

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 489 del 07/04/2026

Seduta Num. 17

Questo martedì 07 **del mese di** Aprile
dell' anno 2026 **si è riunita in** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA - modalità mista
la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) de Pascale Michele

Presidente

2) Colla Vincenzo

Vicepresidente

Funge da Segretario:

Colla Vincenzo

Proposta:

GPG/2026/249 del 12/02/2026

Struttura proponente:

SETTORE GESTIONE FINANZIARIA ED ECONOMICA DEL SSR
DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

Assessorato proponente:

ASSESSORE ALLE POLITICHE PER LA SALUTE

Oggetto:

LINEE DI PROGRAMMAZIONE E FINANZIAMENTO DELLE AZIENDE DEL
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE PER L'ANNO 2026

Iter di approvazione previsto:

Delibera ordinaria

Responsabile del procedimento:

Monica Fiorini

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Visto il Decreto Legislativo 6 maggio 2011, n. 68, "Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle Regioni a statuto ordinario e delle Province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario", ed in particolare il Capo IV, che disciplina la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario;

Richiamata la Legge 30 dicembre 2021, n. 234 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024" che, all'art. 1, comma 258, individua in 128.061 milioni di euro il livello del finanziamento del servizio sanitario nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato a decorrere dall'anno 2024;

Viste le successive disposizioni normative che hanno modificato il suddetto livello di finanziamento rideterminandolo per l'anno 2026 in 142,89 mld di euro, ovvero con un incremento di 6,348 mld di euro rispetto al 2025 (+4,6%), di cui 2,382 mld di euro costituiscono nuovi stanziamenti previsti dall'art.1, comma 333, della Legge n. 199 del 30 dicembre 2025 recante "*Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2026 e bilancio pluriennale per il triennio 2026-2028*", mentre 3,966 mld di euro erano già stati previsti nelle precedenti leggi di bilancio, di seguito richiamate:

- art. 1, comma 535, della Legge n. 29 dicembre 2022 n. 197 (Legge di bilancio 2023) che incrementa di 2.600 milioni di euro per l'anno 2025 il livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard definito dall'art. 1 comma 258 della citata Legge 234/2021;
- art. 1, comma 217, della Legge n. 213 del 30 dicembre 2023 (Legge di bilancio 2024) che incrementa di 4.200 milioni di euro per l'anno 2026 il livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard "anche per le finalità di cui ai commi da 29 a 31, da 218 a 233, 235, da 244 a 246, 362 e 363";
- art. 1, comma 273, della Legge n. 207 del 30 dicembre 2024 (Legge di bilancio 2025) che incrementa di 5.015 milioni di euro per l'anno 2026 il livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard "anche per le finalità di cui ai commi da 121 a 123, da 128 a 131, da 300 a 302, 308, 312 e 313, 323, 326, 332, 336 e 337, da 350 a 353, 358 e 359, 365 e 366";
- art. 1, commi 305, 340, 344, 349 della soprarichiamata Legge n. 207/2024 che incrementano rispettivamente di 1 milione (comma 305), di 30 milioni (comma 340), di 1,5 milioni (comma 344), di 0,5 milioni (comma 349) di euro il livello di finanziamento del fabbisogno nazionale standard, successivamente decurtato di 50 milioni di euro dall'art. 1, comma 375, della medesima Legge di bilancio per l'anno 2025;
- art. 1, commi 259 e 260, della citata Legge n. 234/2021 che incrementa il suddetto livello di finanziamento per l'anno 2026, rispettivamente, di: 300 milioni di euro per l'incremento

del Fondo di cui all'art. 1, comma 401, della Legge 11 dicembre 2016, n. 232, relativo al concorso al rimborso alle regioni delle spese sostenute per l'acquisto dei farmaci innovativi (fondo decurtato di 140 milioni di euro annui, a decorrere dall'anno 2026, ai sensi dell'art. 1 comma 388 della Legge n. 199/2025) e di 425 milioni di euro per il riconoscimento di un maggior numero di contratti in formazione specialistica;

- art. 1, comma 588, della sopracitata Legge n. 197/2022 che, al fine di attivare ulteriori borse di studio per i Medici di Medicina Generale (MMG) che partecipano ai costi di formazione, incrementa di ulteriori 5 milioni di euro il livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale cui concorre lo Stato;

Visto in particolare l'art. 1, comma 333, della citata Legge n. 199/2025 che, nel disporre l'incremento del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato nella misura di 2.382,2 miliardi, prevede che tale incremento sia *"anche per le finalità di cui ai commi da 333-409"*, vale a dire a copertura degli oneri derivanti dalle disposizioni di cui ai commi dal 333 al 409;

Richiamati in particolare l'art. 1, comma 121, della Legge n. 207/2024 contenente disposizioni in materia di trattamento accessorio dei dipendenti pubblici ed i commi da 128 a 131 in relazione ai rinnovi contrattuali per il triennio 2025-2027, con specifico riferimento al comma 129 che dispone per il personale dipendente da amministrazioni, istituzioni ed enti pubblici diversi dall'amministrazione statale, che gli oneri per i rinnovi contrattuali per il triennio 2025-2027 determinati ai sensi dell'art. 1 comma 128 sono da porre a carico dei rispettivi bilanci e che tali disposizioni si applicano anche al personale convenzionato con il SSN (comma 130);

Richiamato l'art. 1, comma 386, della Legge n. 199/2025, che ha introdotto una revisione dei tetti della spesa farmaceutica, prevedendo che, a decorrere dall'anno 2026, il tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti di cui all'art. 1, comma 398, della Legge 11 dicembre 2016, n. 232, è rideterminato nella misura dell'8,8 per cento, con un incremento dello 0,3 per cento. Resta fermo il valore percentuale del tetto per acquisti diretti di gas medicinali di cui all'art.1, comma 575, della Legge 30 dicembre 2018, n. 145. L'art. 1 comma 386 della Legge n. 199/2025 dispone altresì che il limite della spesa farmaceutica convenzionata è rideterminato nel valore del 6,85 per cento a decorrere dall'anno 2026; pertanto, il valore complessivo del tetto della spesa farmaceutica è rideterminato nel 15,65 per cento, a decorrere dall'anno 2026;

Richiamato l'art. 1, commi 218 e 219, della Legge n.213/2023 che autorizzano, al fine di far fronte alla carenza di personale sanitario nelle Aziende e negli Enti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) nonché di ridurre le liste d'attesa e il ricorso alle esternalizzazioni, incrementi delle tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive svolte dal personale medico e del comparto della sanità operante nelle Aziende sanitarie; alla

copertura degli oneri indicati, pari complessivamente a 280 milioni di euro (200 milioni di euro per il personale medico e 80 milioni di euro per il personale sanitario del comparto) per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026, si provvede a valere sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard. Il suddetto art. 1, al successivo comma 220, dispone altresì che gli importi indicati all'allegato III della Legge n. 213/2023 costituiscono limite di spesa per ciascuna regione e provincia autonoma per le finalità di cui ai commi da 218 a 222;

Richiamato altresì l'art. 1 comma 361 della Legge n. 199/2025 che dispone che, per far fronte alla carenza di personale sanitario e per ridurre le liste d'attesa, le Regioni e Province Autonome, in aggiunta a quanto già disposto dall'articolo 1, comma 220, della Legge n. 213/2023, possono incrementare, a valere sul livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, per l'anno 2026, la spesa per prestazioni aggiuntive dei dirigenti medici e del personale sanitario del comparto Sanità, nel limite degli importi lordi indicati, per ciascuna Regione e Provincia Autonoma, nell'allegato III della L. n. 199/2025, pari complessivamente a 143.500.000,00 euro;

Richiamato altresì il Decreto-Legge n. 34/2020 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19", convertito con modificazioni dalla Legge n. 77/2020, in cui, per l'attuazione delle finalità di cui all'art. 1, commi 4-5-8, ed all'art. 2, comma 10, del D.L. n. 34/2020 (potenziamento assistenza ospedaliera ed assistenza territoriale), sono previste, a decorrere dall'anno 2021, risorse pari a 1.115,713 milioni di euro ripartite alle Regioni e Province Autonome con le Tabelle "Allegato B" e "Allegato C" parti integranti del Decreto-Legge medesimo, in cui si prevede per la Regione Emilia-Romagna un importo pari ad euro 86.521.842,00;

Richiamato il Decreto Ministeriale 23.05.2022 n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale" e le risorse definite ai sensi dell'art. 1, comma 274, della Legge n. 234/2021 come integrato dall'art. 1, comma 244, della Legge n. 213/2023, in forza dei quali sono stati assegnati alla Regione Emilia-Romagna, per il 2026, euro 65.849.139,00 (D.M. 23/12/2022) ed 22.699.728,00 (D.M. 25/09/2024), pari a complessivi euro 88.548.867,00;

Visto il Decreto 30 dicembre 2022 del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze recante "Definizione dei nuovi criteri e dei pesi relativi per la ripartizione del fabbisogno sanitario nazionale standard" che prevede, a decorrere dall'anno 2023, che la ripartizione del fabbisogno sanitario nazionale standard, ai fini della definizione dei fabbisogni sanitari regionali standard, avvenga applicando i criteri richiamati nell'art. 1 del Decreto in oggetto, secondo le pesature di seguito indicate: il 98,5 per

cento delle risorse da ripartire tra le Regioni distribuito sulla base dei criteri della popolazione residente e della frequenza dei consumi sanitari per età, applicando il procedimento dettato dai commi dal 5 all'11 dell'art. 27 del Decreto Legislativo 6 maggio 2011, n. 68; lo 0,75 per cento delle risorse da ripartire tra le Regioni è distribuito in base al tasso di mortalità della popolazione (< 75 anni); lo 0,75 per cento delle risorse da ripartire tra le Regioni è distribuito in base al dato complessivo risultante dagli indicatori utilizzati per definire particolari situazioni territoriali che impattano sui bisogni sanitari, indicati all'art.2, comma 2 dello stesso Decreto (incidenza della povertà relativa individuale, livello di bassa scolarizzazione e tasso di disoccupazione della popolazione);

