzo, affiancamento e coordinamento ai professionisti sanitari che saranno coinvolti direttamente nell'utilizzo di servizi e tecnologie di Supporto Clinico Sanitario, anche potenziate da Intelligenza Artificiale"

Un altro intervento strategico prevede la ripresa del progetto di **automazione della logistica del farmaco in ambito ospedaliero**, inizialmente inserito nel PNRR ma non realizzato. L'iniziativa punta a introdurre sistemi robotizzati per la gestione dei farmaci e dei dispositivi medici, sia nelle farmacie ospedaliere sia

nei reparti di degenza, integrandoli con la Cartella Clinica Elettronica. Questo consentirà di ridurre il rischio di errore, migliorare la sicurezza dei pazienti e ottimizzare la gestione dei magazzini.

Infine, è prevista la progettazione di un **sistema regionale per la gestione economico-finanziaria degli Enti Sanitari**, basato su una piattaforma ERP unica e centralizzata. Tale sistema garantirà omogeneità, interoperabilità e qualità dei dati contabili, favorendo analisi più accurate dei costi e una gestione più efficiente delle risorse.

In sintesi, queste iniziative condividono una visione comune: **centralizzazione, interoperabilità, sicurezza e innovazione tecnologica**, con il coinvolgimento attivo degli Enti Sanitari e l'obiettivo di costruire un ecosistema digitale integrato, capace di migliorare la qualità dei servizi e la sostenibilità del sistema sociosanitario lombardo.

LdB 2026 - Art. 1, comma 405-406 - Realizzazione dei servizi di scambio transfrontaliero per le ricette mediche elettroniche, il profilo sanitario sintetico, i documenti clinici originali, i referti di laboratorio, le schede di dimissione ospedaliera e i referti di diagnostica per immagini: la norma stanZIA 985.222 euro per il 2026 e 793.000 euro annui dal 2027 per sviluppare, tramite la convenzione MEF-SOGEI, nuove infrastrutture digitali dedicate allo scambio transfrontaliero dei dati sanitari. Questi sistemi permetteranno di tradurre e condividere, attraverso il Sistema Tessera Sanitaria, diversi documenti clinici: ricette elettroniche, profili sanitari sintetici, documenti clinici originali, referti di laboratorio, schede di dimissione ospedaliera e referti di diagnostica per immagini. Le risorse necessarie saranno reperite utilizzando i fondi già destinati agli obiettivi sanitari prioritari di rilievo nazionale previsti dalla legge 662/1996.

LdB 2026 - Art. 1, comma 410-412: a partire dal 2026 vengono destinati 20 milioni di euro annui ad AGENAS, che opera come Agenzia nazionale per la sanità digitale, per rafforzare e rendere più efficienti i servizi di telemedicina. Le risorse serviranno soprattutto a introdurre procedure che consentano di dotare i professionisti sanitari di dispositivi medici adeguati al monitoraggio dei pazienti e ad assicurare un'applicazione uniforme dei percorsi di telemedicina su tutto il territorio. Entro 180 giorni dall'entrata in vigore della legge di bilancio, un decreto del Ministero della Salute — predisposto da AGENAS, in accordo con le direzioni generali del Ministero, sentito il MEF e previa intesa con la Conferenza Stato-Regioni — definirà quali dispositivi saranno utilizzati, quali professionisti ne saranno destinatari e con quali modalità verranno assegnati.

Il ruolo di Assolombarda per la digitalizzazione della sanità

In questo ambito, Assolombarda nel corso dei prossimi mesi promuoverà la costituzione di un gruppo di lavoro volto sviluppo e della validazione di uno **strumento AI-driven a supporto dell'implementazione del Population Health Management**, partendo dall'analisi dei bisogni di salute di specifiche popolazioni target e dei percorsi di presa in carico e prevenzione disponibili. L'obiettivo è misurare gli **esiti di salute, individuare eventuali azioni correttive**, supportare una più efficace pianificazione e allocazione delle risorse sanitarie e favorire la co-creazione di soluzioni pilota con i principali stakeholder. L'impatto atteso è il **miglioramento dello stato di salute della popolazione** e l'**aumento dell'adesione** ai percorsi vaccinali e di screening.



5

Investimenti

In questa sezione si affronta la programmazione e la gestione degli investimenti per il 2026, con particolare attenzione alle risorse provenienti dal **PNRR**, dai fondi regionali e dalle modalità di monitoraggio e attuazione. L'obiettivo è garantire la piena realizzazione degli interventi previsti, rispettando le tempistiche e assicurando la sostenibilità economica.

In primo luogo, viene ribadita la necessità di completare le attività legate al **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)** e al **DL 34/2020**, con indicazioni precise sui target di rendicontazione: entro gennaio 2026 dovrà essere rendicontato almeno il 15% degli importi complessivi, con progressivi incrementi fino al 100% entro dicembre 2026 (50% entro giugno 2026 e 75% entro settembre 2026).

Particolare attenzione è rivolta agli interventi relativi alle grandi apparecchiature e alle centrali operative territoriali, che devono essere integralmente rendicontati entro gennaio 2026.

Segue la definizione degli **ambiti prioritari per gli investimenti con fondi regionali in conto capitale**, che comprendono:

- manutenzione e messa in sicurezza di strutture, impianti e apparecchiature;
- completamento di opere già programmate e cofinanziamento di interventi nazionali e PNRR;
- potenziamento tecnologico, sia per apparecchiature diagnostiche ad alta tecnologia sia per quelle a media e bassa tecnologia;
- efficientamento energetico degli edifici sanitari e sociosanitari;
- interventi strategici in aree sensibili come salute mentale, disabilità e dipendenze.

Inoltre, si sottolinea l'importanza di **monitorare l'attuazione degli investimenti stanziati coi fondi del bilancio regionale**: gli Enti beneficiari devono utilizzare tempestivamente le risorse assegnate, evitando accumuli di fondi inutilizzati. Sono previste misure premiali per chi dimostra capacità di spesa efficiente e, al contrario, possibili ritardi nell'assegnazione di ulteriori fondi per chi non rispetta le tempistiche.

Un ruolo chiave è affidato ad **ARIA S.p.A.**, che opera come stazione appaltante e soggetto attuatore per molti interventi. La società dovrà fornire relazioni mensili sullo stato di avanzamento dei lavori, segnalare eventuali criticità e garantire il rispetto dei cronoprogrammi. Gli Enti beneficiari, dal canto loro, sono chiamati a vigilare sul corretto svolgimento delle procedure, poiché eventuali inadempienze ricadranno anche sulla loro responsabilità.

Infine, si prevede una **ricognizione sulle prestazioni energetiche degli edifici strumentali** in dotazione agli Enti del Servizio Sanitario Regionale: entro giugno 2026, ogni Ente dovrà trasmettere alla DG Welfare un elenco dettagliato degli immobili, corredato dai dati catastali e dagli attestati di prestazione energetica o diagnosi energetiche, per favorire interventi mirati di efficientamento.

LdB 2026 - Art. 1, comma 423-424 - Tavolo tecnico sui consumi delle strutture sanitarie pubbliche:

entro trenta giorni dall'entrata in vigore della legge di bilancio viene istituito un Tavolo tecnico incaricato di analizzare i consumi energetici delle strutture sanitarie pubbliche. L'obiettivo è individuare possibili interventi di efficientamento energetico che aiutino gli enti del Servizio sanitario nazionale a migliorare il proprio equilibrio economico. Al Tavolo partecipano rappresentanti del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle Finanze, insieme a esperti individuati presso le Regioni, le Province autonome, gli enti del SSN o altri enti pubblici con competenze specifiche in materia energetica.



6

Polo territoriale

Interventi

Si affronta la strategia di sviluppo del **Polo Territoriale**, elemento cardine della riforma sanitaria lombarda in attuazione del **DM 77/2022** e del **PNRR**, con l'obiettivo di garantire prossimità, integrazione e continuità delle cure. La Regione punta a consolidare il modello delle **Case di Comunità (CdC)**, degli **Ospedali di Comunità (OdC)** e delle **Centrali Operative Territoriali (COT)**, rafforzando la rete dei servizi territoriali e la sinergia con il terzo settore.

Si evidenzia il completamento della rete delle CdC, con 147 strutture Hub attive e l'avvio di ambulatori diurni per garantire la presenza medica programmata, anche attraverso modelli di continuità assistenziale. Le CdC diventano il fulcro per la presa in carico dei pazienti cronici e fragili, con servizi integrati di prevenzione, diagnostica, telemedicina e supporto sociale. Viene sottolineata la necessità di superare la frammentazione organizzativa, favorendo protocolli di raccordo tra ASST, ATS, ambiti territoriali e soggetti del terzo settore, soprattutto per la valutazione multidimensionale e la gestione dei **Punti Unici di Accesso (PUA)**.

Un'attenzione particolare è dedicata alle **cure domiciliari**, considerate strategiche per ridurre ricoveri impropri e garantire continuità assistenziale. Tenuto conto delle risorse a disposizione del sistema regionale finalizzate alle cure domiciliari, per il 2026, si darà continuità al livello dei servizi effettivamente erogati nel 2025 attraverso i **contratti di scopo**, le attività dei MAP (AdP e PSD) e alle progettualità attivate dalle ASST. Si conferma l'utilizzo del **Sistema di Gestione Digitale del Territorio (SGDT)** e l'integrazione con la telemedicina, oltre alla possibilità di attivazione diretta delle prese in carico da parte degli Enti Gestori per velocizzare le dimissioni protette. Sono previsti interventi per semplificare la fornitura di presidi e ausili a domicilio, con procedure più snelle per infermieri e fisioterapisti.

Viene affrontato anche il tema delle **cure palliative**, con il completamento dell'accreditamento delle reti locali e il potenziamento dell'offerta, inclusa la rete pediatrica (TD-CPP), con risorse dedicate e obiettivi di uniformità territoriale. Si promuove l'uso di teleconsulto e teleassistenza per garantire continuità di cura.

Ampio spazio è riservato agli interventi **sociosanitari**, con misure per la disabilità, la salute mentale e la fragilità sociale. Si prevede il riordino delle unità di offerta residenziali e semiresidenziali, l'introduzione di modelli modulari per rispondere ai bisogni complessi e la sperimentazione di soluzioni innovative come i **Villaggi Alzheimer** e le **comunità per minori** con bisogni sanitari. Sono confermate risorse per misure come **RSA Aperta**, **residenzialità assistita per anziani e religiosi**, e progetti per persone senza dimora (post-acuti **homeless**).

Pag. 67: "Nel corso del 2025 si è altresì proceduto all'adeguamento tariffario con la DGR n. 4398/2025 che ha stabilito l'incremento da 41,50 euro die a 45,50 euro die in allineamento alle classi 3-6 delle RSA così come aggiornate dalla DGR n. 4680 del 7 luglio 2025. L'inserimento del Villaggio Alzheimer nel perimetro del sistema di offerta rivolto alle persone con demenza sarà basato su un sistema più solido di dati quali e quantitativi. Alla conclusione del lavoro di definizione si procederà nel 2026 ad avviare ulteriori sperimentazioni nei territori regionali, fatta eccezione per ATS Brianza e Brescia, con l'obiettivo di attivare n. 20 posti di Villaggio Alzheimer in tutte le ATS, ivi compresa ATS Milano che potrà aumentare l'offerta di n. 10 posti. A tal fine si confermano risorse complessive di FSR sino a 4 milioni di euro."

Ciò è stato reso possibile anche grazie alle interlocuzioni di Assolombarda

Pag. 72-73: "Continua nel 2026 la fase di sperimentazione della Riforma sulla disabilità nel territorio della provincia di Brescia.

...

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

...

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

...

- l'attivazione di un tavolo permanente di lavoro coordinato dall'ATS e partecipato dalle ASSR, dagli Ambiti, dagli Ets impegnati sull'area della disabilità"

Inoltre, si sottolinea il ruolo strategico dei **Consultori Familiari**, che saranno integrati nelle CdC e potenziati per affrontare il disagio giovanile, la violenza di genere e il sostegno alla genitorialità. Si prevede la creazione di equipe dedicate ai giovani e la definizione di una filiera di interventi per la prevenzione e la presa in carico precoce del disagio psichico.

Pag. 79: "...gruppo di lavoro, composto da rappresentanti di tutte le ASST e ATS nonché dei gestori privati di consultori accreditati...

...

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

Pag. 80: "Relativamente alle reti avviati dalle ATS per i CUAV, proseguirà il lavoro del tavolo di coordinamento regionale creato nel 2025 e dei tavoli tematici volti all'individuazione di best practice per la presa in carico degli uomini autori di violenza e il monitoraggio degli interventi."

Infine, viene promosso il coinvolgimento della **cittadinanza attiva** e del **terzo settore** attraverso progetti di leva civica e iniziative di co-progettazione, per rafforzare la rete di prossimità e favorire l'inclusione sociale.

Di seguito una **tabella riepilogativa con aree di intervento e risorse economiche per il 2026**:

Area di intervento	Intervento	Risorse (€)
Territoriale	Progetto Homcology (ASST Sette Laghi)	100.000
Sociosanitaria	RSA Aperta	38.000.000
Sociosanitaria	Post-acute Homeless	1.000.000
Sociosanitaria	Villaggi Alzheimer	4.000.000
Sociosanitaria	Residenzialità Assistita Anziani	5.400.000
Sociosanitaria	Residenzialità Assistita Religiosi	4.000.000
Sociosanitaria	Comunità per minori vittime di abuso e grave maltrattamento	11.000.000
Sociosanitaria	Residenzialità per minori con disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato	3.400.000

Sociosanitaria	RIA Minori e sperimentazioni	8.402.000
Sociosanitaria	Comunità alloggio e centri diurni per persone con HIV	Non specificato
Disabilità	Voucher disabilità e sostegno intensivo molto elevato	14.600.000
Disabilità	Ausili e strumenti tecnologici (disabilità)	1.300.000
Disabilità	Sviluppo percorsi DAMA – Servizio di Odontoiatria Speciale (ASST Nord Milano, ASST Rhodense, ASST Garda, ASST Bergamo Est, ASST Franciacorta, ASST Ovest Milanese, ASST Crema, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, ASST Fatebenefratelli Sacco, ASST Pavia, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori)	550.000
Consultoriale	Filiera disagio giovanile	5.000.000

Attività di vigilanza e controllo di appropriatezza in ambito sociosanitario

Il processo di vigilanza e controllo di appropriatezza in ambito sociosanitario si articola in più fasi coordinate, con l'obiettivo di garantire qualità, sicurezza e coerenza delle prestazioni erogate dalle strutture accreditate.

Si parte dalle **verifiche routinarie**, che le ATS devono effettuare su tutte le Unità di Offerta (UdO) almeno una volta ogni tre anni, includendo il controllo completo delle nuove SCIA e degli accreditamenti. Queste verifiche confluiscono nel **Piano annuale dei controlli**, che stabilisce criteri di campionamento e priorità, assicurando la copertura totale delle strutture nel triennio.