Richiamato inoltre il Decreto Legislativo n. 118 del 23 giugno 2011 e successive modifiche ed integrazioni, recante "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli Enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42", e, in particolare, l'art. 25, che prevede che i Bilanci preventivi economici annuali degli Enti del Servizio Sanitario siano predisposti in coerenza con la programmazione sanitaria regionale e siano corredati, tra l'altro, dal Piano triennale degli investimenti;

Visto il Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";

Visto altresì il Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 25 novembre 2024 che dispone l'entrata in vigore, dal 30 dicembre 2024, del nuovo nomenclatore tariffario dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica, ai sensi dell'art. 8-sexies, commi 5 e 7, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ss.mm.ii.;

Richiamato altresì il documento della Conferenza delle Regioni approvato il 13 novembre 2025 "Prime valutazioni al DDL bilancio di previsione dello stato per l'anno finanziario 2026 e bilancio pluriennale per il triennio 2026 - 2028 - s. 1689" (prot. 25/142/CR02/C2) in cui si evidenzia come, pur dando atto di un incremento del fondo del 4,6%, si è condizionata una rilevante parte dell'incremento (oltre 1,450 miliardi) agli obiettivi di piano e ai rinnovi del contratto nazionale del personale in sanità;

Considerato che a tutt'oggi non si è pervenuti in sede di Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano ad un'Intesa in merito al riparto delle disponibilità finanziarie complessive per l'anno 2026 comprensive della quota relativa al fabbisogno finanziario indistinto, della quota premiale e delle quote di finanziamento vincolate, tra le quali quelle correlate alla realizzazione degli obiettivi di piano sanitario nazionale;

Considerato altresì che, alla luce del sopracitato Decreto 30 dicembre 2022, è ragionevole stimare i criteri di riparto del fondo sanitario con riferimento almeno alla quota indistinta;

Valutata la necessità di avviare la programmazione sanitaria regionale per l'anno 2026 fornendo alle Direzioni aziendali le indicazioni ed i riferimenti necessari per formalizzare gli strumenti aziendali di programmazione e per attuare le politiche regionali al fine di assicurare un efficace e tempestivo governo delle risorse disponibili;

Ritenuto opportuno, nelle more della definizione delle risorse complessivamente disponibili a seguito dell'Intesa Stato-Regioni, attenersi, in questa fase previsionale, ad un criterio di prudenza ed impostare una prima programmazione regionale prendendo a riferimento per la definizione del quadro complessivo delle risorse una stima del fabbisogno finanziario indistinto ripartito fra le regioni e province autonome sulla base dei criteri indicati dal D.M. 30 dicembre 2022 soprarichiamato; stima che per la Regione Emilia-Romagna si attesta in euro 10.178.429.225,00 quale fabbisogno standard a finanziamento dei livelli essenziali di assistenza, con un incremento del 2,8% della quota indistinta rispetto al 2025, stante che gran parte delle risorse incrementalì previste in legge di bilancio 2026 hanno natura vincolata; in euro 74.443.493,00, quale finanziamento vincolato alla realizzazione degli obiettivi prioritari di livello nazionale (importo stimato in misura pari all'anno 2025). A questi si aggiungono euro 87.696.000,00 quale stima, sulla base della medesima quota di accesso 2025, della quota di competenza regionale del Fondo farmaci innovativi (ex art.1, commi 400 e 401, Legge 11 dicembre 2016, n. 232, così come determinato sulla base di quanto previsto dall'art.1, comma 259, della Legge n. 234/2021); fondo unificato, a decorrere dall'anno 2022, ai sensi di quanto previsto dall'art. 35-ter del D.L. n. 73/2021 convertito con modificazioni dalla Legge 23 luglio 2021, n. 106 e decurtato di 140 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026, ai sensi di quanto previsto dall'art. 1, comma 388, della Legge di bilancio 2026 (Legge n. 199/2025);

Richiamato altresì l'art. 1, comma 281 della Legge n. 207/2024 che detta disposizioni in materia di farmaci innovativi, antibiotici *reserve*, agenti anti-infettivi per infezioni da germi multiresistenti e farmaci ad innovatività condizionata e, in particolare, l'art. 1, comma 283, che dispone che le risorse del Fondo istituito ai sensi del citato art. 1, comma 401, della Legge n. 232/2016, sono finalizzate a favorire l'accesso a farmaci innovativi in specifiche indicazioni terapeutiche relative a malattie o condizioni patologiche gravi a medio-basso impatto epidemiologico, nonché l'art. 1, comma 284, della citata Legge n. 207/2024 che prevede che le risorse del Fondo di cui all'art. 1 comma 283 della medesima Legge non impiegate confluiscono nella quota di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato;

Considerato altresì che le risorse che deriveranno dai

meccanismi del pay-back farmaceutico verranno inserite nella programmazione delle risorse in relazione agli effettivi incassi che si realizzeranno in corso d'anno;

Valutato pertanto, nelle more della definizione delle risorse complessivamente disponibili a seguito dell'Intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome, di quantificare, in questa fase previsionale, le risorse 2026 a disposizione del SSR in misura pari ad euro 10.257.161.756,00 al netto delle entrate proprie correnti, e già comprensive delle risorse messe a disposizione dall'art. 1, commi da 218 a 222, della Legge n. 213/2023, pari a 21.084.000,00 per la Regione Emilia-Romagna (come da Allegato III della medesima Legge n. 213/2023) e dall'art. 1, comma 361, della Legge n. 199/2025, pari a 10.808.142,00 (come da Allegato III della medesima Legge n. 199/2025) nonché dalle risorse per lo sviluppo dell'assistenza territoriale, in attuazione del c.d. DM 77/2022 che, come sopra indicato, assegnano alla Regione Emilia-Romagna complessivi euro 88.548.867,00;

Atteso altresì che, a seguito del perfezionamento dell'Intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome, questa Giunta provvederà, con successivo atto deliberativo, a determinare in via definitiva il finanziamento delle Aziende sanitarie a carico del SSR;

Considerato, in riferimento ai rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato, che i trascinamenti a regime del contratto 2016-2018, 2019-2021 e 2022-2024, unitamente agli importi da accantonare per il triennio 2025-2027 (in misura pari al 3,6%, ai sensi di quanto previsto dall'art. 1, comma 128, della Legge n. 207/2024) comprensiva dell'Indennità di vacanza contrattuale IVC 2025-2027 da erogarsi in corso d'anno (art. 1, comma 128, cit.), alle disposizioni di cui all'art. 1, comma 323, della suddetta Legge n. 207/2024 e all'art. 1, commi 357-360, della Legge n. 199/2025, ammontano complessivamente ad oltre 809,6 milioni di euro, con un incremento rispetto alla programmazione 2025 di 86 milioni di euro;

Considerato che, a fronte di maggiori risorse finanziarie per l'anno 2026, corrispondono tuttavia maggiori oneri, a valere sulla quota indistinta, che sono ascrivibili ad una maggior spesa farmaceutica ospedaliera per continuare a garantire l'attuale livello assistenziale e la presa in carico dei pazienti, per gli oneri derivanti dai rinnovi contrattuali per il triennio 2025-2027 (3,6%) inclusa la corresponsione dell'Indennità di vacanza contrattuale IVC 2025-2027 (art. 1, comma 128, Legge n. 207/2024), dall'applicazione delle misure contenute nell'art. 1, comma 121, (incremento del trattamento accessorio), comma 323 (Incremento indennità di pronto soccorso e di altre indennità del personale dipendente), per l'art. 1 commi 357-360 della Legge di bilancio n. 199/2025 che sono a valere sul livello di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno sanitario, così come il trascinamento sul 2026 degli oneri connessi al rinnovo del contrattuale 2022-2024 (5,78%). A

ciò si aggiunga lo sviluppo dell'assistenza territoriale ai sensi di quanto previsto dal D.M. 77/2022, ed il permanere di rilevanti costi energetici ed inflattivi;

Considerato altresì che l'incremento atteso dei costi per rinnovi contrattuali del personale dipendente e per costi energetici non è compensato da un analogo incremento del finanziamento a livello nazionale a copertura dei maggiori costi che si prevede sostenere, alla luce anche del fatto che il riparto delle risorse a livello nazionale fra le Regioni avviene sulla base dei criteri indicati dal D.M. 30 dicembre 2022 sopracitato (al 98,5% a quota capitaria per popolazione residente) e non tiene conto delle peculiarità degli assetti organizzativi dei servizi sanitari regionali (costi effettivi sostenuti);

Valutato, nelle more della definizione di un quadro finanziario certo per l'anno 2026 disponibile solo a seguito dell'Intesa Stato-Regioni sul riparto delle disponibilità finanziarie complessive, che le Aziende sanitarie devono impostare la propria programmazione a valere sulle risorse complessivamente rese disponibili nell'anno 2026 con riferimento alla quota indistinta, valorizzando al contempo economie di spesa e obiettivi di appropriatezza, funzionali alla sostenibilità del sistema per l'anno in corso;

Ritenuto di determinare il volume stimato di finanziamento del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2026 in 10.257,162 milioni di euro, come dettagliato nella Tabella 1 allegata, parte integrante del presente provvedimento;

Preso atto di quanto comunicato dai responsabili di Settore della Direzione Generale Cura della Persona, salute e welfare in ordine alla determinazione degli obiettivi da porre alle Direzioni aziendali in ordine alla programmazione per l'anno 2026, riepilogati negli allegati della presente delibera;

Dato atto che gli obiettivi di cui rispettivamente agli Allegati A "Finanziamento del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2026 - Indicazioni per la Programmazione annuale delle Aziende Sanitarie" e B "Il quadro degli obiettivi della programmazione sanitaria regionale 2026", parti integranti e sostanziali della presente delibera, sono assegnati a tutti i titolari di incarico di Direttore Generale e di Commissario Straordinario delle Aziende e degli Enti del SSR nel corso dell'anno 2026;

Accertato che questa Giunta ha designato i Direttori Generali e Commissari straordinari delle Aziende sanitarie e degli Enti del SSR (con le delibere n. 65/2025, n. 66/2025, n. 67/2025, n. 68/2025, n. 69/2025, n. 70/2025, n. 71/2025, n. 72/2025, n. 73/2025, n. 74/2025, n. 75/2025, n. 1516/2023 e n. 1292/2022) provvedendo contestualmente ad assegnare gli obiettivi di mandato che:

- sono stati formulati sulla base del Programma di mandato di questa Giunta Regionale per la corrente legislatura, che contiene le fondamentali linee di indirizzo per il Servizio

Sanitario Regionale;

- sono distinti, coerentemente con la normativa statale vigente, in obiettivi di salute ed assistenziali ed in obiettivi di sostenibilità e governo dei servizi;
- costituiscono indicazioni di carattere strategico che verranno riprese ed ampliate dalla programmazione annuale delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, che ne fissa i contenuti di dettaglio;
- le misure e le modalità di attuazione sono verificati da questa Giunta regionale, nella consapevolezza che il mancato conseguimento di alcuni obiettivi prioritari comporta la risoluzione del rapporto contrattuale del Direttore Generale/ Commissario Straordinario;

Dato atto che, tra gli obiettivi prioritari che comportano la risoluzione del rapporto contrattuale del Direttore Generale e del Commissario Straordinario, figurano: la sostenibilità ed il governo dei servizi, l'impegno al raggiungimento degli obiettivi economico-finanziari annualmente definiti dalla programmazione sanitaria regionale e al rispetto del vincolo di bilancio assegnato;

Dato altresì atto che, in applicazione dell'art. 1, comma 5, del D.P.C.M. 19 luglio 1995 n. 502 e successive modificazioni, i contratti stipulati con i singoli Direttori generali e Commissari Straordinari delle Aziende sanitarie regionali e dell'Istituto Ortopedico Rizzoli prevedono l'erogazione di un trattamento economico variabile in relazione al raggiungimento di specifici risultati da determinarsi entro il limite massimo previsto dal suddetto D.P.C.M. 19 luglio 1995 n. 502 e ss.mm.ii.;

Stabilito pertanto che il limite massimo sopra richiamato si applica a tutti i Direttori Generali e ai Commissari Straordinari incaricati;

Considerato che il rispetto dei tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente costituisce per le Direzioni aziendali specifico obiettivo e che, in caso di mancato rispetto, opera l'art. 1, comma 865, della Legge n. 145 del 30.12.2018 e che la quota dell'indennità di risultato condizionata all'obiettivo è pari al 30%;

Dato atto che, sin dall'inizio del mese di marzo 2026, la Direzione Generale Cura della Persona, salute e welfare ha proceduto a fornire, tramite specifiche note indirizzate alle singole Aziende, indicazioni per la predisposizione delle prime stime previsionali e a porre obiettivi in capo alle medesime Aziende per ottimizzare la struttura dei costi aziendali e presidiare con tempestività l'andamento della gestione aziendale;

Valutata pertanto l'esigenza di impegnare nell'anno 2026 le Direzioni delle Aziende sanitarie regionali:

- nella predisposizione degli strumenti di programmazione aziendale dell'anno 2026 coerenti con i documenti

"Finanziamento del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2026 - Indicazioni per la Programmazione annuale delle Aziende Sanitarie" e "Il quadro degli obiettivi della programmazione sanitaria regionale 2026", rispettivamente Allegato A e Allegato B parti integranti e sostanziali della presente delibera, che rappresentano il quadro degli obiettivi cui sono impegnate le Direzioni aziendali nell'anno 2026, rispetto ai quali saranno operate le valutazioni e assunti i conseguenti provvedimenti a livello regionale;

- a tal fine, considerato che ciascuna Azienda, alle condizioni date, ossia in assenza di un sensibile incremento dei finanziamenti a livello nazionale, è prevedibile maturi un risultato mensile di gestione potenzialmente significativamente negativo, si ritiene, alla stregua di quanto già previsto dalla propria delibera n. 407/2022 recante "Prime indicazioni sulla programmazione 2022 per le Aziende del SSR" (pagine 6 e 7 e punto 5 del dispositivo), di continuare ad impegnare le Direzioni a mettere in campo ogni intervento utile a contenere i costi di sistema, con interventi di ottimizzazione dei costi stessi, senza che ciò incida sulle aree di attività direttamente interessate dalle dinamiche relative alla erogazione dei livelli essenziali di assistenza ed al recupero delle liste di attesa, nel rispetto degli accordi sottoscritti con le OO.SS. nell'ambito del Patto per il Lavoro e per il clima. Alla luce di quanto previsto dalla citata D.G.R. n. 407/2022 detti interventi saranno sottoposti a verifica bimestrale, al fine di verificare la sostenibilità complessiva di sistema;
- nel presidiare costantemente l'andamento della gestione economico-finanziaria aziendale;
- nella partecipazione al sistema di monitoraggio bimestrale dell'andamento delle gestioni aziendali, come previsto dalla sopra richiamata delibera n. 407/2022;
- nel complessivo governo dell'Azienda sanitaria e nel raggiungimento degli obiettivi della programmazione sanitaria regionale e degli obiettivi di mandato, tenuto conto altresì delle azioni previste per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza(PNRR);

Considerato in particolare che, in riferimento all'attuazione del PNRR - Missione 6 Salute, con le proprie delibere n. 219 del 21 febbraio 2022 e n. 811 del 23 maggio 2022 sono state assegnate alle Aziende sanitarie le risorse per la realizzazione degli investimenti e sono stati approvati i relativi interventi e che il quadro programmatico 2026 di cui all'Allegato B del presente provvedimento tiene conto degli obiettivi correlati all'attuazione degli interventi previsti dal PNRR;

Richiamata la propria delibera n. 705/2015, con la quale, al fine di rafforzare i principi di imparzialità, trasparenza e terzietà dei processi di valutazione dei Direttori generali delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale, sono state ampliate le competenze dell'Organismo indipendente di

valutazione per gli Enti e le Aziende del Servizio Sanitario Regionale (OIV-SSR), già definite con D.G.R. n. 334/2014, includendo anche "la valutazione della correttezza metodologica dei sistemi di misurazione e valutazione delle attività e delle prestazioni individuali, ivi compresa quella relativa ai Direttori generali delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale" e specificando che l'istruttoria del processo di valutazione rimane in carico alla competente Direzione Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione (ora Direzione Generale Cura della Persona, salute e welfare), alla luce delle disposizioni contenute nel Regolamento regionale 1° aprile 2019, n. 2 "Regolamento per il funzionamento degli organismi indipendenti di valutazione della Regione Emilia-Romagna e degli enti del sistema delle amministrazioni regionali" e di quanto indicato nella Determina della Direzione Generale Cura della Persona, salute e welfare n. 2161/2024;

Visto l'art. 1, commi 567-568, della Legge 23 dicembre 2014, n. 190, che prevede, tra l'altro:

- che l'accertamento da parte della Regione del mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali costituisce per il Direttore Generale grave inadempimento contrattuale e comporta la decadenza automatica dello stesso;
- che la verifica del conseguimento, da parte dei Direttori Generali, degli obiettivi di salute e assistenziali costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio Sanitario ed è effettuata nell'ambito del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'art. 9 dell'Intesa 23 marzo 2005, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano;

Richiamata altresì l'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il Patto per la Salute per gli anni 2019-2021 (Rep. Atti n. 209/CSR del 18 dicembre 2019) e in particolare la scheda 2 "Garanzia dei LEA" in cui Governo e Regioni convengono nell'individuare nel Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) lo "strumento di misurazione che, attraverso l'attribuzione di punteggi relativi ad un set di indicatori, è in grado di evidenziare le situazioni di garanzia dei LEA così come le eventuali criticità che possono determinare carenze della Regione nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, sia a livello complessivo sia a livello di singole aree assistenziali, comprendendo tra le criticità la presenza di grandi variabilità infra-regionali.";

Visto il Decreto del Ministero della Salute del 12 marzo 2019 recante "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" in cui si individua, all'art. 2, comma 4, il sotto-insieme di indicatori da utilizzare per valutare sinteticamente l'erogazione dei LEA, a partire dal 1° gennaio 2020;

Preso atto che le valutazioni del sottoinsieme di indicatori di

cui all'art. 2, comma 4, del citato D.M. del 12 marzo 2019 costituiscono parte integrante del sistema di verifica degli adempimenti cui sono tenute le Regioni per accedere alla quota integrativa prevista dall'art. 2, comma 68, della Legge n. 191 del 23 dicembre 2009, ai sensi dell'art. 15, comma 24, del Decreto-Legge n. 95/2012 convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012;

Viste le seguenti proprie delibere:

- n. 2040/2015 "Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla Legge 135/2012, dal Patto per la Salute 2014/2016 e dal D.M. Salute 70/2015";
- n. 273/2016 "Approvazione sistema di remunerazione dei servizi socio-sanitari accreditati provvisoriamente e/o definitivamente";
- n. 2128/2016 "Case della salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina di iniziativa";
- n. 272/2017 "Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati nella regione Emilia-Romagna";
- n. 365/2017 "I° provvedimento attuativo nell'ambito dell'assistenza territoriale del DPCM 12 gennaio 2017 recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017 - S.O. N.15";
- n. 603/2019 "Piano regionale di governo delle liste di attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021";
- n. 2075/2018 "Rimodulazione delle modalità di compartecipazione alle prestazioni di assistenza sanitaria nella Regione Emilia - Romagna";
- n. 2076/2018 "Revisione delle modalità di compartecipazione alle prestazioni di assistenza sanitaria a favore delle famiglie con almeno 2 figli a carico";
- n. 1844/2018 "Assistenza protesica, ortesica e fornitura di ausili tecnologici: percorsi organizzativi e clinico-assistenziali. Linee di indirizzo regionali", con cui sono state fornite alle Aziende sanitarie indicazioni alla luce della ridefinizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (DPCM 12 gennaio 2017);
- n. 344/2020 "Recepimento dell'Accordo Quadro tra Regione Emilia-Romagna e l'Associazione Italiana di Ospedalità privata (AIOP)-Sezione Emilia-Romagna per la regolamentazione dei rapporti finalizzati al coinvolgimento degli ospedali privati accreditati nella rete ospedaliera regionale della gestione dell'emergenza COVID-19";
- n. 368/2020 "Prime disposizioni inerenti la realizzazione del programma Covid-19 intensive care dell'Emilia-Romagna";
- n. 404/2020 "Primi provvedimenti per il riavvio dell'attività

sanitaria programmata in corso di emergenza covid-19. Modifica alla deliberazione di giunta regionale n. 368/2020”;