Segue il **controllo di appropriatezza**, che consiste nell'analisi dei fascicoli socio-assistenziali (FASAS) per verificare la correttezza delle prestazioni erogate. Il campionamento varia in base al tipo di servizio: 10% per residenziali e semiresidenziali, 2,5% per domiciliari e ambulatoriali, con un minimo di tre fascicoli per struttura ed un massimo di trenta. Per le cure domiciliari sono previste anche **verifiche "in itinere"** direttamente presso il domicilio degli assistiti.

Un'attenzione particolare è dedicata agli **indicatori clinico-assistenziali**, soprattutto nelle strutture per disabili (RSD e CSS), per monitorare la qualità delle cure e il rispetto degli standard regionali. In caso di criticità, si attivano **azioni correttive**, con ulteriori sopralluoghi per verificare l'adeguamento delle strutture.

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

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

Le percentuali per le verifiche annuali del mantenimento dei requisiti di esercizio sono confermate nel 2026 per almeno il 25% delle unità d'offerta sociali in esercizio (attive su AFAM). Le ATS dovranno, altresì, garantire le verifiche sul 100% delle Comunicazioni Preventive di Esercizio pervenute in ordine all'attivazione di nuove unità di offerta sociali.

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

Prosegue il processo di **contrattualizzazione annuale** delle strutture sociosanitarie accreditate e delle strutture dedicate alla salute mentale. Le negoziazioni si basano sui fabbisogni territoriali rilevati dalle ATS, sugli indicatori di qualità e appropriatezza, sugli obiettivi di equità di accesso e sulla riduzione delle liste di attesa. Le ATS devono garantire la coerenza tra volumi contrattualizzati e capacità produttiva delle strutture, nonché il monitoraggio costante delle performance.

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

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

Restano escluse l'area delle Cure intermedie e le cure domiciliari, in quanto interessate da specifici processi di riordino e di consolidamento post PNRR e nell'area dipendenze gli **SMI**, in quanto interessati a loro volta da specifici processi di riordino, fatto salvo chi ha già presentato istanza agli enti preposti nel 2025. Ai fini della remunerazione del 2025, rimane altresì confermata la possibilità di superare il **tetto del 130%** per la remunerazione delle prestazioni in regime ambulatoriale e domiciliare, fermo restando i limiti di risorse del budget assegnato alla struttura.

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

Strutture sociosanitarie: regole di determinazione del budget 2026 ai fini della stipula del contratto definitivo e per la storicizzazione 2026 della quota di budget riconosciuta a titolo di iperproduzione nel 2025

Nel calcolare il budget 2026 sarà storicizzabile solo la quota di rimodulazione finanziata con le risorse originariamente assegnate a ciascuna ATS per quella tipologia di UDO. Le risorse da altri fondi non saranno storicizzabili. Si procederà alla storicizzazione secondo la seguente metodologia. Il **budget 2026** sarà pari alla **produzione effettiva del 2025, + il 15% dell'ipoproduzione**. Ciò significa che l'85% dell'ipoproduzione creerà un fondo di risorse libere per finanziare l'iperproduzione di quella tipologia di UDO dell'ATS (inclusa l'area delle Cure Domiciliari).

Per ogni ATS e per ciascuna tipologia di UdO (inclusa l'area delle Cure Domiciliari):

- se il valore del fondo di risorse libere da ipoproduzione supera il valore dell'iperproduzione, sarà storicizzato il 100% dell'iperproduzione;
- se il valore del fondo di risorse libere da ipoproduzione è inferiore all'iperproduzione, allora sarà storicizzata solo una parte dell'iperproduzione, proporzionale alla disponibilità al fondo.

Per i **servizi diurni per anziani** la percentuale di ipoproduzione da storicizzare è pari al 30%; per le **comunità per le dipendenze** il budget 2026 sarà pari alla produzione riconosciuta nel 2025 + il 50% dell'ipoproduzione 2025 (fanno eccezione le UdO che hanno aderito alla possibilità di riconvertire i P.I. come da DGR. n. 1513/2023, che conservano il budget 2025); per gli **SMI** il budget, in caso di ipoproduzione, è confermato anche per il 2026.

Nel caso di UdO oggetto di nuova contrattualizzazione nel corso del 2025, il budget 2026 è pari a quello 2025 trascinato ad anno.

Per i **consultori familiari** si dispone l'incremento dell'8,6% del budget 2025.

Area della salute mentale non intercompany: regole di determinazione del budget 2026 ai fini della stipula del contratto definitivo

L'assegnazione del **budget 2026** verrà determinata partendo dai valori dei budget finali del 2025 ai quali verranno applicati gli effetti prodotti dagli atti e provvedimenti intercorsi con impatto nell'anno 2026.

Successivamente alla chiusura dei flussi di produzione, le ATS hanno facoltà di proporre alla DG Welfare, entro il termine del 31 marzo 2026, rideterminazioni dei valori per ogni singolo contratto. In particolare, se la produzione 2025 è inferiore al 90% del budget nell'anno, il 50% della **ipoproduzione** riscontrata potrà essere sottratta nel budget 2026 e, a seguito di risparmi, sarà possibile applicare **storicizzazioni** di iperproduzione nella misura proporzionale alle risorse disponibili secondo criteri analoghi a quanto indicato per le strutture sociosanitarie.

Sono escluse dal processo di rideterminazioni gli enti gestori oggetti di nuove contrattualizzazioni nel 2025.

Flussi sociosanitari

Per il 2026 si conferma l'obbligo di **debito informativo** per tutte le strutture accreditate e contrattualizzate, sia per attività a carico del Fondo Sanitario Regionale (FSR) sia in regime di solvenza. Tale obbligo viene esteso anche ai **consultori familiari** e alle strutture di **riabilitazione ex art. 26**, con flussi specifici per ciascuna rete d'offerta:

Rete d'offerta	Tipo	Flusso
Residenziale	RSA	SOSIA
	Cure Palliative Hospice	CP
	Cure Intermedie INT	SDOFAM
	Servizio residenziale terapeutico riabilitativo per minori SRM	SDOFAM

	RSD e CSS	SIDIWeb
Semiresidenziale	CDI	CDI
	CDD	SIDIWeb
Altre reti	Consultori familiari	CONS
	Riabilitazione ex art. 26	RIAFAM

Il **flusso economico (FE)** resta obbligatorio per gli erogatori contrattualizzati, includendo anche i posti solo accreditati, per valorizzare la produzione erogata.

In continuità con il PNRR, la Regione implementa due nuovi flussi nazionali: **SIAP** (Sistema informativo dell'assistenza primaria - per la rilevazione di prestazioni di cure primarie erogate da medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta) e **SIOC** (Sistema informativo degli ospedali di comunità - per il monitoraggio delle attività erogate dagli ospedali di comunità), che richiedono dati aggiuntivi come valutazioni ADL con scala Barthel, diagnosi ICD10 e codici procedura CIPI, con obbligo di alimentazione dal 2026.

Si conferma la possibilità di erogare **prestazioni da remoto** per consultori, RSA aperta e per le attività riabilitative ex art 26, con rendicontazione nei flussi dedicati.

Per la misura **RSA Aperta**, dal 2026 la trasmissione dei dati sarà responsabilità degli Enti Gestori tramite piattaforma SMAF, con ATS in funzione di controllo. La valutazione multidimensionale sarà remunerata una sola volta per utente all'anno, evitando sovrapposizioni di prese in carico.

Per i **Consultori familiari**, prosegue la rendicontazione dei programmi di promozione della salute in ambito scolastico (LifeSkills, Unplugged, Tra Pari) senza variazioni di budget.

Inoltre, è operativo il nuovo **Sistema Informativo Nazionale per le Dipendenze (SIND)**, con obbligo di conferimento annuale dei dati e futura transizione alla rilevazione trimestrale dal 2027.

Dal 2026, il modello di trasmissione diretta dei flussi **SIAD e FE4** tramite SMAF, sperimentato nell'ATS di Brescia, sarà esteso a tutto il territorio regionale per le **cure domiciliari**. La responsabilità della trasmissione dei flussi informativi sarà in capo agli Enti Gestori pubblici e privati. Si conferma la rendicontazione delle **attività domiciliari (PSD, ADP, vaccinazioni over 65, servizi fragili)** e la possibilità di includere l'attività degli Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC) nel flusso SIAD se coerente con le regole C-Dom.

Viene ribadito il meccanismo di **maggiorazione del 10%** per percorsi domiciliari oltre soglia (30/60/90 giorni), applicabile mensilmente per garantire flessibilità senza alterare la classificazione dell'utente.

Infine, si prevede l'attivazione sperimentale di un nuovo flusso per rilevare la **domanda di servizi** (liste di attesa) in forma anonima per le unità d'offerta residenziali e semiresidenziali.

LdB 2026 - Art. 1, comma 227 - Misure di sostegno al caregiver familiare e prestazione universale: Nel bilancio del Ministero dell'Economia e delle Finanze viene istituito un nuovo Fondo dedicato a sostenere interventi legislativi a favore dei caregiver familiari. Il fondo dispone di 1,15 milioni di euro per il 2026 e di 207 milioni annui a partire dal 2027. Le risorse serviranno a finanziare norme, governative o parlamentari, che definiscano in modo chiaro la figura del caregiver familiare di persone con disabilità e che riconoscano il valore sociale ed economico dell'attività di assistenza svolta in modo non professionale all'interno della famiglia.

LdB 2026 - Art. 1, comma 338 - Obiettivi sanitari prioritari: una parte delle risorse aggiuntive stanziata viene destinata agli obiettivi sanitari considerati prioritari a livello nazionale. In particolare, 188,2 milioni di euro per il 2026 e 60 milioni di euro annui a partire dal 2029 saranno utilizzati per rafforzare interventi fondamentali come la tutela della salute materno-infantile, la salute mentale, l'assistenza agli anziani e le attività di prevenzione. Questi fondi incrementano le disponibilità già esistenti, con l'obiettivo di sostenere e potenziare settori cruciali del Servizio sanitario nazionale.

LdB 2026 - Art. 1, comma 367 - Potenziamento delle cure palliative: a partire dal 2026 vengono aumentati di 20 milioni di euro i fondi vincolati all'interno del Fondo Sanitario Nazionale destinati alle cure palliative e alla terapia del dolore. Le risorse aggiuntive serviranno soprattutto per assumere nuovo personale e rafforzare le reti che erogano questi servizi. Con questo incremento, il totale delle somme dedicate stabilmente a tale ambito salirà a 130 milioni di euro annui dal 2026 in poi.

LdB 2026 - Art. 1, comma 706-711 - LEP - Assistenza all'autonomia e alla comunicazione personale per gli alunni e gli studenti con disabilità: la norma definisce il Livello Essenziale delle Prestazioni (LEP) relativo all'assistenza all'autonomia e alla comunicazione personale per alunni e studenti con disabilità, garantendo un supporto personalizzato e continuativo, indipendentemente dalla data di certificazione. Il LEP assicura un numero di ore di assistenza coerente con quanto stabilito nei Piani Educativi Individualizzati, compatibilmente con le risorse disponibili, e richiede personale qualificato con competenze pedagogiche ed educative. Sono previsti anche standard uniformi di qualità, continuità ed efficacia in tutto il territorio nazionale.

Per programmare adeguatamente il servizio, entro il 31 dicembre 2027 dovrà essere operativo un registro nazionale che rilevi il fabbisogno territoriale in termini di ore e numero di utenti. Tale registro sarà gestito dall'Autorità politica delegata per la disabilità e alimentato con i dati del SIDI e dei PEI già trasmessi dalle scuole, senza costi aggiuntivi. Un decreto specifico definirà criteri tecnici e modalità di accesso ai dati.

Nel frattempo, per il biennio 2026-2027, vengono introdotte misure transitorie che impongono agli enti territoriali di garantire comunque il servizio, almeno in misura pari alle risorse statali e della Presidenza del Consiglio ricevute, eventualmente integrate da fondi regionali o comunali, così da rafforzare il supporto nelle aree con maggiore carenza.

L'attuazione del LEP sarà definita tramite uno o più decreti dell'Autorità politica delegata per la disabilità, adottati d'intesa con diversi ministeri (MEF, Istruzione, Interno, Affari regionali) e sulla base delle analisi della Commissione tecnica per i fabbisogni standard. I decreti ripartiranno le risorse del Fondo unico per l'inclusione delle persone con disabilità, contribuendo progressivamente a raggiungere gli obiettivi previsti per il 2026 e il 2027.

Il finanziamento del LEP è garantito tramite diversi canali: il Fondo unico per l'inclusione delle persone con disabilità, che conta 231,8 milioni di euro annui dal 2025; il Fondo per l'equità dei livelli dei servizi, con stanziamenti crescenti dal 2025 al 2030; e le risorse proprie delle amministrazioni regionali e locali. Questa architettura finanziaria consente di sostenere gradualmente l'implementazione del LEP e di garantire una maggiore omogeneità dei servizi di assistenza scolastica per studenti con disabilità su tutto il territorio nazionale.

LdB 2026 - Art. 1, comma 744-746 – Contributo alla Federazione italiana per i diritti delle persone con disabilità e famiglie (FISH): La norma prevede, per il 2026, un incremento di 300.000 euro del contributo destinato alla FISH (Federazione Italiana per il Superamento dell'Handicap), aggiuntivo rispetto ai finanziamenti già stabiliti dalla legge di bilancio 2022. La copertura di questo aumento avviene tramite una corrispondente riduzione del Fondo per gli interventi strutturali di politica economica. Inoltre, per ciascuno degli anni 2026 e 2027 viene riconosciuto alla FISH un ulteriore contributo pari a 600.000 euro.

LdB 2026 - Art. 1, comma 872-874 - Misure a sostegno della mobilità per le persone con disabilità: La norma istituisce, presso il Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti, un fondo dedicato al sostegno della mobilità delle persone con disabilità, con una dotazione di 1 milione di euro per ciascuno degli anni 2026 e 2027. Le risorse saranno utilizzate per erogare contributi a fondo perduto destinati a facilitare il trasporto accessibile. In particolare, i contributi potranno finanziare interventi di adattamento dei veicoli impiegati nei servizi pubblici non di linea — come taxi o NCC — e dei mezzi degli enti privati senza fini di lucro che svolgono attività di trasporto di persone con disabilità. Il fondo potrà inoltre essere usato per sostenere l'acquisto di veicoli già adattati e per rimborsare parzialmente la tassa di circolazione dei mezzi dedicati a questo tipo di servizio.

Per rendere operativa la misura, entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della legge di bilancio 2026 un decreto del MIT, adottato di concerto con il MEF e il Ministro per le Disabilità, definirà criteri, modalità di funzionamento, requisiti dei beneficiari e procedure di riparto dei contributi.

LdB 2026 - Art. 1, comma 941-943 – Misure per le dimissioni ospedaliere protette: l'assistenza domiciliare integrata viene indirizzata soprattutto alla gestione delle dimissioni protette dei pazienti con patologie croniche complesse. Questo percorso sarà supportato anche da strumenti di telemonitoraggio e dalla fornitura di presidi adeguati direttamente al domicilio, così da ridurre il rischio di infezioni, complicanze post-operatorie e ricoveri evitabili. Entro un anno dall'entrata in vigore della legge, il Ministero della Salute, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, emanerà linee guida specifiche per organizzare al meglio queste dimissioni. Le linee guida chiariranno come l'ADI contribuisca a prevenire ospedalizzazioni non necessarie e a consentire la dimissione subito dopo la fase acuta, oltre a definire le modalità con cui i reparti ospedalieri, attraverso le Centrali Operative Territoriali, attivano i percorsi di dimissione protetta in collaborazione con i distretti sanitari. L'attuazione di tali misure avverrà utilizzando le risorse già disponibili.

LdB 2026 - Art. 1, comma 952-953 - Potenziamento degli screening neonatali estesi: Viene istituito presso il Ministero della Salute un fondo dedicato alla sperimentazione e allo sviluppo di nuovi screening neonatali, finanziato con 500 mila euro per ciascuno degli anni 2026 e 2027. Le risorse, che rappresentano il limite massimo di spesa, saranno distribuite alle Regioni solo previa intesa in Conferenza Unificata e

potranno essere assegnate annualmente in funzione dei progetti presentati. Regioni e Province autonome dovranno infatti proporre iniziative specifiche mirate alla sperimentazione o introduzione di screening neonatali non ancora presenti nell'elenco ufficiale delle patologie oggetto di screening. Solo in presenza di tali progetti sarà possibile accedere ai finanziamenti, finalizzati ad ampliare e innovare le attività di prevenzione neonatale.

LdB 2026 - Art. 1, comma 954-956 - Istituzione del Fondo per lo screening per le patologie legate all'inquinamento ambientale: vengono stanziati 1 milione di euro per ciascuno degli anni 2026 e 2027 per avviare un programma di screening dedicato alle patologie connesse all'inquinamento ambientale. L'obiettivo è quello di individuare precocemente eventuali malattie causate dall'esposizione a sostanze inquinanti e di valutare possibili interventi di prevenzione, con particolare attenzione alle aree più compromesse, come i siti di interesse nazionale per le bonifiche (SIN). Le modalità operative e i criteri per l'attuazione del programma saranno definiti con un decreto del Ministro della Salute adottato insieme al Ministero dell'Economia e delle Finanze.



7

Polo ospedaliero

Accreditamento

Procedure di accreditamento: l'istruttoria da parte delle ATS inizia solo dopo la ricezione delle istanze dagli Enti gestori tramite PEC o consegna diretta. Una volta conclusa la verifica tecnica, il provvedimento viene inviato alla DG Welfare con allegata la scheda di sintesi e registrato su SIGAUSS. I 60 giorni per l'emanazione degli atti decorrono solo se tutte le condizioni sono rispettate. Se mancano chiarimenti richiesti entro 60 giorni, l'atto viene archiviato. Inoltre, la DG Welfare avvierà una revisione delle istanze obsolete presenti su SIGAUSS per eliminarle, previa verifica delle ATS.

Nuova tipologia di istanza: viene introdotta, in via sperimentale, la fattispecie "Ampliamento strutturale – DL 34/2020 – PNRR", relativa alla creazione di posti letto di terapia intensiva e semintensiva. I requisiti restano quelli strutturali già previsti e sarà emanata una circolare esplicativa.

Sospensione temporanea delle attività: le sospensioni di macro-attività, branche specialistiche o posti letto devono essere motivate e corredate da un cronoprogramma approvato dall'ATS; in caso contrario, saranno eliminate da SIGAUSS. Per le strutture private senza posti letto, la sospensione non può superare un anno e comporta la verifica dei requisiti al momento della riattivazione. È prevista una procedura semplificata per il nulla osta al trasferimento temporaneo di attività sanitarie, anche per lavori finanziati con fondi diversi dal PNRR.

Revisione standard di dotazione organica (DDO): nel 2026 si procederà a rivedere le modalità di verifica degli standard di personale per l'accreditamento, demandando all'OTA (Organismo Tecnicamente Accreditante) la proposta di una procedura semplificata.

Omogeneizzazione delle procedure: un gruppo di lavoro, composto da DG Welfare, ATS e professionisti, lavorerà per uniformare le procedure di accreditamento sanitario e sociosanitario, anche tramite SIGAUSS.

Pag. 117: "Nel corso del 2026, il gruppo di lavoro nominato con decreto del Direttore Generale DG Welfare, e composto da rappresentanti della DG Welfare, di ATS e professionisti del settore, procederà ad omogeneizzare, laddove possibile, le procedure di accreditamento sanitarie e sociosanitarie anche tramite l'utilizzo della piattaforma SIGAUSS."

Aggiornamento elenco funzionari: entro il 31 gennaio 2026 dovrà essere inviato alla DG Welfare e ad ACSS l'elenco aggiornato dei funzionari ATS responsabili di accreditamento e vigilanza, con aggiornamenti successivi in caso di variazioni.

Accreditamento sociosanitario

Nel 2026, l'**accreditamento sociosanitario** seguirà le regole già stabilite dalle DGR 3720/2024 e 4938/2025. Sarà possibile accreditare nuovi posti residenziali o semiresidenziali per anziani e disabili solo nelle aree delle ASST che presentano una copertura inferiore agli indici regionali. Restano valide le esclusioni dal blocco e le deroghe già previste. Inoltre, fino al completamento del riordino, non saranno consentite modifiche agli accreditamenti esistenti né nuovi accreditamenti per le Cure Intermedie. Lo stesso vale per le strutture dedicate alle dipendenze, salvo le eccezioni legate alla sperimentazione di sedi spoke e all'attuazione del DM 77/2022. È previsto anche un aggiornamento dei requisiti dei Consultori Familiari.

Per quanto riguarda le **strutture di psichiatria e neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza**, l'**OCSMD** dovrà esprimere un parere basato sulla rete d'offerta e sui bisogni del territorio. Questo parere, pur non vincolante, è necessario per procedere con l'accreditamento, che non garantisce automaticamente la contrattualizzazione. Quest'ultima sarà possibile solo dopo verifica della coerenza con la programmazione regionale e della disponibilità economica. I tempi di verifica da parte delle ATS restano sospesi fino all'espressione del parere OCSMD.

Le **Unità d'Offerta sociosanitarie** che si trovano o intendono trasferirsi in una **Casa di Comunità** potranno utilizzare la procedura di nulla osta già prevista dalle DGR 1025 e 1827/2024, anche se sono in corso lavori di adeguamento.

Per gli **Ospedali di Comunità** previsti dal PNRR, è introdotta una procedura semplificata di accreditamento, con tempi ridotti rispetto alle regole ordinarie. L'iter varia in base alla conformità dei requisiti strutturali: per chi accede in deroga si applicano le disposizioni della DGR 4938/2025, mentre per chi è pienamente conforme resta valida la procedura ordinaria. ATS dovrà esprimere il parere entro 30 giorni dalla SCIA, e la Regione approverà il decreto entro i successivi 30 giorni. Il sopralluogo post-accreditamento sarà effettuato entro 60 giorni.

Infine, vengono modificati i requisiti per le **CSGM** (Centri Sociosanitari per la Gestione delle Malattie): nella fascia notturna (20:00-8:00) dovranno essere presenti due operatori, di cui uno infermiere; nella fascia diurna (8:00-20:00) il rapporto minimo sarà di un operatore ogni tre utenti, includendo almeno un infermiere e due educatori professionali o tecnici della riabilitazione psichiatrica.

Accreditamento Case della Comunità

Nel 2026 si procederà all'accreditamento delle **Case della Comunità**, riconoscendole come una nuova tipologia di struttura territoriale all'interno del sistema regionale (SIGAUSS). Queste strutture saranno organizzate secondo un **modello unitario evolutivo**, in continuità con quanto previsto dalla DGR 6760/2022. È prevista inoltre una proroga dei requisiti strutturali generali per gli edifici che dispongono già di un piano di adeguamento.

Riabilitazione per acuti

Il documento definisce le modalità di presa in carico dei pazienti nei reparti di **Riabilitazione per acuti**, con particolare attenzione a:

- **trasferimenti da altri reparti per acuti:** per i pazienti trasferiti di venerdì, il fisiatra o altro specialista deve redigere il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) e il fisioterapista il relativo programma (pri) entro il giorno successivo all'ingresso, e l'inizio del trattamento riabilitativo deve avvenire entro lo stesso termine. Se il trattamento non viene effettuato nel weekend, è ammessa la sospensione solo per un fine settimana, purché le motivazioni siano documentate in cartella clinica. In caso di impossibilità per motivi clinici, si distinguono due situazioni: all'inizio della degenza, la struttura deve garantire il corretto invio o valutare un'assistenza temporanea; durante la degenza, le giornate senza riabilitazione sono riconosciute, ma se l'acuzie dura oltre cinque giorni lavorativi, il paziente deve essere trasferito in reparto idoneo. Se le valutazioni non possono essere fatte subito (es. per festività), devono essere eseguite il primo giorno lavorativo utile insieme al primo trattamento. Se invece sono fatte nei tempi previsti, il trattamento può iniziare il giorno successivo alla redazione del PRI;
- **trasferimenti dall'Osservazione Breve Intensiva (OBI):** il trasferimento diretto in riabilitazione è considerato appropriato quando l'evento acuto gestito in OBI è l'evento indice del bisogno riabilitativo, in linea con il DM Appropriatazza e la sperimentazione della SDO-R. Ad esempio, un paziente con TIA può essere trasferito in riabilitazione se vi sono obiettivi riabilitativi correlati all'evento, rispettando i criteri di correlazione clinica e temporale.
-

DM 70/2015 e riorganizzazione rete ospedaliera

Nel 2025 la Giunta regionale ha incaricato la Direzione Generale Welfare di completare l'attuazione del **DM 70/2015**, che definisce gli **standard per la riorganizzazione della rete ospedaliera**. Sono già stati predisposti documenti sulla rete dei laboratori e sull'organizzazione dei punti nascita. Viene confermata la struttura **Hub & Spoke** prevista dalla DGR 3720/2024, che non si limita alla gestione del personale, ma include anche progetti clinico-assistenziali per migliorare la presa in carico dei pazienti e diffondere competenze.

Nel 2026 il lavoro proseguirà con:

- la **riclassificazione dei presidi ospedalieri** (DEA di I e II livello e Pronto Soccorso);
- la **rimodulazione delle strutture complesse** per adeguarle agli standard del DM 70, con particolare attenzione alle aree critiche come cardiologia, emodinamica e chirurgia;
- l'autorizzazione alla copertura delle strutture complesse, solo se coerenti con il DM 70.

Infine, per la classificazione degli ospedali si terrà conto del rapporto con la popolazione e delle discipline presenti, garantendo un'organizzazione più razionale ed efficiente.

Assistenza ai degenti

La presenza dei familiari nelle strutture sanitarie è sempre garantita secondo le regole della Direzione Sanitaria. Nei Pronto Soccorso, per pazienti molto anziani o con disabilità, l'accesso di familiari e caregiver deve essere consentito anche oltre gli orari di visita.

Tavoli di ottimizzazione allocazione delle risorse

Nel 2026 verranno attivati tavoli di lavoro per confrontare e migliorare gli standard tra gli ospedali, con l'obiettivo di ottimizzare le risorse e valorizzare tutte le professionalità del sistema sanitario. Questi tavoli, coordinati dalla Direzione Generale Welfare, coinvolgeranno direzioni sanitarie, mediche, delle professioni sanitarie e sociosanitarie, oltre alle funzioni operative delle diverse strutture.

Pag. 121: "Nel corso del 2026, con il fine di favorire l'ottimizzazione delle risorse disponibili e la valorizzazione delle diverse professionalità che contribuiscono all'erogazione delle prestazioni per il SSR, saranno istituiti tavoli di lavoro per la valutazione e il confronto degli standard in essere tra le varie realtà ospedaliere. Il tavolo coordinato dalla Dg Welfare (U.O. Polo Ospedaliero, U.O. Programmazione e controllo delle risorse del SSR, U.O. Organizzazione progetti trasversali e ricerca) coinvolgerà le direzioni sanitarie e mediche di presidio, le direzioni aziendali delle professioni sanitarie e sociosanitarie e le funzioni di gestione operativa."

Controlli NOC

Le ATS sono tenute, come stabilito dalla normativa vigente, a includere nel loro programma di verifiche il controllo del 10% delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) prodotte ogni anno da ciascun ente erogatore, all'interno del totale del 12,5% dei controlli previsti sui ricoveri. Rimangono inoltre immutate le percentuali e le modalità di campionamento già definite dal sistema, che prevedono controlli mirati e autocontrolli di congruenza e qualità.

Indicatori NSG

Il monitoraggio degli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) prosegue attraverso aggiornamenti costanti su Tableau, rendendo i dati accessibili a tutte le strutture per favorire il miglioramento delle performance. Nel 2026 saranno inoltre istituiti tavoli di confronto tra clinici, con l'obiettivo di ottimizzare ulteriormente i risultati complessivi del sistema.

Pag. 121: "Nel corso del 2026 verranno attivati tavoli di confronto tra clinici, al fine di migliorare i risultati complessivamente."

Progetti speciali

Nel 2026 saranno avviati diversi progetti speciali dedicati al miglioramento del sistema sanitario lombardo. Da un lato, inizierà la valutazione per individuare eventuali **Aziende Ospedaliere con caratteristiche di alta qualificazione**, come previsto dalle norme vigenti. Parallelamente, la Regione potrà attivare iniziative con gli **ospedali classificati**, con l'obiettivo di potenziare l'offerta sanitaria in coerenza con la programmazione regionale.

Un'attenzione particolare sarà dedicata alla **Banca del Latte Umano Donato** (BLUD), con azioni volte a rendere più efficiente l'intero sistema di donazione, raccolta e utilizzo del latte umano, considerato un presidio terapeutico fondamentale per i neonati più fragili.

Prosegue inoltre il rafforzamento delle reti cliniche avanzate: viene istituito un **Dipartimento Funzionale Interaziendale di Radioterapia Avanzata e di Teranostica Oncologica** (DIARTe), frutto della collaborazione storica tra CNAO, Istituto Nazionale dei Tumori e San Matteo di Pavia. Un analogo progetto coinvolgerà l'**area otorinolaringoiatrica**, coordinato dall'ASST Niguarda, con lo scopo di ridurre le liste d'attesa e diffondere competenze tra diverse ASST.

Infine, per la **protonterapia** si confermano le regole già previste, garantendo il riconoscimento delle prestazioni effettivamente erogate dal CNAO e avviando budget sperimentali per gli enti coinvolti, in attesa della definizione finale dei criteri regionali.

Servizi di medicina di laboratorio

Nel 2026 prosegue la riorganizzazione dei Servizi di Medicina di Laboratorio già avviata negli anni precedenti. Una delle azioni principali riguarda il completamento dell'**Order Manager Regionale**, il sistema informatico che collegherà tutti i laboratori pubblici e privati accreditati. Data la complessità del progetto, l'interfacciamento completo dei sistemi informativi di laboratorio è previsto entro il 2027. Parallelamente, si consolida il coordinamento della rete dei laboratori pubblici e viene aggiornata la normativa relativa alle analisi per sostanze stupefacenti e al dosaggio dell'etanolo.