- n. 469/2020 “Approvazione delle linee di indirizzo sulle politiche del personale delle Aziende ed Enti del SSR di cui ai verbali di confronto sottoscritti ai sensi dei vigenti contratti collettivi nazionali di lavoro del personale del SSN, in materia di stabilizzazione del personale precario, di allocazione delle risorse che finanziano il trattamento accessorio e di individuazione degli strumenti utilizzabili per il riconoscimento del maggiore impegno correlato all'emergenza epidemiologica covid-19”;
- n. 583/2020 “Modifiche ad alcune indicazioni contenute nell'allegato b "Linee guida riattivazione dei servizi" della deliberazione n.404/2020”;
- n. 677/2020 “Emergenza pandemica Covid-19 - Disposizioni in ordine al piano di riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera di cui all' art. 2 del D.L. 19 maggio 2020, n. 34”;
- n. 815/2020 “Approvazione dei verbali di confronto sottoscritti ai sensi dei vigenti contratti collettivi nazionali di lavoro del personale del SSN, relativi ai criteri di riparto e di finalizzazione delle risorse stanziati dal D.L. 34/2020 ad integrazione dei fondi contrattuali di finanziamento del trattamento economico accessorio del personale dipendente delle aziende ed enti del SSR”;
- n. 1541/2020 “Protocollo d'intesa tra Regione Emilia-Romagna e l'Associazione italiana di ospedalità privata (AIOP) - sezione Emilia-Romagna per la regolamentazione dei rapporti finalizzati alla fornitura di prestazioni ospedaliere - 2020;
- n. 1793/2020 “Misure per l'attuazione degli interventi di assistenza territoriale per far fronte alla pandemia da Sars-Cov-2, ai sensi dell'art. 1 del D.L. n. 34/2020 convertito con la L. n. 77/2020 e approvazione del "Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa" ai sensi dell'art. 29 D.L. n.104/2020”;
- n. 1875/2020 “Adeguamenti alle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera e residenziale sanitaria in strutture pubbliche e private accreditate della Regione Emilia-Romagna di cui alla deliberazione di giunta regionale n. 1673/2014”;
- n. 94/2021 “Approvazione delle linee generali di indirizzo sulle materie oggetto di confronto regionale ai sensi dell'art. 6 del CCNL dell'area dirigenziale sanità sottoscritto il 19 dicembre 2019”;
- n. 529/2021 “Approvazione dei verbali di confronto sottoscritti con le organizzazioni sindacali regionali, ai sensi dei vigenti contratti collettivi nazionali di lavoro del personale del SSN, relativi ai criteri di riparto e di finalizzazione delle risorse stanziati dalla legge n. 178/2020 ad integrazione dei fondi contrattuali di finanziamento del trattamento economico accessorio del personale dipendente delle aziende ed enti del SSR”;

- n. 819/2021 "Linee guida per lo sviluppo del sistema di misurazione e valutazione della performance nelle aziende e negli enti del SSR";
- n. 856/2021 "Ridefinizione misure straordinarie per emergenza Covid-19 nei servizi socio-sanitari";
- n. 219/2022 "PNRR missione 6 salute - Assegnazione alle aziende sanitarie ed enti del SSR delle risorse per la realizzazione degli investimenti ed approvazione dei relativi interventi";
- n. 251/2022 "Approvazione Del Piano Strategico Operativo di risposta a una pandemia influenzale della Regione Emilia-Romagna";
- n. 486/2022 "Disposizioni in merito alla cessazione dello stato di emergenza da Covid-19 nei Servizi Socio-Sanitari";
- n. 647/2022 Aggiornamento misure straordinarie legate al Covid-19 nei servizi socio-sanitari";
- n. 811/2022 "PNRR missione 6 salute componente 1 e 2: aggiornamento dell'elenco degli interventi di cui alla propria delibera n. 219/2022 e approvazione del piano operativo regionale";
- n. 886/2022 "Nuove disposizioni operative in materia di accreditamento delle strutture sanitarie in attuazione della L.R. 22/2019";
- n. 1238/2022 "Approvazione dello schema di accordo quadro tra Regione Emilia-Romagna e l'Associazione Regionale Istituzioni Sanitarie Ambulatoriali Private (ANISAP) in materia di assistenza specialistica ambulatoriale per il quadriennio 2022-2025";
- n. 1240/2022 "Verbale di intesa tra la Regione Emilia-Romagna, Direzione generale cura della persona, salute e welfare e le Organizzazioni sindacali dei medici di medicina generale per la definizione di misure eccezionali e temporanee per la garanzia dell'erogazione dell'assistenza primaria";
- n. 1362/2022 "Approvazione del verbale di intesa tra la Regione Emilia-Romagna e le Organizzazioni sindacali dei medici di medicina generale per il settore dell'emergenza sanitaria territoriale";
- n. 262/2023 "Approvazione, a seguito di confronto regionale, del piano di riparto tra le Aziende e gli Enti del servizio sanitario regionale delle risorse di cui all'art. 1, comma 293, della legge n. 234/2021, dirette a riconoscere le particolari condizioni di lavoro svolto dal personale del comparto assegnato ai servizi di pronto soccorso. Assegnazione delle relative risorse alle aziende sanitarie;
- n. 647/2023 "Direttiva relativa ai criteri di programmazione della committenza di prestazioni aggiuntive da parte del personale medico in funzione della garanzia dei livelli di assistenza nei servizi di emergenza-urgenza del sistema sanitario regionale, in applicazione dell'art. 20 della legge regionale n. 23 del 2022";

- n. 675/2023 "Approvazione protocollo di intesa tra Regione Emilia-Romagna e l'associazione italiana di ospedalità privata (AIOP) - sezione Emilia-Romagna - per la regolamentazione dei rapporti economici finalizzati alla fornitura di prestazioni ospedaliere per l'anno 2023";
- n. 878/2023 "Determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera in strutture pubbliche e private accreditate della Regione Emilia-Romagna a decorrere dal 1.07.2023";
- n. 990/2023 "Linee guida per la predisposizione del piano integrato di attività e organizzazione nelle aziende e negli enti del SSR";
- n. 1206/2023 "Linee di indirizzo alle aziende sanitarie per la riorganizzazione della rete dell'emergenza urgenza in Emilia Romagna - prima fase attuativa -anno 2023";
- n. 124/2024 "Approvazione dei centri di eccellenza, di riferimento e di coordinamento della rete regionale per le malattie rare, di cui all'intesa della conferenza stato-regioni del 9 novembre 2023;
- n. 459/2024 "Disposizioni per l'implementazione dell'attuazione del progetto NEA 116117 nella Regione Emilia-Romagna";
- n. 620/2024 "Interventi straordinari e linee di indirizzo per la riorganizzazione dell'assistenza specialistica per il contenimento dei tempi d'attesa: prima fase attuativa";
- n. 1323/2024 "Approvazione progetto per l'implementazione di reparti ospedalieri di Area vasta dedicati alla psicopatologia dei minori età 0-17 anni";
- n. 1471/2024 "Progetto di realizzazione di un polo ortopedico e riabilitativo dell'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna presso l'Azienda USL di Piacenza";
- n. 390/2025 "Introduzione misure di compartecipazione alla spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale e modifica delle disposizioni inerenti all'esenzione dal ticket delle prime visite per le famiglie con almeno due figli a carico di cui alla D.G.R. n. 2076 del 03/12/2018";
- n. 969/2025 "Intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 529, della legge 29 dicembre 2022, n. 197, sui criteri, le modalità di riparto del finanziamento previsto dal medesimo articolo 1, comma 529, nonché sul monitoraggio delle attività realizzate per dare attuazione alle misure e agli interventi previsti nel Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025", Rep. Atti n. 52/CSR del 17 aprile 2025. Recepimento e definizione attività";
- n. 973/2025 "D.G.R. n. 990/2023 recante "Linee guida per la predisposizione del Piano integrato di attività e organizzazione nelle Aziende e negli Enti del SSR" - Modifica e integrazioni e indicazioni operative per la predisposizione del piano integrato di attività e organizzazione nelle Aziende e negli Enti del SSR";

- n. 1612/2025 "Rideterminazione delle tariffe delle rette per le residenze della salute mentale e delle dipendenze patologiche";
- n. 1640/2025 "Approvazione del protocollo di intesa tra Regione Emilia-Romagna e l'Associazione Italiana di Ospedalità Privata (AIOP) - Sezione Emilia-Romagna - per la regolamentazione dei rapporti economici finalizzati alla fornitura di prestazioni ospedaliere per l'anno 2025";
- n. 148/2026 "Approvazione dello schema di accordo integrativo regionale in attuazione dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 15 gennaio 2026";
- n. 154/2026 "Approvazione linee di indirizzo per l'organizzazione dell'intervento psicologico nei contesti di urgenza e di emergenza";

Richiamata inoltre la determina n. 4164/2026 "Approvazione del documento "Adeguamenti organizzativi e contabili per le Aziende sanitarie ai sensi del titolo III del D.M. 15 dicembre 2023, n. 232 sui requisiti minimi di garanzia e condizioni di operatività delle misure analoghe";

Visto il D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118, "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42" e ss.mm.ii., ed in particolare il Titolo II che disciplina i principi contabili generali e applicati per il settore sanitario;

Richiamate:

- la L.R. 15 novembre 2001, n.40 "Ordinamento contabile della Regione Emilia-Romagna, abrogazione delle L.R. 6 luglio 1977, n. 31 e 27 marzo 1972, n. 4", per quanto applicabile;
- la L.R. 23 dicembre 2004, n.29 "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale" e ss.mm.ii.;
- la L.R. 16 luglio 2018, n.9 "Norme in materia di finanziamento, programmazione, controllo delle aziende sanitarie e gestione sanitaria accentrata. Abrogazione della Legge Regionale 20 dicembre 1994, n. 50, e del Regolamento Regionale 27 dicembre 1995, n. 61. Altre disposizioni in materia di organizzazione del Servizio Sanitario Regionale" e ss.mm.ii.;
- la L.R. n. 22/2019 "Nuove norme in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private. Abrogazione della legge regionale n. 34 del 1998 e modifiche alle leggi regionali n. 2 del 2003, n. 29 del 2004 e n. 4 del 2008";

Richiamate altresì:

- la L.R. 29 dicembre 2025, n. 11 "Disposizioni collegate alla Legge regionale di Stabilità per il 2026";
- la L.R. 29 dicembre 2025, n. 12 "Disposizioni per la formazione

del bilancio di previsione 2026-2028 (Legge di Stabilità regionale 2026)";

- la L.R. 29 dicembre 2025, n. 13 "Bilancio di previsione della Regione Emilia-Romagna 2026-2028";
- la delibera di Giunta regionale n. 2251 del 29/12/2025 "Approvazione del documento tecnico di accompagnamento e del bilancio finanziario gestionale di previsione della Regione Emilia-Romagna 2026-2028";
- l'art. 26 della Legge regionale n. 11/2025 "Disposizioni collegate alla Legge regionale di Stabilità per il 2026", che modifica l'art. 6 della Legge regionale n. 9 del 2018;

Ritenuto, alla luce di quanto sopra rappresentato e nelle more della definizione dell'Intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni sul riparto del complesso delle disponibilità finanziarie per l'anno 2026, che la programmazione sanitaria regionale dell'anno 2026 possa ragionevolmente essere impostata sulla base di un volume complessivo di risorse pari a **10.257,162** milioni di euro e che si proceda, in questa sede, al riparto delle risorse disponibili tra le diverse linee di finanziamento; a queste risorse si aggiungono le risorse stanziare a carico del bilancio regionale;

Considerato che, per definire il complessivo livello delle risorse a disposizione del Servizio Sanitario Regionale per il 2026, è necessario tenere anche conto del presumibile acconto sul saldo attivo per la remunerazione delle prestazioni rese in regime di mobilità interregionale, ad oggi non ancora disponibile, e pertanto stimato in misura analoga all'anno 2025 (564,879 milioni di euro), nonché delle entrate dirette delle Aziende sanitarie, a fronte di prestazioni rese, risorse che, pur concorrendo alla copertura della complessiva spesa sanitaria regionale, dovranno essere contabilizzate nei bilanci aziendali in relazione alle prestazioni e ai servizi effettivamente resi in corso d'anno;

Richiamata al riguardo la deliberazione n. 390/2025 "Introduzione misure di compartecipazione alla spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale e modifica delle disposizioni inerenti all'esenzione dal ticket delle prime visite per le famiglie con almeno due figli a carico di cui alla D.G.R. n. 2076 del 03/12/2018" e di cui le Aziende sanitarie dovranno tener conto nei rispettivi bilanci;

Dato atto che le linee guida per la predisposizione del PIAO nelle aziende del SSR, adottate con D.G.R. n. 990/2023 così come modificata dalla DGR n. 973/2025, contengono anche specifici indirizzi in merito al Piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP), che si configura quale strumento di programmazione attuativo delle scelte strategiche contenute nel PIAO, e al percorso procedurale per la sua approvazione; in particolare nella versione integrata dalla D.G.R. n. 973/2025 si prevede che, al fine di garantire un migliore livello di omogeneità nelle modalità delle verifiche regionali sugli strumenti di programmazione delle Aziende ed Enti del SSR, il

PTFP adottato in via provvisoria dalle Aziende sia approvato dalla Giunta regionale in sede di approvazione dei bilanci preventivi economici;

Visti:

- gli articoli 2 "Programmazione economico finanziaria del SSR" e 3 "Criteri di finanziamento del SSR e dell'integrazione socio-sanitaria" della citata Legge Regionale n. 9/2018;
- l'articolo 3, comma 2, della citata Legge n. 29/2004 che stabilisce che le Aziende USL siano finanziate dalla Regione in relazione ai livelli essenziali di assistenza, secondo criteri di equità e trasparenza, in base alla popolazione residente nel proprio ambito territoriale, con le opportune ponderazioni collegate alle differenze nei bisogni assistenziali e nell'accessibilità ai servizi;

Dato atto che, alla luce dell'andamento effettivo di alcuni fattori della produzione che saranno monitorati in corso d'anno, e del livello effettivo delle risorse a disposizione del Servizio Sanitario Regionale per il 2026 in ragione dell'Intesa Stato-Regioni sul riparto delle disponibilità finanziarie per l'anno 2026, questa Giunta si riserva di definire eventuali ulteriori politiche di sistema e/o ulteriori manovre di sostegno alle aziende sanitarie;

Acquisito il parere della Commissione Assembleare "Politiche per la salute e politiche sociali" espresso in data 31/03/2026 con protocollo n. PG/2026/10994, ai sensi della L.R. 23 dicembre 2004, n. 29, art. 6, comma 1 e s.m.i.;

Richiamati:

- il D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33, "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" e ss.mm.ii., e in particolare l'art. 22;
- la Legge 13 agosto 2010, n. 136, avente ad oggetto "Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia" e la determinazione dell'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture del 7 luglio 2011, n. 4, recante "Linee guida sulla tracciabilità dei flussi finanziari ai sensi dell'art. 3 della Legge 13 agosto 2010, n. 136", aggiornata con le delibere ANAC n. 556 del 31 maggio 2017 e n. 371 del 27 luglio 2022;
- la L.R. 26 novembre 2001, n. 43, "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna" e ss.mm.ii.;

Richiamate le Circolari del Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta regionale PG/2017/0660476 del 13 ottobre 2017 e PG/2017/0779385 del 21 dicembre 2017 relative ad indicazioni procedurali per rendere operativo il sistema dei controlli interni;

Richiamate altresì le proprie delibere:

- n. 2077 del 27/11/2023 "Nomina del Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza";
- n. 279 del 27/02/2025 "Conferimento incarico di Direttore Generale Cura della persona, salute e welfare a dirigente regionale";
- n. 1559 del 29/09/2025 "XII legislatura. Linee di indirizzo per la riorganizzazione delle funzioni e dei servizi della Regione e adeguamento delle strutture organizzative";
- n. 2224 del 22/12/2025 "XII Legislatura. Riorganizzazione dell'Ente in vigore dal 1° marzo 2026. Prima fase";
- n. 60 del 26/01/2026 "Piano dei controlli di regolarità amministrativa in fase successiva. Anno 2026";
- n. 100 del 30/01/2026 "XII Legislatura. Riorganizzazione dell'Ente in vigore dal 1° marzo 2026. Seconda fase";
- n. 101 del 30/01/2026 "Piano integrato di attività e organizzazione 2026-2028";
- n. 278 del 27/02/2026 "Disciplina organica in materia di organizzazione dell'Ente e gestione del personale. Aggiornamenti in vigore dal 1° marzo 2026";

Richiamate infine le seguenti determinazioni dirigenziali:

- n. 2335 del 09 febbraio 2022, recante "Direttiva di indirizzi interpretativi degli obblighi di pubblicazione previsti dal Decreto legislativo n. 33 del 2013. Anno 2022";
- n. 2272 del 05/02/2026 "Micro-organizzazione della Direzione generale Cura della persona, salute e welfare";
- n. 4297 del 27/02/2026 "Conferimento di incarichi dirigenziali nell'ambito della Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare";

Dato atto che il Responsabile del procedimento nel sottoscrivere il parere di legittimità, attesta di non trovarsi in situazioni di conflitto, anche potenziali, di interessi;

Dato atto dei pareri allegati;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute;

A voti unanimi e palesi

D E L I B E R A

1. di determinare il volume complessivo di risorse a finanziamento del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2026, per le considerazioni in premessa esposte e qui integralmente richiamate, in **10.257,162** milioni di euro, come dettagliato nella Tabella 1 allegata, parte integrante del presente provvedimento;