Un altro ambito rilevante riguarda l'aggiornamento tecnologico dei **servizi di Anatomia Patologica** e del **trasporto dei campioni biologici**. L'obiettivo è definire fabbisogni, criteri di allocazione delle risorse e soluzioni logistiche adeguate per sostenere processi sempre più automatizzati e integrati, anche in vista dell'implementazione del Sistema Informativo Unico di Anatomia Patologica e della Digital Pathology.

Sul fronte dell'appropriatezza diagnostica, il **Comitato Regionale dei Servizi di Medicina di Laboratorio** predisporrà istruttorie tecniche per migliorare la qualità delle prescrizioni e delle prestazioni, anche alla luce della diffusione della cartella clinica informatizzata e dell'entrata in vigore del nuovo nomenclatore tariffario. Continua inoltre il monitoraggio dedicato all'**armonizzazione dei referti di laboratorio**, con particolare attenzione alle aree di Genetica Medica, Anatomia Patologica e Immunoematologia.

Prosegue anche l'attività di **controllo qualità interno** dei laboratori, mentre a partire dal 2026 vengono rimodulate le **scadenze per la rendicontazione** degli assetti organizzativi (periodicità semestrale), dei tempi di refertazione (periodicità semestrale) e dei volumi di attività (periodicità annuale per l'attività analitica complessiva e biennale per l'attività analitica di dettaglio). Con l'entrata a regime dell'Order Manager Regionale, una parte di queste rendicontazioni non sarà più richiesta perché i dati saranno raccolti automaticamente.

Nel campo della **telemedicina**, vengono attivati tavoli tecnici per sviluppare modelli di televisita, teleconsulto e telemonitoraggio applicati alla Medicina di Laboratorio. Tra gli ambiti coinvolti figurano la Genetica Medica, la Microbiologia e Virologia, la Patologia Clinica e l'Anatomia Patologica, anche con l'obiettivo di favorire la digitalizzazione dei processi, migliorare l'accesso alle consulenze e contribuire al contrasto dell'antibiotico-resistenza.

Pag. 125: "Nell'ambito del progetto regionale di Telemedicina, in coerenza con gli scenari di applicazione dei servizi minimi, il Gruppo di Lavoro nominato con Decreto della DG Welfare n. 11490/2023 di concerto con la U.O. Sistemi Informativi e Sanità Digitale attiverà i seguenti tavoli tecnico scientifici per la predisposizione delle relative istruttorie tecniche:

• Televisita:

- Area Genetica Medica con la finalità di gestire la consulenza pre e post test, inclusa la valutazione per una corretta gestione del consenso informato ai test genomici

- Area Microbiologia e Virologia Clinica, con la finalità di gestire la consulenza pre e post test per i soggetti che intraprendono il percorso di diagnosi per sospetta infezione HIV;

• Teleconsulto:

- Area Anatomia Patologica nello sviluppo dell'applicazione della transizione alla Digital Pathology;

- Area Microbiologia e Virologia Clinica per la gestione condivisa della refertazione mirata dell'antibiogramma e antimicogramma al fine di concorrere al contrasto dell'Antibiotico-Resistenza e nello sviluppo della microscopia digitale, della tele refertazione;

- Area Patologia Clinica nello sviluppo della microscopia digitale, della tele refertazione;

• Teleassistenza e Telemonitoraggio:

- Area Patologia Clinica Trombosi Emostasi, gestione dell'assistenza nella terapia anticoagulante orale (TAO) quale supporto per il paziente e il caregiver."

Infine, entro marzo 2026 saranno definiti i requisiti autorizzativi e di accreditamento per i punti prelievo che fanno capo a laboratori situati fuori regione, insieme alle procedure per la presentazione delle domande.

Sistema Regionale Trapianti

Nel 2026 Regione Lombardia prosegue un ampio processo di rafforzamento e modernizzazione del proprio Sistema Trapianti. Un primo passo essenziale è l'attivazione del **Coordinamento Regionale di Procurement** (CRP) presso AREU entro fine 2025. Questo nuovo assetto permetterà di aggiornare il programma regionale per la donazione a cuore fermo e di estendere i percorsi di donazione anche alle strutture private accreditate, con l'obiettivo di aumentare il numero di organi e tessuti disponibili.

Parallelamente, viene potenziata la **S.C. Trapianti Lombardia - NITp**, con un adeguamento del finanziamento fino a 3,5 milioni di euro (destinato alla Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano). Le risorse aggiuntive serviranno soprattutto per migliorare l'organizzazione e la dotazione tecnologica del Laboratorio di Immunologia dei Trapianti e della centrale operativa, in linea con le nuove linee guida nazionali e con l'incremento dell'attività di donazione e trapianto.

Per quanto riguarda il **Programma Regionale Trapianto Organi**, entro fine 2025 sarà validato il documento dedicato al trapianto di rene e, nei primi mesi del 2026, verranno definiti gli indicatori per i trapianti di fegato e cuore. All'interno del Polo Ospedaliero nasceranno tavoli tecnici "Cardiologie e Trapianti" e "Epatologie e Trapianti", con l'obiettivo di uniformare le procedure e ridurre i tempi di accesso alle liste d'attesa.

Pag. 126: "In seno al Polo Ospedaliero, verranno di seguito attivati i tavoli tecnici "Cardiologie e Trapianti" e "Epatologie e Trapianti", finalizzati alla stesura di linee di indirizzo regionali per il percorso diagnostico-terapeutico di rete tramite il lavoro congiunto delle strutture di gestione dell'insufficienza d'organo e le strutture di trapianto regionali, tramite afferenze territoriali definite."

Prosegue poi il percorso per la creazione della **Banca Regionale Tessuti** presso l'Ospedale Niguarda. Entro il 2025 devono essere completati gli atti istitutivi e l'approvazione dei fabbisogni di personale. Dal 2026, anche le **banche delle cornee** esistenti applicheranno una tariffa unica regionale. Nel biennio, l'obiettivo è aumentare quantità e qualità dei tessuti prelevati e distribuiti, anche a livello internazionale.

Un'altra linea di intervento riguarda la **standardizzazione dei processi di conservazione e perfusione degli organi**: AREU dovrà predisporre le specifiche tecniche per una gara centralizzata sui contenitori a norma, mentre il Centro Regionale Trapianti definirà il modello organizzativo più adeguato per la preservazione dinamica degli organi. L'obiettivo è uniformare procedure e garantire il miglior utilizzo delle risorse disponibili.

In continuità con il 2025, prosegue inoltre il lavoro sulla razionalizzazione delle équipe di prelievo degli organi addominali. Si intende definire un percorso formativo dedicato ai chirurghi prelevatori, sviluppato dal Polo Ospedaliero insieme al CRT e agli specialisti dei centri trapianto, valorizzando competenze e migliorando il numero di organi effettivamente utilizzati.

Per il **trapianto di cellule staminali emopoietiche**, Regione punta a migliorare l'efficienza di arruolamento dei donatori, oggi inferiore rispetto ad altre regioni italiane. Entro aprile 2026 saranno definiti strumenti di valutazione delle potenzialità di arruolamento nelle strutture trasfusionali, così da fissare obiettivi specifici. È prevista anche una revisione dell'organizzazione della **tipizzazione HLA**, con il coinvolgimento dei laboratori già attivi.

Un ulteriore intervento riguarda la riorganizzazione dell'attività delle Anatomie Patologiche all'interno del Sistema Trapianti. Si avvia un progetto pilota di centralizzazione preliminare in due sedi di riferimento — Policlinico di Milano e Niguarda — con l'obiettivo di garantire maggiore efficienza e qualità nella **valutazione anatomopatologica dei donatori**. Entro aprile 2026 verrà prodotto un regolamento operativo che definirà requisiti, flussi di lavoro e percorsi formativi.

Infine, a fronte dell'aumento delle dichiarazioni di non donazione registrate nei Comuni e nelle ASST, sarà sviluppata una campagna informativa regionale dedicata ai cittadini. Entro aprile 2026 saranno definiti gli elementi necessari alla sua pianificazione: indicatori, piattaforme informative, strumenti di comunicazione e collaborazioni con associazioni del settore.

Attività trasfusionale

Nel 2026 la Regione Lombardia intende consolidare l'intero Sistema Trasfusionale, mantenendo elevati standard di qualità e sicurezza e puntando all'autosufficienza regionale e nazionale. Le attività saranno coordinate dalle ASST e dagli IRCCS in collaborazione con la **Struttura Regionale di Coordinamento per le attività trasfusionali** (SRC) presso AREU. Un elemento chiave sarà valorizzare la disciplina di Medicina Trasfusionale, rafforzandone l'attrattività nelle sue tre aree tradizionali: produzione di emocomponenti, attività cliniche e diagnostica di laboratorio.

La Rete Trasfusionale, organizzata tramite i Dipartimenti di Ematologia e Medicina Trasfusionale, rappresenta un elemento centrale per la sicurezza nelle trasfusioni e per la gestione dell'appropriatezza. L'approccio integrato, che coinvolge ospedali e servizi specialistici, permette una gestione più efficace dei processi clinici collegati alle trasfusioni.

Gli obiettivi prioritari che le Direzioni delle strutture sede di SIMT dovranno perseguire nel 2026 riguardano vari ambiti strategici. In primo luogo, il rafforzamento della **raccolta di plasma**, sostenuto anche dalle economie derivanti dalla nuova gara di conferimento del plasma all'industria. Un altro focus importante riguarda l'**area metropolitana di Milano**, principale centro di utilizzo del sangue in Lombardia: qui saranno promosse azioni di collaborazione tra aziende sanitarie e associazioni per garantire livelli adeguati di autosufficienza.

Un'attenzione specifica sarà dedicata alla risposta ai **nuovi patogeni** e alle arbovirosi, con l'attivazione stagionale di test mirati in alcuni centri e la valutazione dell'uso di tecnologie di riduzione patogeni da impiegare in situazioni critiche. Parallelamente, si avvieranno progetti pilota per introdurre tecnologie automatizzate nella **produzione degli emocomponenti**, inizialmente presso IRCCS, per valutarne l'impatto in termini di qualità ed efficienza.

In tutte le strutture sarà poi potenziato il **Patient Blood Management**, un approccio multidisciplinare che promuove l'uso appropriato del sangue e riduce i rischi per i pazienti. Nel 2026 prenderà inoltre avvio la revisione del **Piano Sangue Regionale**, che dovrà riflettere il nuovo contesto epidemiologico, normativo e organizzativo. Un ulteriore obiettivo strategico è l'integrazione con le altre reti delle sostanze di origine umana (**SoHO**), in linea con le normative europee, per garantire standard comuni di sicurezza e qualità.

Accanto a queste azioni, vengono confermati anche i finanziamenti dedicati alle infrastrutture trasfusionali regionali. La **Banca del sangue raro**, presso il Policlinico di Milano, potrà contare su un finanziamento massimo di 1,3 milioni di euro. La **Banca del cordone ombelicale**, che opera su due sedi (Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano e Fondazione IRCCS Policlinico San

Matteo di Pavia), disporrà complessivamente di 2,6 milioni di euro. Infine, per il funzionamento della **S.C. Trapianti Lombardia-NITp**, sempre presso il Policlinico, è previsto un finanziamento massimo di 2,85 milioni di euro.

A completamento del quadro, nel 2026 prenderà avvio anche un percorso pilota dedicato alla **rete delle Anatomie Patologiche** (di I e II livello) coinvolte nel sistema trapianti. L'attività sarà centralizzata inizialmente su due strutture — il Policlinico di Milano e l'Ospedale Niguarda — con l'obiettivo di migliorare l'efficienza e la qualità della valutazione dei donatori. Entro aprile 2026 sarà inoltre definito un regolamento operativo per l'intera rete delle Anatomie Patologiche, che specificherà requisiti, funzioni, percorsi formativi e modalità uniformate di analisi e refertazione.

HTA (Health Technology Assessment)

Regione Lombardia aggiorna il proprio programma di Health Technology Assessment (HTA) per rendere più efficace e trasparente la valutazione delle tecnologie sanitarie. Le leggi regionali del 2015 e del 2021 hanno posto le basi per una gestione programmata delle tecnologie e dei dispositivi medici, integrando la mappatura dei fabbisogni con le metodologie HTA.

La Direzione Generale Welfare ha riorganizzato il sistema ampliando il coinvolgimento degli stakeholder, con l'obiettivo di favorire l'adozione di tecnologie sicure, efficaci e sostenibili, e di sostituire quelle meno performanti. Il processo di valutazione riguarda sia le tecnologie innovative sia quelle che ampliano i loro campi d'uso. Le richieste vengono analizzate dal **Centro Regionale HTA** e dalla **Commissione Regionale**, con il supporto delle Reti di Patologia, ASST, IRCCS e, se necessario, di esperti esterni. Niguarda fornirà supporto tecnico e verrà istituito un gruppo ristretto di esperti aziendali.

Pag. 130: "La U.O. Polo Ospedaliero, per il tramite del Centro Regionale di HTA e della Commissione Regionale, integrata con altre U.O. della DG Welfare, esamina e prioritizza le richieste degli stakeholder, tra cui le Reti di Patologia, ATS, ASST, IRCCS e produttori di tecnologia. Le ASST/IRCCS e le Reti di Patologia saranno coinvolte nella realizzazione dei rapporti tecnici di HTA (assessment), con tavoli tecnici appositamente istituiti e a seguito di consultazione pubblica. ASST Niguarda con apposita convenzione fornisce supporto tecnico e istruttoria Centro Regionale e verrà inoltre istituito con apposito decreto un gruppo ristretto di esperti delle commissioni aziendali a supporto del Centro Regionale."

La **Commissione HTA** multidisciplinare valuta l'appropriatezza delle tecnologie e può anche proporre autonomamente nuove soluzioni da analizzare. Gli esiti delle valutazioni potranno contribuire alla revisione delle codifiche di rimborso e orientare le attività di programmazione e procurement della DG Welfare. L'attuazione potrà essere monitorata anche dall'Agenzia di Controllo del Sistema Socio-Sanitario.

Inoltre, il Centro Regionale HTA è stato riconosciuto come **Centro collaborativo di AGENAS** per il Programma Nazionale HTA 2023–2025, contribuendo alla produzione di report nazionali e ai programmi formativi dedicati alla metodologia HTA. Tale collaborazione sarà regolata da un apposito accordo formale.

In questo contesto di riferimento Assolombarda ha ricostituito il Gruppo di Lavoro HTA formato da professionisti dell'ospedale privata, con l'obiettivo di creare momenti d'aggregazione nei quali potersi confrontare, condividere obiettivi, portare la propria esperienza e raccogliere spunti utili da proporre ai tavoli di lavoro regionali. In uno degli incontri dedicati, il GdL avrà la possibilità di confrontarsi anche con il coordinamento della Commissione HTA della DG Welfare Regione Lombardia). Inoltre, nel corso dell'anno verrà attivato un tavolo di lavoro che riunisce i rappresentanti del mondo dell'industria del farmaco e dispositivo medico.