2. di destinare le risorse complessivamente disponibili, come di seguito riportato:
- **8.490,697** milioni di euro vengono destinati al finanziamento dei Livelli di assistenza; il riparto tra le Aziende sanitarie avviene: a quota capitaria, per funzioni e progetti a rilievo sovra-aziendale e per specificità non riflesse dai criteri ordinari di finanziamento; nella cifra di cui sopra è ricompresa la quota a finanziamento del FRNA a carico del FSR (218,498 milioni per politiche a favore della popolazione anziana e 93,392 milioni a favore della popolazione affetta da disabilità); sono inoltre compresi euro 56,682 milioni a finanziamento dell'Agencia per la Prevenzione, l'Ambiente e l'Energia dell'Emilia-Romagna (ARPAE) per l'erogazione dei livelli essenziali assistenza afferenti all'assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro;
 - **195,292** milioni di euro finanziano l'integrazione alla quota capitaria delle Aziende USL e garantiscono sostegno all'equilibrio economico-finanziario aziendale;
 - **75,695** milioni di euro sono riservati al finanziamento del Sistema integrato Servizio Sanitario Regionale - Università;
 - **282,165** milioni di euro finanziano la qualificazione dell'assistenza ospedaliera delle Aziende Ospedaliero-Universitarie e degli IRCCS, e garantiscono il sostegno all'equilibrio economico-finanziario aziendale;
 - **49,956** milioni di euro sono destinati al finanziamento delle strutture e delle funzioni regionali e dell'innovazione; sono ricompresi 3,5 milioni per le iniziative di cui alla Legge Regionale n.19/2018 in materia di prevenzione;
 - **1.163,357** milioni di euro comprendono:
 - 16,000 milioni di euro destinati al Fondo risarcimento danni da responsabilità civile per far fronte ai risarcimenti assicurativi di seconda fascia (sinistri oltre la soglia di 250.000 euro) per le Aziende partecipanti al "Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile nelle aziende sanitarie";
 - 87,7 milioni di euro destinati al finanziamento dei costi per l'acquisizione dei farmaci innovativi, ai sensi dall'art. 1 commi 281-284 della Legge n. 207/2024;
 - 41,150 milioni di euro costituiscono il Fondo regionale a finanziamento dei costi per i fattori della coagulazione del sangue per il trattamento di pazienti emofilici;
 - 37,879 milioni sono destinati al finanziamento degli ammortamenti non sterilizzati di competenza dell'esercizio 2026 relativi alle immobilizzazioni

entrate in produzione entro il 31.12.2009;

- 5,964 milioni sono destinati alla copertura finanziaria dell'impatto delle variazioni in tema di mobilità infra-regionale;
 - 809,640 milioni di euro sono destinati al finanziamento degli oneri contrattuali del personale dipendente e convenzionato derivanti dalla sottoscrizione dei contratti 2016-2018, 2019-2021, alla copertura degli oneri derivanti dal rinnovo contrattuale 2022-2024, nonché alla corresponsione dell'indennità di vacanza contrattuale IVC 2025-2027 (art. 1, comma 128, della Legge n. 207/2024) e all'attuazione delle misure di cui all'art. 1, comma 121, della Legge n. 207/2024 e all'art. 1, commi 357-360, della Legge n. 199/2025;
 - 31,8 milioni di euro a copertura delle misure disposte dall'art. 1, commi 218-220, della Legge di bilancio 2024 e dall'art. 1, comma 361, della Legge n. 199/2025;
 - 23 milioni di euro sono destinati ad un fondo di sostegno per eventuali interventi urgenti e indifferibili e per obsolescenza tecnologica che potrebbero essere sostenuti in corso d'anno dalle aziende sanitarie, come previsto dalla D.G.R. n. 1980/2022;
 - 110,134 milioni di euro restano accantonati a copertura degli oneri connessi al trasferimento in capo al SSN delle certificazioni INAIL e alle politiche nazionali in tema di RIA, nonché per fronteggiare eventuali esigenze si dovessero riscontrare in corso d'anno rispetto alle linee di finanziamento definite con la presente delibera;
3. di definire in questa sede il riparto delle risorse a favore delle Aziende del SSR, con le modalità e secondo gli importi definiti nel documento Allegato A "Finanziamento del Servizio Sanitario regionale e delle Aziende per l'anno 2026" parte integrante e sostanziale della presente delibera (Tabelle A2 e A3);
 4. di disporre che i documenti "Finanziamento del Servizio Sanitario regionale e delle Aziende per l'anno 2026" e "Il quadro degli obiettivi della programmazione sanitaria regionale 2026", rispettivamente Allegato A e Allegato B, parti integranti e sostanziali della presente delibera, rappresentano il quadro degli obiettivi cui sono impegnate le Direzioni aziendali nell'anno 2026, rispetto ai quali saranno operate le valutazioni e assunti i conseguenti provvedimenti a livello regionale; a tali obiettivi è correlata la corresponsione dei compensi aggiuntivi di cui all'art. 1, comma 5, al D.P.C.M. 15 luglio 1995, n. 502 e ss.mm.ii., previsti dai contratti stipulati con i singoli Direttori Generali/Commissari Straordinari delle Aziende sanitarie e dell'IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli;
 5. di vincolare in questa sede una quota pari al 30% dell'indennità di risultato al rispetto degli obiettivi

inerenti alla garanzia della sostenibilità economica e alla promozione dell'efficienza operativa (inclusa l'attuazione del PNRR) e dell'innovazione ed una quota pari all'70% agli obiettivi inerenti alla promozione dei Livelli Essenziali di Assistenza (riservando una quota del 30% a quelli inerenti al rispetto dei tempi di attesa e l'accesso in ambito specialistico ambulatoriale e di ricoveri), come dettagliati nell'Allegato B del presente provvedimento, demandando alla Direzione Generale Cura della Persona, salute e welfare gli elementi di dettaglio e le specifiche per singole Aziende, nonché la determinazione dei criteri e delle modalità operative con le quali verrà effettuata la valutazione dei Direttori Generali/Commissari Straordinari, alla luce delle disposizioni contenute nel Regolamento regionale n. 2/2019 relativo alle funzioni attribuite all'Organismo Indipendente di Valutazione per il SSR e di quanto indicato nella Determina della Direzione Generale Cura della Persona, salute e welfare n. 2161/2024;

6. che il rispetto del vincolo di bilancio annualmente assegnato costituisce obiettivo ai fini dell'accesso all'indennità di risultato;
7. che il rispetto dei tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente costituisce per le direzioni aziendali specifico obiettivo; in caso di mancato rispetto opera l'art. 11, comma 865, della Legge n. 145/2018; la quota dell'indennità di risultato condizionata all'obiettivo è pari al 30%;
8. di stabilire che le Direzioni delle Aziende sanitarie regionali e dell'IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli il Bilancio preventivo economico dell'anno 2026, integrato dal Piano degli investimenti 2026-2028, secondo quanto previsto dall'art. 25 del D.Lgs. n. 118/2011 e dall'art. 7 della L.R. n. 9/2018 e ss.mm.ii., e nel rispetto delle linee di indirizzo definite nei documenti richiamati al precedente punto 4;
9. di definire che la verifica dell'andamento della gestione aziendale, rispetto all'obiettivo economico finanziario assegnato, debba essere ordinariamente effettuata con cadenza bimestrale, come previsto dal punto 5 del dispositivo della delibera n. 407/2022; ove necessario, le Aziende sanitarie dovranno mettere in atto azioni di rientro, da realizzarsi, entro la chiusura dell'esercizio;
10. che si provvederà alle ulteriori pubblicazioni previste dal Piano integrato delle attività e dell'organizzazione 2026-2028 nonché dalla Direttiva di Indirizzi interpretativi degli obblighi di pubblicazione ai sensi dell'art. 7 bis del D.Lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii.

TABELLA 1-2026

FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE		ANNO 2026
VOLUME COMPLESSIVO DELLE RISORSE PER LA PROGRAMMAZIONE 2026		10.257.162
1	FINANZIAMENTO DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA	8.490.697
	<i>di cui</i>	
	Risorse ripartite a quota capitaria	7.851.010
	ARPAE (compresi rinnovi contrattuali)	56.682
	Piano attuativo Salute mentale e Superamento ex OO.PP.	40.000
	Integrazione Sanità penitenziaria	7.190
	Fondo regionale non autosufficienza	218.498
	Piano di miglioramento accesso al PS	7.040
	Potenziamento assistenza ospedaliera e territoriale (DL 34/2020)	86.522
	Potenziamento assistenza territoriale (art. 1 c. 274, L. 234/21 e art. 1, c.244, L.213/23)	88.549
	Progetti e funzioni sovra-aziendali - specificità aziendali:	135.205
	<i>Emergenza 118</i>	48.440
	<i>Funz. 116-117</i>	15.418
	<i>Progetto sangue ed emoderivati</i>	10.350
	<i>Trapianti e Donazioni, Medicina rigenerativa</i>	11.650
	<i>Altre funzioni sovra-aziendali e specificità aziendali</i>	49.347
2	AZIENDE USL - integrazione alla quota capitaria (inclusi obiettivi di piano)	195.292
		195.292
3	FINANZIAMENTO SISTEMA INTEGRATO SSR - UNIVERSITA'	75.695
	Integrazione tariffaria per impatto ricerca e didattica Aosp/Univ. e IOR	47.250
	Corsi universitari delle professioni sanitarie e integrazione medici in formazione specialistica	28.445
4	AZIENDE OSPEDALIERE - QUALIFICAZIONE E INTEGRAZIONE FIN.	282.165
	Finanziamento a funzione (al netto integrazione tariffaria ricerca e didattica) e per pronto soccorso	220.611
	Aziende Ospedaliere - integrazione	61.554
5	SPESA DIRETTAMENTE GESTITA E FINANZIAMENTO RICERCA E PROGETTI REGIONALI PER L'INNOVAZIONE	49.956
	Obiettivi e progetti per l'innovazione...	17.180
	Altro (sistemi informativi, materiali di consumo, ICT....)	22.734
	Ricerca IRCCS + PRIER	6.500
	SegnalER	42
	Prevenzione e sanità pubblica	3.500
6	ULTERIORI RISORSE PER SSR	1.163.357
	Fondo regionale Gestione sinistri	16.000
	Fondo farmaci innovativi (art.1 c. 281 - 284, L. 207/24)	87.696
	Fondo Fattori della coagulazione del sangue	41.150
	Finanziamento ammortamenti non sterilizzati ante 2009	37.879
	Impatto Mobilità infraregionale	5.964
	Rinnovi contrattuali (CCNL 2016-18; CCNL/ACN 2019-21; CCNL/ACN 2022-2024; IVC 2025-27; art. 1 c. 323 L. 207/24 e art. 1 c. 357-360 L. 199/2035)	809.640
	Applicazione art. 1, c. 218-220 della L. 213/23 e art.1.c.361 L. 199/25	31.893
	Fondo per interventi urgenti, indifferibili e per obsolescenza tecnologica	23.000
	Accantonamento (RIA e INAIL)	16.532
	Altri accantonamenti	93.602

valori x 1000

ALLEGATO A

Finanziamento del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2026 *Indicazioni per la Programmazione annuale delle Aziende Sanitarie*

1. La legge di bilancio 2026 e il quadro finanziario nazionale

Sulla base di quanto previsto dalla Legge n. 199 del 30 dicembre 2025 recante “*Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2026 e bilancio pluriennale per il triennio 2026-2028*” Il complessivo livello di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale per il 2026 si attesta in un volume di risorse pari a 142,89 md di euro, ovvero +6,348 mld rispetto al 2025 (+4,6%), di cui 2,382 mld costituiscono nuovi stanziamenti, mentre 3,966 mld erano già stati previsti nelle precedenti leggi di bilancio.