Innovazione tecnologica

Nel 2026 la DG Welfare avvierà un programma di **investimenti tecnologici** per innovare le strutture del Servizio Sanitario Regionale, con particolare attenzione alla **medicina personalizzata**. Tra le priorità figurano l'ampliamento delle PET-CT, la selezione di un secondo centro pubblico dotato di MR-Linac, l'avvio di un centro pubblico per la terapia con protoni e il rinnovo delle tecnologie ospedaliere di fascia medio-bassa.

Regione valuterà inoltre l'introduzione dell'**intelligenza artificiale** tramite progetti pilota già attivi in ambito stroke e negli screening oncologici (prostata e mammella), decidendo nel 2026 se procedere con gare europee per supportare le strutture interessate.

Nel corso dell'anno entrerà in funzione anche il **Virtual Network Archive (VNA)**, che permetterà l'accesso alle immagini diagnostiche DICOM dei PACS aziendali attraverso il Fascicolo Sanitario Elettronico. Le direzioni aziendali saranno chiamate a garantire le risorse per una piena operatività del sistema, favorendo lo scambio regionale dei dati di imaging.

Robotica

Nel 2026 la DG Welfare estenderà il programma di formazione in chirurgia robotica, definendo criteri uniformi per l'addestramento delle équipes nei principali centri hub regionali. Queste strutture saranno potenziate tecnologicamente e formeranno il personale dei centri spoke. Sempre nel 2026, alcuni hub saranno scelti per avviare programmi sperimentali dedicati a ottimizzare l'utilizzo del personale nelle sale operatorie robotiche.

Risk Management

Nel 2026 il Centro Regionale per il Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente proseguirà lo sviluppo delle proprie attività in linea con il piano globale dell'OMS sulla sicurezza delle cure. Le azioni saranno guidate dalle Linee Operative regionali e sostenute da un nuovo gruppo di lavoro incaricato di definire un modello organizzativo di riferimento per il Risk Management all'interno delle strutture del SSR.

Pag. 132: "Alla luce dei risultati della Survey condotta in collaborazione con l'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario, nel corso dell'anno 2026 verrà istituito, nell'ambito del Centro Regionale per la gestione del rischio sanitario e sicurezza delle cure un gruppo di lavoro finalizzato a redigere un documento che dettagli un modello organizzativo di riferimento per la funzione di Risk Management all'interno degli enti del SSR con posti letto che dettagli ruolo, attività, rapporti e risorse (un modello sostenibile e scalato in funzione del numero di posti letto e numero di presidi)."

Una parte rilevante del programma riguarda la **sicurezza in area ostetrica e perinatale**: le ASST dovranno monitorare i rischi durante travaglio e parto, analizzare gli eventi, proseguire la sorveglianza su mortalità materna e perinatale e partecipare alle iniziative di peer review e formazione con simulazioni, in collaborazione con AREU.

Parallelamente, il Centro Regionale continuerà a supportare le **strutture sociosanitarie e territoriali** nell'applicazione dei requisiti di sicurezza: gestione del farmaco, prevenzione delle infezioni, segnalazione degli eventi avversi, tutela degli operatori e supporto ai nuovi Distretti. Proseguirà anche l'implementazione del **modello integrato HERM**, finalizzato a una gestione unitaria dei rischi aziendali.

Nel 2026 i Risk Manager dovranno inoltre rafforzare le attività di gestione delle crisi (“crisis management”) e continuità operativa (“business continuity”), aggiornare i percorsi sulla prevenzione della sepsi secondo le linee guida più recenti, e coordinarsi con i CIO per l’applicazione delle indicazioni regionali sugli antibiotici peri-operatori. Gli indicatori di rischio continueranno a essere monitorati attraverso la piattaforma regionale.

Il nuovo applicativo **HERMLomb** per l’incident reporting diventerà pienamente operativo nelle **strutture pubbliche**, che dovranno usarlo per registrare near miss ed eventi critici; in caso di eventi gravi si attiveranno audit congiunti con l’Agenzia di Controllo. Saranno inoltre potenziate attività formative specifiche per i Risk Manager grazie ad Accademia Polis.

In attesa dei decreti attuativi della legge sulla **sicurezza delle cure**, proseguiranno la centralizzazione regionale delle coperture assicurative, il rafforzamento dei Comitati di Valutazione Sinistri e la creazione di una rete di mediatori per la gestione dei conflitti. AREU continuerà il monitoraggio dei sistemi di trasporto materno e neonatale.

Infine, le strutture dovranno garantire l’attuazione del percorso di **screening nutrizionale** e completare l’implementazione delle raccomandazioni ministeriali, assicurando recepimento formale, formazione del personale e monitoraggio degli indicatori.

In questo contesto di riferimento Assolombarda ha ricostituito il Gruppo di Lavoro Risk Management formato da professionisti dell’ospedalità privata, con l’obiettivo di creare momenti d’aggregazione nei quali potersi confrontare, discutere di best practices, condividere obiettivi, portare la propria esperienza e raccogliere spunti utili da proporre al tavolo di lavoro regionale (che ci vede rappresentati da due esponenti). Parallelamente è stato costituito un Gruppo di Lavoro Risk Management dedicato alle strutture socio sanitarie (RSA), al fine di approfondire le tematiche e le problematiche del settore.

Mobilità sanitaria interregionale

La legge 207/2024 prevede che ogni Regione, incluse le Province autonome, debba stipulare accordi bilaterali per gestire in modo appropriato la mobilità sanitaria interregionale, cioè gli spostamenti dei pazienti tra territori diversi per ricevere cure. Questi accordi sono obbligatori quando i flussi di mobilità — in entrata o in uscita — raggiungono livelli tali da creare squilibri nell’organizzazione e nell’erogazione dei servizi sanitari. Alla DG Welfare spetta il compito di sottoscrivere tali accordi ed eventuali riduzioni nelle valorizzazioni economiche delle prestazioni previste dagli stessi incideranno direttamente sulle strutture che hanno erogato le prestazioni oggetto di mobilità.

Mobilità sanitaria internazionale

Le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate devono fornire all’ATS tutte le informazioni necessarie per fatturare alle casse estere le prestazioni erogate a cittadini provenienti da Paesi con accordi bilaterali. In assenza di TEAM o altri attestati validi, il paziente deve pagare direttamente le prestazioni.

L’ATS verifica e monitora la fatturazione e le contestazioni tramite gli applicativi ministeriali. Il codice STP, che garantisce l’assistenza urgente agli stranieri extra-UE irregolari, può essere rilasciato solo da enti autorizzati. Le strutture private devono quindi accordarsi con l’ATS per il rilascio. Errori nella composizione del codice o rilasci non autorizzati comportano il mancato rimborso da parte del Ministero della Salute.

Funzioni non tariffate

Regione Lombardia sta progressivamente rivedendo le **funzioni non tariffate** (FnT) mentre aggiorna le tariffe delle prestazioni sanitarie. Nel 2024 e 2025 sono state eliminate diverse funzioni ritenute non più coerenti con il sistema di finanziamento. Le FnT che resteranno attive verranno ridefinite secondo standard organizzativi, costi unitari e, quando utile, volumi di attività, con l'obiettivo di favorire sempre più la remunerazione a tariffa. L'intero processo si basa sui dati di contabilità analitica forniti dagli erogatori: senza tali dati, pubblici o privati, non è possibile accedere ai finanziamenti delle funzioni non tariffate.

Maggiorazioni tariffarie

Nel 2025 è stato avviato un percorso legislativo per rinnovare il sistema delle **maggiorazioni tariffarie**, con lo scopo di rafforzare l'integrazione tra assistenza sanitaria, didattica universitaria e ricerca nelle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate collegate alle facoltà di medicina. Il nuovo modello prevede criteri aggiornati per riconoscere il beneficio economico, basati su aspetti organizzativi, tecnologici, economici e sull'impatto che le attività formative e di ricerca hanno sulla qualità delle cure. L'impianto resterà coerente con la normativa nazionale e regionale vigente, e potrà essere aggiornato ogni tre anni, così da permettere alle strutture una programmazione più efficace.

Con l'introduzione dell'art. 27 bis della L.R. 33/2009, la Regione stabilirà anche le modalità con cui gli enti potranno presentare domanda di accesso alle maggiorazioni. Le strutture richiedenti dovranno impegnarsi a fornire dati economici e contabili, oltre a informazioni qualitative sulle attività di didattica e ricerca, necessari per valutare correttamente i costi e aggiornare gli standard regionali. Le risorse per finanziare il sistema delle maggiorazioni saranno coperte dal Fondo sanitario regionale, con un impegno stimato in 273 milioni di euro, nel rispetto degli equilibri finanziari complessivi.

Con la Deliberazione N. XII/ 5588 seduta del 30/12/2025 con oggetto "Criteri per la definizione delle attività e servizi da finanziare con l'istituto delle funzioni di cui all'articolo 8-sexies del d.lgs. 502/1992, per l'esercizio 2026" vengono definite quali attività sanitarie strategiche, non remunerabili a tariffa, saranno finanziate dalla Regione Lombardia nel 2026, indicando per ciascuna funzione criteri, obiettivi, metodi di calcolo e tetti economici.

Per il 2026 vengono stanziati 575 milioni di euro:

- 500 milioni per erogatori pubblici
- 75 milioni per erogatori privati - come noto, la riduzione del tetto rispetto ai precedenti 115 milioni è attribuibile ad una revisione delle FNT richiesta a livello nazionale. Tuttavia, le risorse mancanti dovrebbero essere compensate attraverso l'assegnazione di nuove maggiorazioni tariffarie.

A tal proposito, facendo seguito alla lettera inviata da Confindustria Lombardia Sanità Servizi (unitamente in firma ad AIOP Lombardia, ANISAP Lombardia e ARIS Lombardia) in data 12 febbraio 2026, con richiesta di chiarimento in merito alle maggiorazioni tariffarie, Regione Lombardia, con nota a firma del Direttore Generale Welfare in data 2 marzo 2026, ha confermato che tutti gli IRCCS, indipendentemente dalla loro natura di Fondazione, potranno accedere alle maggiorazioni ricerca.

Negoziiazione sanitaria

Di seguito si riportano le regole di negoziazione sanitaria 2026, confrontate con quelle del 2025.

Nella colonna “Note” sono state riportate:

- in verde le note positive;
- in rosso le note negative;
- in viola i temi oggetto di analisi del Tavolo Negoziazione.

REGOLE NEGOZIAZIONE 2025	REGOLE NEGOZIAZIONE 2026	Note
I contratti sottoscritti hanno durata giuridica biennale (validità 2025 e 2026), salvo eventuali modifiche e integrazioni. L'accordo economico, scheda budget, avrà rivalutazione annuale. La procedura per la negoziazione e la sottoscrizione dei contratti con tutti gli Erogatori di prestazioni sanitarie, prevede la sottoscrizione del contratto definitivo entro il 31 marzo 2025. I contratti del 2024 sono prorogati fino alla sottoscrizione dei contratti 2025, questo per permettere l'erogazione delle prestazioni e il riconoscimento degli acconti agli erogatori pubblici e privati. La definizione dei budget 2025 verrà fatta partendo dai valori presenti nei contratti sottoscritti entro il 30/04/2024. Per gli erogatori che nel 2023 hanno raggiunto gli obiettivi stabiliti dalle ATS verrà riconosciuto un incremento del budget per il 2025. Si ricorda che non dovranno essere considerare le eventuali rimodulazioni non storicizzabili disposte nel corso del 2024, tenuto necessariamente conto dei vincoli discendenti dalla normativa nazionale in tema di monitoraggio della spesa e di quelli di acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza sanitaria ospedaliera e ambulatoriale. A partire dai contratti 2025 sono previsti, sia per i ricoveri che per le prestazioni ambulatoriali, due budget: uno per le attività erogate a favore dei residenti lombardi e uno per i residenti fuori regione. In caso di trasformazione di posti letto di degenza ordinaria in posti tecnici e/o in caso di variazione del setting assistenziale di alcune prestazioni, le ATS possono procedere alla rimodulazione e all'adeguamento dei valori di budget (ricoveri e specialistica ambulatoriale) a parità di risorse complessivamente contrattualizzate con la struttura/ente unico richiedente la trasformazione. Nel caso, per	I contratti sottoscritti hanno durata giuridica biennale (validità 2025 e 2026), salvo eventuali modifiche e integrazioni. L'accordo economico, scheda budget, avrà rivalutazione annuale. La procedura per la negoziazione e la sottoscrizione dei contratti con tutti gli Erogatori di prestazioni sanitarie, prevede la sottoscrizione della scheda di budget per l'annualità 2026 entro il 31 marzo 2026. I contratti del 2025 sono prorogati fino alla sottoscrizione della suddetta scheda di budget per permettere l'erogazione delle prestazioni e il riconoscimento degli acconti agli erogatori pubblici e privati. La definizione dei budget verrà fatta partendo dai valori presenti nei contratti attuali aggiornati e rimodulati dai criteri delineati nei seguenti paragrafi. Si ricorda che non dovranno essere considerate le eventuali rimodulazioni non storicizzabili disposte nel corso del 2025, tenuto necessariamente conto dei vincoli discendenti dalla normativa nazionale in tema di monitoraggio della spesa e di quelli di acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza sanitaria ospedaliera e ambulatoriale. In caso di trasformazione di posti letto di degenza ordinaria in posti tecnici e/o in caso di variazione del setting assistenziale di alcune prestazioni, le ATS possono procedere alla rimodulazione e all'adeguamento dei valori di budget (ricoveri e specialistica ambulatoriale) a parità di risorse complessivamente contrattualizzate con la struttura/ente unico richiedente la trasformazione. Nel caso, per	I contratti sono stati sottoscritti nel 2025 con validità biennale, nel 2026 si prevede la negoziazione e sottoscrizione della scheda di budget entro il 31 marzo. Viene confermata anche per il 2026 la distinzione, sia per i ricoveri, sia per la specialistica ambulatoriale, di due budget: residenti e fuori regione

validi motivi gli enti dovessero cessare l'offerta di alcune attività fondamentali nella programmazione regionale, ATS in concerto con la DGW può valutare di: • Chiedere di rimodulare il case-mix al fine di rispondere alla domanda territoriale; • Ridistribuire parte del budget legato a tale attività, verso altri Erogatori al fine di garantire la presa in carico dei pazienti. I dati relativi ai flussi informativi devono essere inviati entro le scadenze determinate, ulteriori invii non comporteranno oneri al sistema e avranno quindi solo valore epidemiologico. I posti letto necessari per onorare gli impegni contrattuali annualmente negoziati dagli erogatori con le ATS sono i posti letto accreditati e a contratto (DGR n. XI/1046/2018 e s.m.i.), i ricoveri dovuti a situazioni di emergenza/urgenza, adeguatamente documentati, potranno determinare una presenza di pazienti superiore al numero dei posti letto a contratto nel limite di quelli accreditati. Per i ricoveri in regime di day hospital-day surgery, il numero dei pazienti ricoverati non può superare il doppio del numero complessivo dei posti letto autorizzati per ricoveri a ciclo diurno. Anche per l'anno 2025 rimangono possibili le rimodulazioni di budget già previste negli esercizi precedenti per le risorse contrattualizzate con la medesima struttura e per gli enti unici, finanziando eventuale attività di ricovero (relativamente ad altre strutture appartenenti al medesimo ente unico), cure sub-acute ed ambulatoriali in iperproduzione con lo * spostamento di risorse da ricovero e cura.	validi motivi gli enti dovessero cessare l'offerta di alcune attività fondamentali nella programmazione regionale, ATS in concerto con la DG W può valutare di: • Chiedere di rimodulare il case-mix al fine di rispondere alla domanda territoriale; • Ridistribuire parte del budget legato a tale attività, verso altri Erogatori al fine di garantire la presa in carico dei pazienti. I dati relativi ai flussi informativi devono essere inviati entro le scadenze determinate, ulteriori invii non comporteranno oneri al sistema e avranno quindi solo valore epidemiologico. I posti letto necessari per onorare gli impegni contrattuali annualmente negoziati dagli erogatori con le ATS sono i posti letto accreditati e a contratto (DGR n. XI/1046/2018 e s.m.i.), i ricoveri dovuti a situazioni di emergenza/urgenza, adeguatamente documentati, potranno determinare una presenza di pazienti superiore al numero dei posti letto a contratto, <u>considerando la media quadrimestrale</u>, nel limite di quelli accreditati. Per i ricoveri in regime di day hospital-day surgery, il numero dei pazienti ricoverati non può superare il doppio del numero complessivo dei posti letto autorizzati per ricoveri a ciclo diurno. Per l'anno 2026 sono possibili per gli erogatori privati: • le rimodulazioni di budget per le risorse contrattualizzate per gli enti unici, finanziando eventuale attività di ricovero relativamente ad altre strutture appartenenti al medesimo ente unico. • Lo spostamento del 3% dell'importo del singolo budget da ricovero per cittadini extraregione al budget per i ricoveri dei cittadini lombardi (Quale base si considera il valore 2025 come aggiornato dalle regole 2024-2025). Per le strutture pubbliche sono permesse rimodulazioni per il riconoscimento completo della produzione erogata.	
--	---	--