In particolare, la legge di bilancio n. 207/2024 ha previsto 5,015 mld per l'anno 2026 (+4 mld rispetto al 2025) per una serie di coperture, tra le quali l'impatto dei rinnovi contrattuali 2025-2027 del personale dipendente e convenzionato (stimato in oltre 2,6 mld), l'incremento delle tariffe ospedaliere per DRG e per post-acuzie (1 mld), della capienza per gli obiettivi di piano (+774 mln di euro rispetto 2025) e per l'attuazione delle misure previste per il piano pandemico (+100 mln rispetto al 2025).

L'art. 1 comma 333 della L. 199/25 interviene quindi sul livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale per l'anno 2026 previsto dalle leggi di bilancio pregresse incrementandone il valore complessivo di 2,382 mld di euro, prevedendo che tale incremento sia destinato “*anche per le finalità di cui ai commi da 333-409*”, vale a dire a copertura degli oneri derivanti da una serie di disposizioni, di cui si riportano di seguito quelle a maggior impatto economico:

- *Alzheimer (c.334): 100 milioni* di euro annui destinati specificamente alla copertura delle spese socioassistenziali strumentali a quelle sanitarie per gli assistiti malati di *Alzheimer* o di altre forme di demenza senile.
- *Obiettivi di piano (art. 338): una quota delle risorse pari a 188 milioni* di euro per l'anno 2026 destinata all'incremento delle disponibilità per il perseguimento degli *obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale* di cui all'articolo 1, commi 34 e 34-bis, della legge 23 dicembre 2026, n. 662;
- *Potenziamento delle Misure di prevenzione (c. 340-343): l'incremento di 238 milioni di euro annui* della quota di finanziamento sanitario destinata a tali finalità, stabilendo l'estensione dello screening mammografico alle donne tra i 45 e i 49 anni e tra i 70 e i 74 anni, dello screening del tumore del colon-retto alle persone tra i 70 e i 74 anni, l'aumento del finanziamento per l'acquisto di vaccini ricompresi nel calendario nazionale vaccinale. Lo stanziamento ulteriore di *120 mln* per il potenziamento delle misure di prevenzione e di 1 milione di euro annui a decorrere dall'anno 2026 per campagne di comunicazione istituzionale. Concorrono al potenziamento delle misure di prevenzione anche *127 mln di euro* a valere sulle risorse vincolate di cui art. 1 c. 274 l. 207/24;

- *Piano nazionale di azioni per la salute mentale – PANSM (c.344-347). : 80 mln di euro* destinati all'adozione di misure per l'implementazione del Piano nazionale di azioni per la salute mentale 2025–2030 (PANSM 2025-2030). Il comma 4 in particolare stabilisce che una quota pari a 30 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026 sia finalizzata all'assunzione a tempo indeterminato di personale sanitario e sociosanitario da impiegare nei servizi di salute mentale;
- Incremento della quota del Fondo sanitario nazionale destinata *agli Istituti zooprofilattici sperimentali (c.348): 10 mln di euro* ;
- Finanziamento destinato *all'aggiornamento delle tariffe per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere per acuti e per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e protesica (c.349-350) : 100 mln di euro*;
- *Farmacia dei servizi (c. 351):* La disposizione prevede, tenuto conto della fase sperimentale avviata nell'anno 2018, l'integrazione stabile delle farmacie nel Servizio sanitario nazionale, riconoscendole come strutture eroganti prestazioni sanitarie e sociosanitarie. Una quota, *pari a 50 milioni di euro annui* a decorrere dal 2026, del fabbisogno nazionale *standard* cui concorre lo Stato è vincolata a tali finalità;
- *Indennità del personale del Servizio sanitario nazionale (c. 357-360):* I commi da 357 a 360 prevedono un incremento per complessivi *346 mln di euro* delle risorse stanziare dall'articolo 1, commi da 350 a 353, della L. 30 dicembre 2024, n. 207, per l'elevamento, da parte dei contratti collettivi nazionali di lavoro, della misura di alcune indennità, relative alle seguenti categorie di personale sanitario e socio-sanitario, dipendente del Servizio sanitario nazionale: medici e medici veterinari (comma 357); infermieri (comma 358); dirigenti sanitari inquadrati nei profili diversi da quelli di medico e medico veterinario (comma 359); personale appartenente alle professioni sanitarie della riabilitazione, della prevenzione, tecnico-sanitarie e di ostetrica e alla professione di assistente sociale, nonché operatori socio-sanitari (comma 360). Tali elevamenti sono operati a valere sull'incremento, disposto dal precedente comma 333, ovvero a valere sul fabbisogno sanitario nazionale standard.
- Il comma 361 prevede inoltre che, per far fronte alla carenza di personale sanitario e per ridurre le liste d'attesa, le regioni e province autonome, in aggiunta a quanto già disposto dall'articolo 1, comma 220, della legge 213/23, possono incrementare, a valere sul livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, per l'anno 2026, la *spesa per prestazioni aggiuntive* dei dirigenti medici e del personale sanitario del comparto Sanità, *nel limite degli importi lordi indicati*, per ciascuna regione e provincia autonoma, nell'allegato III della L. 199/25, pari complessivamente a *143,5 mln di euro* (101,9 milioni destinati ai medici e 41,6 al personale sanitario del comparto).
- *Assunzioni di personale del ruolo sanitario per il Servizio sanitario nazionale (c.362):* al fine di garantire la riduzione delle liste di attesa e il rispetto dei tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie, nonché per far fronte alla carenza di personale sanitario, nell'anno 2026 è autorizzata, nell'ambito della *quota di accesso al fabbisogno sanitario indistinto* corrente rilevata per ciascuna regione e provincia autonoma per l'anno 2026, l'assunzione, da parte delle aziende e degli enti dei rispettivi servizi sanitari regionali, di personale sanitario a tempo indeterminato, *in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia*, nel *limite complessivo di spesa* di *450 milioni di euro*. Tale autorizzazione di spesa agisce pertanto sul corrente livello del finanziamento complessivo del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato.

Ulteriori disposizioni aventi un impatto economico significativo sui bilanci delle regioni sono le norme contenute nella legge di bilancio 2026 in materia di *spesa farmaceutica e dispositivi medici*, laddove si interviene a innalzare ulteriormente il tetto della spesa farmaceutica per gli acquisti diretti all'8,8% (+0,3%; c. 386) e il tetto della spesa farmaceutica convenzionata al 6,85% (+0,05%; c.386). Si riduce pertanto il cd. payback farmaceutico per l'anno 2026, come evidenziato nella relazione tecnica allegata al DDL bilancio 2026 in cui si stima un onere complessivo pari a 350 mln di euro, che trova copertura nell'ambito dell'incremento del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard. A ciò si aggiunge, a decorrere dal 2026, l'esclusione dell'applicazione del pay-back dell'1,83% per le quote dovute dalle aziende farmaceutiche alle regioni (c. 389), comportando pertanto un maggior onere di 166 mln di euro (c.390), la cui copertura è a valere sulle risorse di cui all'articolo 1, comma 275, della legge 30 dicembre 2024, n. 207 (ossia le risorse destinate al perseguimento degli obiettivi di piano).

A decorrere dall'anno 2026 viene altresì ridotto di 140 milioni di euro il fondo farmaci innovativi (c.388), da 1,3 mld a 1,160 mld; fondo a cui si prevede che, dal 2026, possano accedere anche le regioni a statuto speciale e le province autonome (c. 369).

Il comma 399 La disposizione stabilisce che, a partire dal 2026, il tetto nazionale per la *spesa dei dispositivi medici* di cui all'articolo 9-ter, comma 1, lettera b), del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125, è fissato al 4,6%, con un incremento di 0,2 percentuali, che come comporta, come riportato nella relazione tecnica allegata al DDL bilancio un onere complessivo di 280 milioni di euro annui.

Per l'aggiornamento del limite di spesa per gli *acquisti di prestazioni sanitarie da privato accreditato*, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio Sanitario Regionale, il comma 400 dispone che il limite di spesa indicato all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135 e rideterminato da art. 1 c. 233 della L. 213/23 e da art. 1 c. 277-279 della L. 207/24, è ulteriormente incrementato di 1 punto percentuale.

A fronte di tali disposizioni normative che vincolano gran parte delle risorse incrementalmente del fondo sanitario nazionale, nel documento della Conferenza delle Regioni approvato il 13 novembre 2025 dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome "Prime valutazioni al DDL bilancio di previsione dello stato per l'anno finanziario 2026 e bilancio pluriennale per il triennio 2026 – 2028 – s. 1689" (prot. 25/142/CRO2/C2) si evidenzia come, pur dando atto di un incremento del fondo del 4,6%, si è condizionato una rilevante parte dell'incremento (oltre 1,450 miliardi) agli obiettivi di piano e ai rinnovi del contratto nazionale del personale in sanità. Ciò inevitabilmente comporta una crescita della quota cd. Indistinta del finanziamento complessivo nazionale inferiore alla crescita complessiva del fondo.