Tali operazioni sono da considerarsi non storicizzabili. In caso di non completo utilizzo delle risorse negoziate, le ATS, nel rispetto dei tetti contrattuali, potranno, con riferimento all'ultimo trimestre, preve 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 2025 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 2025, la DGW provvederà a comunicare l'eventuale approvazione delle rimodulazioni alle ATS territorialmente competenti.	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, preve verifiche sulla completezza dei flussi informatici, in accordo con l'erogatore e previa autorizzazione della DG Welfare, riorientare le risorse presso altri Erogatori dello stesso comparto (pubblico su pubblico, privato su privato), ridefinendo fino ad un valore pari al 10% del budget del singolo erogatore coinvolto. Le rimodulazioni potranno essere chieste dagli erogatori alle ATS oppure proposte da ATS agli erogatori e concordate con gli stessi. L'eventuale segnalazione dell'esigenza di modificare il budget riferimento. Le istanze pervenute dagli erogatori oppure le proposte delle ATS agli erogatori stessi dovranno essere trasmesse entro e non oltre il 15 novembre alla DG Welfare, unitamente ad una propria valutazione. Per le istanze di rimodulazione che riguardano diversi ambiti territoriali, la valutazione deve essere svolta e condivisa da tutte le ATS coinvolte. Successivamente, entro il 30 novembre, la DG Welfare provvederà a comunicare l'eventuale approvazione delle rimodulazioni alle ATS territorialmente competenti.	
---	---	--

Una quota fino al 7% del budget per i cittadini residenti in Regione Lombardia è legata al raggiungimento di specifici obiettivi definiti da ATS, con eventuali fondi non riconosciuti che rimangono a disposizione delle ATS. Continuano gli accordi bilaterali con le regioni di confine per la mobilità sanitaria, con effetti economici sulle strutture che erogano prestazioni ai residenti di quelle regioni dal 2025. Gli erogatori potranno richiedere una rimodulazione del budget per i cittadini fuori regione, pari al 3% del budget lombardo, entro il 31 ottobre 2025.	La tematica sarà oggetto di analisi specifica gli approfondimenti condotti saranno discussi nel primo semestre 2026 con il gruppo negoziazione per la condivisione dei criteri che permetteranno un eventuale spostamento automatico di tale budget. Riguardo il budget “ordinario” in linea con il fine di favorire i ricoveri medici derivanti dal percorso dell'emergenza-urgenza, si prevede inoltre di riequilibrare il budget assegnato agli enti sede di PS o DEA, considerando quali criteri il numero di accessi di Pronto Soccorso e la percentuale di DRG medici prodotti per accedere al riconoscimento di una quota dell'iperproduzione storica. Una quota pari al 7% del budget ordinario per i cittadini residenti in Regione Lombardia è legata al raggiungimento di specifici obiettivi definiti da ATS, ricomprendendo anche quelli a valenza biennale 2025/2026 che si intendono confermati. I budget incrementali saranno utilizzati per il riconoscimento della produzione secondo i target specifici dopo l'esaurimento dei meccanismi del budget ordinario. Fuori regione Sono storicizzati i budget 2025 come incrementati dall'applicazione delle regole 2024-2025. Il consolidamento di questi anni dei budget suddiviso tra alta e bassa complessità, le nuove politiche nazionali sulla mobilità, l'avanzare degli iter riguardanti gli accordi la mobilità tra regioni e l'attenzione alla appropriatezza portano a ridefinire un aumento della percentuale di regressione tariffaria che passa dal 3,5% sino al 6,5% a seconda della specifica area. Le modifiche tariffaria in divenire e potenziale di alcuni DRG ed eventuali revisioni di tariffe nazionali che saranno introdotte porteranno alle differenziazioni nelle regressioni delle varie aree. La tematica sarà oggetto di analisi specifica, gli approfondimenti condotti saranno discussi nel primo trimestre 2026 con il gruppo negoziazione e porteranno ad un provvedimento con la differenziazione di regressione.	Rimane confermato quanto stabilito per il 2025 <table><tr><td>Base budget 2026</td><td>Budget storico 2026</td><td>10% AC non IRCCS e AC+BC IRCCS 2024</td><td>2% AC non IRCCS e AC+BC IRCCS 2025</td></tr><tr><td colspan="2"></td><td>=</td><td>+</td></tr><tr><td colspan="2"></td><td></td><td>+</td></tr></table> La revisione delle tariffe di riabilitazione TUC e delle tariffe di ricovero a livello nazionale → potrebbe non essere necessario arrivare all'abbattimento del 6,5%, che può essere invece differenziato a seconda delle aree tematiche degli MDC, ulteriore interlocuzione e negoziazione con RL	Base budget 2026	Budget storico 2026	10% AC non IRCCS e AC+BC IRCCS 2024	2% AC non IRCCS e AC+BC IRCCS 2025			=	+				+
Base budget 2026	Budget storico 2026	10% AC non IRCCS e AC+BC IRCCS 2024	2% AC non IRCCS e AC+BC IRCCS 2025											
		=	+											
			+											

Il budget per i residenti fuori regione per le prestazioni di alta complessità sarà incrementato fino al 30%, mentre per quelle di bassa complessità si confermeranno le regole del 2024. Sarà riconosciuto un incremento del budget dall'ATS, proporzionalmente alla produzione non finanziata nel 2024, da finalizzare alle prestazioni di ricovero critiche sul territorio di ciascuna ATS. Inoltre, le strutture hub nella rete Pancreas e Breast Unit avranno un sotto-budget dedicato e aumentato dell'1%. Verrà anche rivista la tariffa dei DRG medici da PS. Alta complessità e attività IRCCS: In conformità con la legge 208/2015, che valorizza l'alta specialità, è prevista la programmazione dell'acquisto di prestazioni specialistiche e quelle degli IRCCS. Per gli erogatori pubblici, è confermata la possibilità di riconoscere ricavi derivanti da produzione superiore a quella contrattualizzata, previa valutazione positiva della DGW, senza impatti sul bilancio del sistema.	Erogatori privati non IRCCS Nel 2026 il budget per i residenti fuori regione per le prestazioni di alta complessità sarà incrementato del 10% sulla base del budget di alta complessità consolidato nei contratti 2025, mentre il tetto di bassa complessità rimarrà invariato. IRCCS Nel 2026 verrà introdotto nei contratti un livello minimo di DRG di alta complessità da garantire. Il budget per i residenti fuori regione sarà: • incrementato del 10% sulla base della produzione erogato 2025 per le prestazioni di alta complessità da garantire, • aumentato il budget per l'area tematica di riferimento con % variabili sulla base della produzione erogata 2025. Le % saranno identificate con specifico atto della DG welfare.	Frutto di interlocuzione con DGW Frutto di interlocuzione con DGW. Da definire "livello minimo"
ATTIVITA' AMBULATORIALE	ATTIVITA' AMBULATORIALE Situazioni di ipoproduzione protratte per due anni consecutivi porteranno a valutazioni da parte della ATS competente e di dg welfare per la riattribuzione del budget all' interno dello stesso territorio. Ciò vale per i budget incrementali e per quelli ordinari, la misura massima di decurtazione e i criteri di redistribuzione saranno oggetto di analisi da parte del tavolo negoziazione e a seguito di specifico provvedimento.	➔ Analisi del tavolo Negoziazione e dopo specifico provvedimento

<u>EROGATORI PRIVATI ACCREDITATI A CONTRATTO</u> Il budget di struttura per le attività di specialistica ambulatoriale per il 2025 sarà calcolato sulla base del contratto 2024, stipulato entro il 30 aprile 2024, al netto delle risorse non storicizzabili. Il contratto dovrà essere firmato entro il 31 marzo 2025. Ogni ATS dovrà separare il budget in due categorie: "Cittadini residenti in Regione Lombardia" e "Fuori Regione", con regole di negoziazione specifiche per ciascun budget. Inoltre, le strutture hub nella rete Pancreas e Breast Unit avranno un sotto-budget dedicato e aumentato dell'1%. <u>BUDGET "Cittadini residenti in Lombardia"</u> Nel 2025, sarà riconosciuto un incremento fino all'1% del budget agli EEPA che abbiano raggiunto gli obiettivi sulle liste di attesa del 2023. Tale incremento sarà stimato, dalle ATS di afferenza, sulla base del valore	<u>EROGATORI DI DIRITTO PUBBLICO</u> Il sistema di negoziazione con gli erogatori di diritto pubblico prevede un budget complessivo indipendentemente dalla residenza e dalla nazionalità. Per adeguare i budget alla capacità produttiva del settore pubblico e riequilibrare le risorse regionali, gli erogatori pubblici dovranno concordare con le ATS una proposta di budget 2026 per ciascuna attività, accompagnata da una relazione di massimo 20 righe. Le proposte, condivise con le ATS, dovranno essere inviate alla DG Welfare entro il 31 gennaio 2026 per la validazione e la firma della scheda di budget entro il 31 marzo 2026. Ogni ATS valorizza il budget di screening al fine di garantire il pieno rispetto dei LEA nel proprio territorio (DPCM 2017). Al fine di garantire la corretta programmazione dello screening per il 2026 ogni ATS propone entro il 15 febbraio 2026 alla UO Prevenzione la proposta complessiva (erogatori di diritto pubblico e privato) di offerta per una valutazione della corretta programmazione (seguiranno indicazioni). <u>EROGATORI PRIVATI ACCREDITATI A CONTRATTO</u> Si conferma che anche per il 2026, sono previsti due budget separati: per "Cittadini residenti in Regione Lombardia" e per "Fuori Regione". La scheda di budget sarà sottoscritta entro il 31 marzo 2026 <u>Cittadini residenti in Regione Lombardia</u> Nell'ambito del budget per residenti lombardi sarà composto dai seguenti elementi:	
---	--	--

derivante dall'applicazione del non raggiungimento degli obiettivi 2023 sulle liste di attesa e dovrà essere destinato alle prestazioni di particolare criticità rilevate nel territorio di competenza. Tale incremento sarà garantito attraverso le risorse previste dalla legge finanziaria per l'anno 2025. Agli EEPA che nel 2024 abbiano superato il 106% di produzione (escluso il laboratorio), sarà riconosciuto un incremento proporzionale per prestazioni critiche. Se i fondi residui sono superiori a quelli necessari, le ATS potranno chiedere integrazioni al budget. Le prestazioni per gli EEPA saranno monitorate tramite una rendicontazione specifica. Ogni ATS dovrà prevedere per gli EEPA delle soglie minime pari almeno al valore maggiore tra il volume erogato 2023 (al netto delle prestazioni erogate con risorse non storicizzabili) e la soglia minima stabilita nel 2024. Le soglie minime da identificare sono le seguenti: • gruppo PNGLA con tipo prestazione O e Z, eventualmente, suddivise ulteriormente in: - prime visite; - ecografie; - endoscopie; - TC/RM; - altra diagnostica • gruppo VISITE (altre prime visite non rientranti nel gruppo precedente e visite di controllo); • gruppo SCREENING (tenendo conto degli indirizzi della UO prevenzione DG Welfare). Nel caso in cui venissero raggiunte tutte le soglie minime di garanzia secondo quanto contrattualmente definito dalle singole ATS (da questo calcolo è escluso il gruppo SCREENING) – che segue gli indirizzi di programmazione definiti con il Dipartimento di Prevenzione delle singole ATS), le prestazioni che concorrono al raggiungimento delle suddette saranno riconosciute senza abbattimento tariffario tra il 97% e il 106%. Le altre prestazioni saranno riconosciute senza abbattimento tra il 97% e il 100%, con abbattimento del 30% tra il 100% e il 103% e abbattimento del 60% tra il 103% e il 106%.	• Il Budget ordinario storico presente nell'esercizio 2024 (a seguito budget "ordinario"). • Budget Breast e Pancreas con gli aumenti presenti nei contratti 2025 su linee dedicate per le strutture hub nella rete Pancreas e Breast Unit. Gli importi attribuiti con linea dedicata sono i medesimi determinati nell'esercizio precedente e non sono storicizzabili. Il riconoscimento di questa produzione avverrà con il risultato degli indicatori condivisi (DGR n. XI/7755 del 28/12/2022 e §10.1.1) • Quota incrementale con gli aumenti presenti nei contratti 2025 su linee dedicate dovuti al raggiungimento degli obiettivi ed alla iperproduzione degli esercizi pregressi. Gli importi sono i medesimi determinati nell'esercizio precedente e non sono storicizzabili. Il riconoscimento di questa produzione sarà finalizzato alle prestazioni ambulatoriali critiche sul territorio. Saranno identificate prestazioni o aree specifiche da parte della ATS identificando un target da erogare come differenziale rispetto alla produzione degli esercizi di riferimento precedenti. • Quota incrementale per abbattimento delle liste d'attesa. Gli importi saranno determinati a livello di sistema sullo storico del raggiungimento degli obiettivi e della sovrapproduzione degli ultimi anni. Il riconoscimento di questa produzione sarà finalizzato alle prestazioni critiche sul territorio. Saranno identificate prestazioni o aree specifiche da parte della ATS identificando un target da erogare come differenziale rispetto alla produzione agli esercizi di riferimento precedenti. La somma degli importi dei budget incrementali di cui sopra costituirà una linea specifica nei contratti. Il budget ordinario sarà suddiviso in differenti macro-raggruppamenti ai quali saranno assegnati i relativi sotto-budget e le percentuali di regressione. I sotto-budget hanno importi assegnati distinti e non sono spostabili a meno delle regole espresse nei paragrafi seguenti: • Pronto Soccorso e indistinto: Le prestazioni di PS e le restanti prestazioni non degli insiemi di screening e laboratorio (come definite nei successivi paragrafi) saranno riconosciute con - abbattimento del 30% tra il 97% e il 103% - e abbattimento del 60% tra il 103% e il 106%,	Riconfermati e in aumento rispetto al 2025 Nella definizione del sotto-budget del PS si negozierà sul NON abbattimento in caso di sovrapproduzione
--	---	--

Differentemente, nel caso non siano saturate le soglie minime, con la tipologia ed i volumi di prestazioni negoziati con l'ATS, le condizioni contrattuali applicate alle prestazioni oggetto delle soglie saranno le seguenti: abbattimento del 30% tra il 97% ed il 103% e abbattimento del 60% tra il 103% ed il 106%. - Le prestazioni di laboratorio verranno abbattute del 70% tra il 97% e il 106%, successivamente al 106% non saranno riconosciute. Per tutti gli EEPA, le prestazioni PNGLA non saranno abbattute fino al 110%. Inoltre, ogni ATS dovrà destinare il 10% del budget destinato ai Cittadini Residenti in Regione Lombardia agli obiettivi specifici, mentre almeno il 3% del budget di specialistica ambulatoriale per Cittadini Residenti in Regione Lombardia dovrà essere riservato alle prestazioni per pazienti cronici.	ad eccezione delle prestazioni PNGLA e delle prestazioni obiettivo identificate dalla ATS che non saranno abbattute fino al 106%. • Nel tavolo negoziazione si strutturerà un meccanismo per il riconoscimento della crescita del valore di produzione delle prestazioni di PS sino al 5% tra il 2025 e il 2026 (l'applicazione sarà oggetto di specifico provvedimento). • Laboratorio (i criteri di identificazione saranno oggetto di comunicazione specifica): <u>le prestazioni di laboratorio con abbattimento del 80% tra il 97% e il 106%, oltre non sarà riconosciuta la eventuale produzione erogata. Nel caso vi sia una sovrapproduzione superiore al 120% del budget la percentuale abbattimento sarà del 75% tra il 97% e il 106%. Nella definizione del budget e dei criteri saranno valutate le strutture sede di PS e DEA.</u> • Screening: <u>saranno riconosciute senza abbattimento tariffario sino al 106%.</u> I sotto-budget di riferimento saranno identificati sulla base della produzione storica identificando preliminarmente le prestazioni di PS e quelle restanti ed infine quelle di laboratorio sino al raggiungimento del tetto di budget. In fase di costruzione dei sotto-budget per il mantenimento della completezza dell'offerta saranno valutate dal gruppo negoziazioni criteri di eccezione specifici. Il sotto-budget di screening riporterà il valore storico come aggiornato dalla DG Welfare. <u>Eventuali spostamenti del budget di screening al budget Pronto Soccorso e indistinto seguiranno le indicazioni della U.O. Prevenzione.</u> Una quota pari al 10% del budget ordinario per i cittadini residenti in Regione Lombardia è legata al raggiungimento di specifici obiettivi definiti da ATS, ricomprendendo anche quelli a valenza biennale 2025/2026 e che si intendono confermati. Si confermano inoltre gli obiettivi relativi al mantenimento dei volumi di visite di controllo e dell'incremento/mantenimento dei volumi di colonscopie, che verranno aggiornati tenendo conto degli andamenti di produzione del biennio 2024/2025. <u>Il raggiungimento del 95% degli obiettivi relativi all'incremento/mantenimento dei volumi delle prestazioni PNGLA, al mantenimento dei volumi di visite di</u>	→ Tema tavolo negoziazione → specifico provvedimento Rispetto al 2025, nel 2026 per prestazioni di laboratorio l'abbattimento è aumentato dal 70% al 80% tra il 97% e il 106% Aggiunta la specifica che in caso di sovrapproduzione superiore al 120% del budget l'abbattimento sarà del 75% tra il 97% e il 106% (nel 2025 > al 106% prestazioni non riconosciute).
---	---	--

	<u>controllo e all'incremento/mantenimento dei volumi di colonscopie permetterà l'accesso alle risorse destinate alle prestazioni individuate dalle ATS per far fronte a specifiche criticità territoriali. Per le prime visite sarà considerata ulteriore tolleranza del 5%.</u> I budget incrementali saranno quindi utilizzati per il riconoscimento della produzione secondo i target specifici dopo l'esaurimento dei meccanismi del budget ordinario "indistinto" (oltre il 106%). <u>Fuori regione</u> Sono riconfermati i budget 2025. Le prestazioni erogate saranno riconosciute con abbattimento del 30% tra il 97% e il 103% e abbattimento del 60% tra il 103% e il 106% oltre non sarà riconosciuta la eventuale produzione erogata. Diversamente le prestazioni di laboratorio saranno riconosciute con abbattimento del 80% tra il 97% e il 106%, oltre non sarà riconosciuta la eventuale produzione erogata.	Fuori Regione: non ci sono cambiamenti rispetto al 2025.
<u>MANIFESTAZIONI DI INTERESSE</u> Una quota parte delle risorse destinate alle Liste di Attesa sarà finalizzata alle Manifestazioni di Interesse per l'acquisto di prestazioni di prima visita PNGLA e non, sulla base delle necessità territoriali individuate dalle ATS, da Enti Erogatori Privati Accreditati a contratto e non.	<u>MANIFESTAZIONI DI INTERESSE</u> Una quota parte delle risorse destinate alle Liste di Attesa sarà finalizzata alle Manifestazioni di Interesse per l'acquisto di prestazioni di prima visita PNGLA e non e sulla base delle necessità territoriali individuate dalle ATS, da Enti Erogatori Privati Accreditati a contratto e non. Le prestazioni saranno identificate nei flussi con la lettera J. Le risorse economiche finalizzate a tale attività ammontano a massimo 10 milioni di euro. <u>Manifestazioni di Interesse per le prestazioni di visite oculistiche e dermatologiche</u> Si dà mandato alle ATS di procedere a far data dal primo gennaio 2026 con la pubblicazione di avvisi pubblici di manifestazione di interesse rivolti agli Enti privati accreditati erogatori di prestazioni di specialistica ambulatoriale, a contratto e non a contratto, interessati a sottoscrivere accordi/addendum contrattuali per l'acquisizione di prestazioni aggiuntive di	Nel 2025, sono stati erogati 10 milioni (rispetto ai 20 milioni indicati a inizio anno) con possibilità di fare attività rendicontata nei flussi J fino a giugno 2026. Nel 2026 le risorse sono 10 milioni, ma occorre verificare nel corso dell'anno l'andamento dei flussi J e monitorare se ci saranno ulteriori risorse che possono essere utilizzate.

<u>EROGATORI DI DIRITTO PUBBLICO</u> Entro il 15 marzo 2025, le ATS devono presentare una proposta di budget complessivo per ciascun EEP, basata sugli andamenti passati e sulle capacità erogative aziendali, con un possibile incremento massimo del 10% o un decremento massimo del 5% rispetto al budget 2024 di produzione ambulatoriale e di ricovero. La proposta deve essere approvata dalla Direzione Generale Welfare e non è automaticamente storicizzabile. Gli aumenti del budget per gli erogatori pubblici potranno essere vincolati all'erogazione di prestazioni coerenti con i bisogni epidemiologici locali, in accordo con le ASST e IRCCS. Inoltre, la rimodulazione del budget comporterà anche una modifica della valorizzazione delle prestazioni aggiuntive. Per il 2025, almeno il 3% del budget per la specialistica ambulatoriale per cittadini residenti in Regione Lombardia deve essere destinato alle prestazioni per pazienti cronici. Le prestazioni PNGLA non subiranno abbattimenti fino al 110%.	visite (prime visite e controlli) oculistiche e dermatologiche finalizzate al recupero delle liste di attesa, a favore degli assistiti lombardi. Le risorse economiche finalizzate all'attività di cui sopra sono un di cui dei 10 milioni di euro. Tutti gli erogatori privati, a contratto e non, dovranno garantire le agende alla Rete Regionale di Prenotazione (RRP), al fine di consentire l'avvio della prenotabilità da parte degli utenti. Gli enti erogatori dovranno utilizzare le seguenti modalità per la rendicontazione delle prestazioni aggiuntive di cui al seguente paragrafo: • Enti erogatori non a contratto: • invio ad ATS di competenza del flusso 28/SAN e incarico ad ATS di trasmettere tramite SMAF il flusso relativo (inserire flag recupero tempi di attesa "J"); • Enti erogatori a contratto: • invio con modalità attuale delle nuove prestazioni oggetto della presente delibera attraverso la 28/SAN (inserire flag recupero tempi di attesa "J").	
--	--	--

	ATTIVITÀ DI SUBACUTI La scheda di budget sarà sottoscritta entro il 31 marzo 2026. I valori di riferimento sono quelli del contratto 2025 saranno eventualmente aggiornati, in accordo con la DG Welfare, considerando l'andamento delle attività avvenute nel corso del 2025.	
--	--	--

Facendo seguito alla lettera inviata da Confindustria Lombardia Sanità Servizi (unitamente in firma ad AIOF Lombardia, ANISAP Lombardia e ARIS Lombardia) in data 12 febbraio 2026, con richiesta di chiarimento in merito all'applicazione della D.G.R. n. XII/5589 del 30 dicembre 2025, relativa agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2026, Regione Lombardia, con nota a firma del Direttore Generale Welfare, ha fornito i seguenti riscontri non sopra specificati:

1. Rimodulazioni di budget 2026

È confermata anche per il 2026, come negli anni precedenti, la possibilità per i singoli erogatori di richiedere entro il 31 ottobre lo spostamento di una quota di budget dal ricovero all'ambulatoriale, in coerenza con l'obiettivo di incremento delle prestazioni ambulatoriali e riduzione dei tempi di attesa.

2. Compensazione alta/bassa complessità (extra-regione)

Nel rispetto del budget fuori regione assegnato, è confermata la possibilità di compensare un'eventuale iperproduzione di alta complessità con una corrispondente ipoproduzione di bassa complessità.

3. Cittadini comunitari e STP – oneri di degenza 7 e 9

Le prestazioni erogate a favore di cittadini comunitari e STP con onere di degenza 7 e 9 non rientrano nel budget e saranno remunerate secondo le specifiche regolamentazioni.

Ricognizione posti letto subacuti

Le ATS ricevono l'incarico di verificare sul territorio il numero di posti letto necessari per l'assistenza subacuta, destinata a pazienti dimissibili dall'ospedale ma ancora bisognosi di cure mediche e infermieristiche quotidiane, monitoraggio e completamenti diagnostici. Questa ricognizione servirà come base per l'eventuale pubblicazione di futuri bandi da parte delle ATS.

LdB 2026 - Art. 1, comma 349 – Aggiornamento DRG acuti: a partire dal 2027 vengono aumentate di 350 milioni di euro le risorse destinate all'aggiornamento dei DRG per le prestazioni in fase acuta. Per il 2026 è previsto uno stanziamento complessivo di 1 miliardo di euro, suddiviso in 350 milioni per i DRG post-acuzie e 650 milioni per i DRG relativi alle attività in acuto. Dal 2027 in poi, il finanziamento totale salirà a 1,35 miliardi di euro, con 350 milioni riservati ai DRG post-acuzie e 1 miliardo destinato agli interventi in acuto. Questa articolazione punta a sostenere in modo più adeguato sia l'assistenza post-operatoria sia le prestazioni ospedaliere più complesse.

LdB 2026 - Art. 1, comma 400-401 – Disposizioni sui limiti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati: A partire dal 2026 viene previsto un aumento del limite di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati, con un incremento aggiuntivo di 1 punto percentuale — pari a circa 120 milioni di euro — rispetto a quanto già stabilito nelle precedenti leggi di bilancio. Questo porta, dal 2026, l'aumento complessivo rispetto al tetto fissato nel 2011 a 6,5 punti percentuali, corrispondenti a circa 780 milioni di euro.

La norma modifica, inoltre, il criterio con cui il limite di spesa può essere rideterminato: non sarà più sufficiente il generico rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale, ma si richiamerà espressamente l'articolo 1, comma 174, della legge 311/2004. Di conseguenza, le Regioni potranno utilizzare le risorse aggiuntive solo se garantiranno il pieno equilibrio di bilancio e si assumeranno l'onere di coprire eventuali disavanzi con mezzi propri.

Anno	% incrementi <u>LdB 2024 e 2025</u>	Importo incrementi <u>LdB 2024 e 2025 (in mln)</u>	Tetto complessivo <u>LdB 2024 e 2025 (in mln)</u>
2023	0	0	12.000 €
2024	1 %	+ 120 €	12.120 €
2025	3,5 %	+ 420 €	12.420 €
Dal 2026	6,5 %	+ 780 €	12.780 €

LdB 2026 - Art. 1, comma 402-404 - Sperimentazione ospedali di terzo livello: per il 2026 viene stanziato un fondo di 20 milioni di euro destinato a una sperimentazione rivolta agli IRCCS pubblici e agli ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione, inclusi quelli appartenenti ad associazioni o enti privati senza scopo di lucro o a enti ecclesiastici riconosciuti. L'obiettivo della sperimentazione è promuovere modelli innovativi di gestione clinica e organizzativa e migliorare la qualità dell'assistenza offerta. Le risorse, prelevate dai fondi per gli obiettivi sanitari prioritari previsti dalla legge 662/1996, saranno ripartite attraverso un decreto del Ministero della Salute, emanato insieme al MEF e previa intesa con la Conferenza Stato-Regioni.

Nel Ddl Delega per la revisione dell'assistenza territoriale ed ospedaliera (Atto Senato n. 1825), trasmesso al Senato per l'esame in prima lettura, grazie ad un'azione di AIOP si è proposta la modifica che possano essere individuati come ospedali di terzo livello anche le strutture private profit (art. 2, comma 1, lettera b, numero 1): *“1. Nell'esercizio della delega di cui all'articolo 1, il Governo si attiene ai seguenti principi e criteri direttivi:*

[...]

b) aggiornare la classificazione delle strutture ospedaliere, in particolare definendo le caratteristiche per poter individuare oltre a ospedali di base, di primo e secondo livello, anche:

1) ospedali di terzo livello, corrispondenti alle strutture ospedaliere di eccellenza a livello nazionale con bacino di utenza nazionale e sovranazionale, comprese le strutture in cui la titolarità e la gestione delle attività assistenziali siano direttamente e integralmente riconducibili a fondazioni, associazioni o altri soggetti privati, anche a carattere religioso, in possesso dei requisiti di cui all'ultimo periodo, ovvero a enti ecclesiastici civilmente riconosciuti.”



8

Gestione del personale

Si conferma anche per l'anno 2026 la determinazione del **budget unico per il personale dipendente a tempo indeterminato** e determinato che costituisce limite invalicabile per gli Enti. Eventuali risorse aggiuntive potranno essere utilizzate solo previa **autorizzazione regionale**, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica. In un'ottica di contenimento della spesa, dovranno essere adottate misure di efficientamento che riguardano tutto il personale, strutturato e non.

Riguardo all'**Indennità di Vacanza Contrattuale**, questa deve continuare a essere erogata fino alla firma definitiva dei nuovi contratti. Analogamente, gli Enti dovranno prevedere gli **accantonamenti** per i rinnovi contrattuali, seguendo le istruzioni che verranno fornite dalla Regione.

Anche nel 2026 viene previsto un budget per il personale finanziato sulla voce **“beni e servizi”**, come consulenze e lavoro somministrato. Tuttavia, il ricorso a tali forme deve essere **limitato ai soli casi consentiti**, come esigenze temporanee o difficoltà nel reperire professionalità specifiche con contratti ordinari. In nessun caso il lavoro somministrato può essere considerato una forma di esternalizzazione. Inoltre, un aumento della spesa per personale su “beni e servizi” dovrà essere compensato da una **riduzione parallela del personale strutturato**, per evitare costi aggiuntivi.

Per il **personale della ricerca sanitaria**, vengono richiamate le norme nazionali che ne definiscono lo status e il ruolo specifico all'interno degli IRCCS, confermandone l'inclusione nella programmazione del fabbisogno di personale.

Gli Enti devono programmare con attenzione le attività finanziate con **risorse regionali aggiuntive**, garantendo coerenza tra obiettivi e risorse effettivamente disponibili.

Ampio spazio è dedicato alle **prestazioni aggiuntive**, strumento utile per affrontare carenze di personale, ridurre le liste d'attesa e limitare le esternalizzazioni. Le prestazioni devono rispettare le regole contrattuali e le indicazioni regionali, e saranno finanziate sulla base delle risorse previste in bilancio, con eventuali integrazioni nel corso dell'anno. In attesa dei nuovi criteri per il 2026, restano valide le tariffe del 2025.

Per le ATS vengono confermate molte attività nell'ambito della **prevenzione collettiva**, finanziate da fondi specifici dedicati alla sicurezza alimentare e sui luoghi di lavoro. Sono previste anche progettualità straordinarie legate alle **Olimpiadi Milano-Cortina 2026**, con tariffe orarie definite per le prestazioni in orari serali, notturni e festivi. Le attività dovranno svolgersi senza ridurre gli ordinari controlli ispettivi.

Il testo fornisce poi una serie di indicazioni tecniche sulla gestione dei **fondi contrattuali**, sulle modalità di calcolo delle **assunzioni aggiuntive** finanziate da specifiche norme e sui relativi monitoraggi regionali. Viene illustrato come determinare le unità di personale aggiuntive e come riparametrare i fondi nel rispetto dei vincoli di legge, evitando penalizzazioni della retribuzione accessoria del personale già in servizio.

Un capitolo specifico riguarda le **procedure di reclutamento**, che dovranno essere improntate alla collaborazione tra Enti, anche attraverso reti territoriali, utilizzo condiviso delle graduatorie e procedure concorsuali aggregate. Particolare attenzione è rivolta al reclutamento dei **veterinari**, per i quali si

conferma la procedura concorsuale aggregata regionale. Parallelamente, la Regione rafforzerà le iniziative di **reclutamento internazionale**, con uffici dedicati e partnership con Paesi esteri.

Il documento tratta anche i **Piani di organizzazione aziendale strategici** (POAS), per i quali viene introdotta una procedura semplificata per alcune modifiche organizzative, purché non comportino costi aggiuntivi e riguardino strutture prive di titolare. Viene anche ribadito che la copertura delle strutture complesse richiede autorizzazione regionale.

Il **Piano Triennale del Fabbisogno di Personale** (PTFP) dovrà essere redatto in coerenza con il budget assegnato e con le norme sul contenimento della spesa, includendo personale dipendente, atipico, universitario e convenzionato.

Un'ampia sezione è dedicata alla **formazione**, ritenuta strategica per la qualità del sistema sanitario. La Regione richiede maggior uso del digitale, rispetto puntuale degli obblighi ECM e una programmazione formativa realistica e monitorata. Dal 2026 verrà introdotto anche un **regime sanzionatorio** per i provider inadempienti. Sono inoltre indicate tematiche regionali e nazionali su cui concentrare la formazione, che danno diritto a crediti ECM aggiuntivi.

Per i nuovi assunti dell'area prevenzione sono previsti contenuti minimi obbligatori, mentre per le aree tecniche e amministrative è richiesto un potenziamento dell'offerta formativa specifica.

Il capitolo si chiude con indicazioni relative alla gestione dei **pareri ad ARAN e Funzione Pubblica**, che dovranno passare prima dalla Direzione Welfare, e con un richiamo al **welfare aziendale**, considerato leva importante per il benessere, la motivazione e la retention del personale.

LdB 2026 - Art. 1, comma 357 - Incremento indennità di specificità medico-veterinaria: La norma prevede un aumento stabile dei fondi destinati all'indennità di specificità medico-veterinaria, già introdotta con la Legge di Bilancio 2025. A partire dal 2026, lo stanziamento annuale viene incrementato di 85 milioni di euro, facendo salire la dotazione complessiva da 327 a 412 milioni di euro l'anno. L'obiettivo è rafforzare il riconoscimento economico delle professionalità mediche e veterinarie nel Servizio sanitario nazionale.

LdB 2026 - Art. 1, comma 358 - Incremento indennità di specificità infermieristica: la norma incrementa in modo significativo le risorse destinate all'indennità di specificità infermieristica introdotta dalla Legge di Bilancio 2025. A partire dal 2026, lo stanziamento annuale aumenta di 195 milioni di euro, passando dagli attuali 285 milioni a 480 milioni di euro l'anno. L'obiettivo è valorizzare maggiormente il ruolo professionale degli infermieri all'interno del Servizio sanitario nazionale, riconoscendo il loro contributo fondamentale all'assistenza e alla continuità delle cure.

LdB 2026 - Art. 1, comma 359 - Incremento indennità di specificità sanitaria: la misura prevede un aumento significativo del limite di spesa destinato all'indennità di specificità sanitaria, introdotta dalla Legge di Bilancio 2025. A partire dal 2026, il tetto annuale cresce di 8 milioni di euro, passando da 5,5 a 13,5 milioni di euro. L'intervento serve a rafforzare il riconoscimento economico delle professioni sanitarie non mediche e non infermieristiche, valorizzando il loro contributo all'erogazione dei servizi del Servizio sanitario nazionale.

LdB 2026 - Art. 1, comma 360 - Incremento indennità di tutela del malato e per la promozione della salute: la norma incrementa stabilmente, a partire dal 2026, le risorse destinate all'indennità per la tutela del malato e la promozione della salute prevista dalla Legge di Bilancio 2025. Lo stanziamento annuale

cresce infatti di 58 milioni di euro, passando da 150 a 208 milioni di euro. L'obiettivo è rafforzare il riconoscimento economico e professionale delle figure sanitarie coinvolte nelle attività di prevenzione, assistenza e promozione della salute, sostenendone il ruolo all'interno del Servizio sanitario nazionale.

LdB 2026 - Art. 1, comma 361 - Incremento tetto di spesa per prestazioni aggiuntive nel 2026 e imposta sostitutiva al 15%: per il solo anno 2026, Regioni e Province autonome possono aumentare la spesa dedicata alle prestazioni aggiuntive svolte dal personale del Servizio sanitario nazionale. L'incremento massimo consentito è di 143,5 milioni di euro complessivi, ripartiti in 101,885 milioni per i dirigenti medici e 41,615 milioni per il personale sanitario del comparto. I compensi erogati per queste attività aggiuntive saranno tassati con un'imposta sostitutiva del 15% sull'IRPEF. Rimangono valide tutte le regole già previste in materia, compresi i limiti ai volumi di attività, all'orario massimo di lavoro e ai periodi di riposo obbligatori. La copertura finanziaria dell'intervento, valutata in 143,5 milioni di euro per il 2026, è garantita utilizzando le risorse incrementalì previste dall'articolo 1, comma 275, della legge 207/2024.

LdB 2026 - Art. 1, comma 362 – 363 - Assunzioni a tempo indeterminato in deroga per riduzione liste d'attesa: per il 2026 viene autorizzata, in via eccezionale, l'assunzione a tempo indeterminato di personale sanitario da parte delle aziende e degli enti dei Servizi sanitari regionali, superando temporaneamente i vincoli di spesa previsti dalla normativa vigente. Questa possibilità è concessa entro un limite massimo di 450 milioni di euro annui, a partire dal 2026, e rientra nella quota di fabbisogno sanitario assegnata a ciascuna Regione e Provincia autonoma.

La copertura finanziaria dell'intervento è garantita da due canali: una parte delle risorse — 207 milioni nel 2026, 328 milioni nel 2027 e 340 milioni annui dal 2028 — proviene dall'incremento del fabbisogno sanitario standard previsto dall'articolo 62; la restante parte — 243 milioni nel 2026, 122 milioni nel 2027 e 110 milioni annui dal 2028 — deriva dagli stanziamenti aggiuntivi già programmati con la Legge di Bilancio 2025.

L'obiettivo complessivo della misura è rafforzare stabilmente il personale del Servizio sanitario nazionale, migliorando la capacità delle strutture di garantire continuità e qualità dell'assistenza.

LdB 2026 - Art. 1, comma 364 - Margine regionale di spesa per il personale SSR: la manovra modifica quanto previsto dal decreto Liste d'Attesa 73/2024 (art. 5, comma 1) in materia di possibilità per le Regioni di aumentare la spesa destinata al recupero delle liste. Viene eliminata la precedente facoltà di richiedere al Ministero della Salute un incremento fino al 5% dei limiti di spesa. Al suo posto, si introduce una nuova modalità: le Regioni possono aumentare autonomamente tali valori entro un limite massimo pari al 3% dell'incremento del proprio fondo sanitario regionale rispetto all'anno precedente. Questa possibilità è consentita solo se vengono comunque garantiti l'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale e il rispetto dei LEA. Le Regioni dovranno inoltre comunicare tali incrementi al Tavolo di verifica degli adempimenti regionali.

LdB 2026 - Art. 1, comma 365 - Proroga e ampliamento della stabilizzazione del personale legato all'emergenza pandemica: la norma interviene sull'articolo 1, comma 268, della legge 234/2021, prorogando fino al 31 dicembre 2026 le finestre temporali valide per partecipare alle procedure di stabilizzazione e riconoscere i requisiti maturati. Inoltre, amplia l'ambito dei profili professionali coinvolti nelle attività esternalizzate, includendo non solo quelli socio-sanitari, ma anche figure sanitarie, tecniche e amministrative.

Vengono aggiornati anche i criteri per poter accedere alle procedure: sarà necessario aver svolto almeno sei mesi di servizio tra il 31 gennaio 2020 e il 31 dicembre 2025, oltre a un totale complessivo di almeno 18 mesi, svolti da chi ha garantito l'assistenza ai pazienti o la continuità funzionale dei servizi. In questo modo si amplia il bacino del personale che potrà accedere ai percorsi di stabilizzazione nel Servizio sanitario.

LdB 2026 - Art. 1, comma 366 - Disposizioni per la valorizzazione del personale operante nei servizi di pronto soccorso: per riconoscere il ruolo particolarmente impegnativo svolto nei pronto soccorso, dal 1° gennaio 2026 al 31 dicembre 2029 le Regioni potranno incrementare, in via sperimentale, i fondi destinati alla retribuzione accessoria del personale coinvolto. L'aumento potrà arrivare fino a un massimo dell'1% della parte stabile dei fondi e riguarderà dirigenti medici, infermieri, assistenti infermieri e operatori sociosanitari assegnati ai servizi di emergenza. Le risorse aggiuntive, che saranno utilizzate esclusivamente per valorizzare questo personale, dovranno essere allocate attraverso la contrattazione integrativa. L'obiettivo è riconoscere in modo più adeguato le condizioni di lavoro e le responsabilità connesse alle attività di pronto soccorso.

LdB 2026 - Art. 1, comma 939 - Proroga del riconoscimento in deroga dei Titoli esteri: la norma proroga fino alla fine del 2029 il regime speciale che consente il riconoscimento in deroga dei titoli professionali conseguiti all'estero da personale sanitario. Viene inoltre stabilito che i contratti stipulati con professionisti stranieri assunti grazie a questa procedura straordinaria possono avere durata fino alla scadenza dell'efficacia del riconoscimento regionale ottenuto. In questo modo si garantisce continuità ai servizi sanitari che si avvalgono di tali figure, mantenendo al contempo una cornice regolatoria temporanea ma più estesa nel tempo.

LdB 2026 - Art. 1, comma 944-945 - Misure in favore del personale infermieristico dipendente dalle strutture private accreditate: l'imposta sostitutiva di IRPEF e addizionali con aliquota pari al 5% (art. 1, c. 354, L. 207/2024) si applica anche ai compensi per lavoro straordinario per il personale dipendente delle strutture sanitarie, nonché ai compensi per lavoro straordinario per il personale dipendente delle RSA e delle altre strutture residenziali e socio-assistenziali, erogati agli infermieri dipendenti dalle strutture sanitarie e socio-sanitarie private accreditate. L'imposta sostitutiva è applicata dal sostituto d'imposta ai compensi erogati dall'anno 2026, fatto salvo quanto previsto dall'art. 51, comma 1, secondo periodo, TUIR (DPR 917/1986).

Tali misure in favore del personale infermieristico dipendente dalle strutture private accreditate sono state rese possibili anche grazie all'intervento di AIOP

Elenco Dispense pubblicate

- “Fiscalità delle auto aziendali” N° 01/2025
- “Assegnazione e cessione agevolata dei beni ai soci” N° 02/2025
- “Rivalutazione terreni e partecipazioni” N° 03/2025
- “Le pratiche tangibili dell’innovazione” N° 04/2025
- “Ammortizzatori Sociali - La gestione della NASpl” N° 05/2025
- “Il binomio: innovazione digitale, sostenibilità” N° 06/2025
- “La gestione della Salute e Sicurezza per i lavoratori all’estero nelle PMI” N° 07/2025
- “I provvedimenti disciplinari” N° 08/2025
- “Congedi di maternità e paternità - Congedi parentali” N° 09/2025
- “I numeri per le risorse umane” N° 10/2025
- “Ammortizzatori sociali” N° 11/2025
- “Capitale umano globale: immigrazione e mercato del lavoro” N° 12/2025
- “L’ingresso in Italia dei lavoratori stranieri” N° 13/2025
- “Indagine retributiva 2025” N° 14/2025
- “Agilità strategica nella gestione per la qualità” N° 15/2025
- “Guida alla riscossione” N° 01/2026
- “Assegnazione e cessione agevolata dei beni ai soci” N° 02/2026
- “Rivalutazione terreni e partecipazioni” N° 03/2026
- “La gestione della Salute e Sicurezza per i lavoratori in distacco” N° 04/2026
- “La gestione della formazione obbligatoria in materia di Salute e Sicurezza per i lavoratori somministrati” N° 05/2026

www.assolombarda.it
www.genioeimpresa.it