2. Le stime delle risorse a disposizione del Servizio Sanitario Regionale

Stante l'attuale situazione in cui ancora non si è addivenuti ad una Intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni sul riparto delle risorse 2026, sia riguardante il fabbisogno standard (la cosiddetta quota indistinta) sia le risorse relative alla quota premiale e agli obiettivi di piano, e vista la necessità di definire il quadro programmatico per l'anno 2026 al fine di avviare il percorso di predisposizione dei bilanci economici preventivi delle Aziende sanitarie, si stimano le risorse disponibili a livello regionale sulla base dei criteri già stabiliti dal Decreto 30 dicembre 2022 recante "*Definizione dei nuovi criteri e dei pesi relativi per la ripartizione del fabbisogno sanitario nazionale standard*" attualmente vigente, considerando in via prudenziale un incremento della sola quota indistinta rispetto al fabbisogno sanitario 2025 (come determinato in sede di intesa in conferenza stato-regioni del 29.12.2025) stimata in un +2,8%, dal momento che gran parte delle maggiori disponibilità disposte dalle norme in legge di bilancio 2026 sono a valere sulle risorse vincolate (ad.es. misure di potenziamento della prevenzione e piano attuazione della salute mentale).

Si stima altresì, con la medesima quota di accesso 2025, la quota di competenza regionale del Fondo farmaci innovativi, fondo che dal 2023 è stato unificato a livello nazionale e la cui consistenza per l'anno 2026 è stata decurtata di 140 mln di euro dall'art. 1 c. 388 della Legge di bilancio 2026 attestandosi ad un valore pari a 1,160 mld; per quanto riguarda gli obiettivi di piano si stima, in via prudenziale, un valore analogo al 2025.

Le risorse complessivamente a disposizione del SSR per l'anno 2026, al netto delle entrate proprie correnti, comprensive delle risorse già ripartite dalla legge di bilancio 2026 (Allegato III della L. 199/25 in riferimento alle prestazioni aggiuntive di cui al c. 361, pari ad euro 10.808.142 per Regione Emilia-Romagna), dal DL n.34/2020 e per il finanziamento della soppressione del cd. Superticket e fibrosi cistica (in misura pari all'anno 2025) nonché del finanziamento per il potenziamento dell'assistenza territoriale (di cui al Decreto 23.05.2022 n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale") già assegnato alla Regione ai sensi dell'art. 1 c. 274 della L. 234/21 così come integrato dall'art. 1 c. 244 della L. 213/23 (pari complessivamente ad euro 88.548.867,00) sono le seguenti in fase di programmazione:

	Anno 2026
Fabbisogno standard LEA (*)	10.006.473.396
Obiettivi di Piano (§)	74.443.493
Fondo farmaci innovativi (stima)	87.696.000
DM 77 (art. 1 c. 274 l.234/21, c. 244 L. 213/23)	88.548.867
Totale FSR in programmazione	10.257.161.756

(*) Valore stimato e comprensivo risorse di cui al DL 34/2020, per prestazioni aggiuntive, superticket (l. bil. 2020), nelle more dell'Intesa in conferenza stato-regioni in ordine al riparto della quota indistinta ;

(§) nelle more dell'Intesa in conferenza stato-regioni in ordine al riparto degli obiettivi di piano

L'incremento stimato delle risorse disponibili per la programmazione per l'anno 2026 è complessivamente di 267 milioni di euro rispetto al livello effettivo 2025, come determinato dalle Intese in Conferenza Stato-Regioni del 29.12.2025 in ordine al riparto del fabbisogno indistinto, della quota premiale e degli obiettivi di piano.

A tali maggiori risorse corrispondono tuttavia maggiori oneri: in primis i *maggiori oneri derivanti dagli incrementi contrattuali 2025-2027* per il personale dipendente (3,6% del Monte salari 2024, rispetto al 1,8% previsto nel 2025) e per il *personale convenzionato* (3,6%) previsti dall'art. 1 c. 128-131 della L. n. 207/24, nonché per gli *incrementi delle indennità per il personale sanitario* previsti dall'art. 1 c. 357-360 della legge di bilancio 2026 e incrementi per le *indennità di pronto soccorso*, come disposte dall'art. 1 c. 323 della L. 207/24); incrementi che sono a valere sul livello di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno, così come il trascinarsi sull'anno 2026 degli oneri connessi al *rinnovo contrattuale 2022-2024*. A ciò si aggiunge un incremento della *spesa farmaceutica e per dispositivi medici* ad oggi stimato in + 156,2 mln di euro rispetto al 2025, un aumento di + 23,5 mln della *spesa vaccinale* per il maggior fabbisogno relative alle coorti target previste per l'anno, in particolare per HPV (coorti 12-15enni), per Pneumococco (coorte 65enni) e infine per Herpes Zoster (coorte 65enni), i maggiori oneri connessi *alla messa in atto del DM 77 per lo sviluppo dell'assistenza territoriale*, gli incrementi dei *servizi tecnici* (per adeguamenti inflazionistici, noleggi etc), nonché il permanere di rilevanti *costi energetici*.

Il Fondo sanitario regionale garantirà altresì il proprio supporto al Fondo regionale per la non autosufficienza in sede di programmazione con risorse complessive pari a 311,890 milioni di euro, comprensivi della quota parte di 93,392 mln per la disabilità.

3. Il finanziamento alle Aziende sanitarie regionali

Nella Regione Emilia-Romagna il modello di finanziamento delle Aziende sanitarie si basa da anni sul finanziamento dei livelli essenziali di assistenza, sull'applicazione del sistema tariffario, sul finanziamento delle funzioni e su finanziamenti integrativi a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario.

Il finanziamento a quota capitaria per livelli essenziali di assistenza che viene annualmente ripartito tra le Aziende USL si propone di offrire ad ogni assistito di ogni ambito territoriale la stessa opportunità di accesso all'assistenza, dando alla popolazione di assistiti un peso proporzionale al rischio di aver bisogno di prestazioni; la formula allocativa che oramai da molti anni, pur con affinamenti progressivi, è stata utilizzata per il finanziamento annuale, tiene conto dell'età e quindi dell'invecchiamento come misura principale di rischio.

Il percorso, iniziato nel 2016, di progressiva revisione e affinamento dei criteri di finanziamento sia con riferimento alle Aziende USL, sia alle Aziende Ospedaliere e agli IRCCS pubblici, ha comportato nel 2018 una definitiva revisione dei criteri a quota capitaria per le Aziende USL attraverso una maggior considerazione della diversa struttura per età della popolazione (e conseguentemente dei bisogni ad essa associati) tramite l'introduzione di un fattore correttivo che tiene conto dell'indice di vecchiaia. Inoltre, per le Aziende Ospedaliere e IRCCS pubblici si è proceduto nella direzione di qualificare ulteriormente il finanziamento a fronte delle principali funzioni svolte, quale remunerazione aggiuntiva rispetto al riconoscimento a tariffa della produzione annuale.

Pertanto, alla luce di tali revisioni ed affinamento, anche per il finanziamento 2026 si è provveduto ad aggiornare il sistema dei criteri di riparto delle risorse sia alle Aziende USL sia alle Aziende Ospedaliere.

3.1 Il Finanziamento delle Aziende USL

Il finanziamento delle Aziende USL è determinato sulla base della popolazione residente, ponderata, per età e genere.

Per il riparto delle risorse a quota capitaria si è utilizzata la popolazione residente di riferimento al 1.1.2025 (così come avviene a livello nazionale) e sono state aggiornati al 2025 i consumi della popolazione di riferimento, laddove il riparto delle risorse avviene utilizzando la popolazione pesata. In allegato vengono riportati i criteri di finanziamento e le tabelle che esplicitano il finanziamento a quota capitaria (Tabella A1).

Le risorse complessivamente previste per le Aziende USL in sede di programmazione 2026 sono pari a 7.965,1 mln di euro, ossia + 234,6 mln rispetto al quadro programmatorio 2025 (+3%), di cui 7.706,3 mln di euro distribuite a quota capitaria, 144,657 milioni di euro destinate alla funzione di pronto soccorso (distribuite anch'esse a quota capitaria aggiornata), 58,923 milioni a concorso degli obiettivi di piano per l'anno 2026 (distribuiti in analogia al 2025 a quota capitaria), integrate da un fondo perequativo (dimensionato in 61 milioni di euro) ripartito alle aziende in maniera da sostenere, da un lato, le aziende con una crescita delle risorse indistinte inferiore alle risorse effettive ripartite nel 2025 e, dall'altro, per promuovere maggiori criteri di riequilibrio territoriale (in proporzione all'entità delle differenze negative tra le quote di costo pro-capite aziendale ed il costo procapite medio regionale 2024, al pari di quanto avviene a livello nazionale per la distribuzione di una parte della quota premiale) come rappresentato in Tabella A2, e sono al netto delle risorse a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario (risorse che in sede previsionale non sono distribuite). In questa sede, vengono altresì ripartite, in misura analoga al 2025, le risorse di cui al DL 34/2020 finalizzate al potenziamento dell'assistenza ospedaliera e territoriale per un importo pari ad euro 61.422.673,00 per le Ausl.

Preme precisare che le risorse a quota capitaria (7.706 mln di euro) comprendono altresì le risorse di cui *all'articolo 1, comma 362, della legge 30 dicembre 2024, n. 207*, finalizzate all'assunzione di personale sanitario a tempo indeterminato per contribuire alla riduzione delle liste di attesa, al rispetto dei tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie e al contrasto della carenza di personale sanitario, risorse oggetto di specifica rendicontazione da parte delle singole aziende sanitarie e ripartite dalle medesime nell'ambito del monte salari, senza modificare l'ammontare delle risorse assegnate a ciascuna azienda.

In continuità con gli anni precedenti le voci di finanziamento delle Aziende USL sono comprensive di una quota, spettante alle Aziende Ospedaliero-Universitarie, a copertura dei costi fissi, per lo più riferiti al fattore personale e alle funzioni che queste esercitano nella complessiva garanzia dei LEA a livello territoriale, che vengono trattenute dal finanziamento per livelli di assistenza delle AUSL in misura analoga al 2025 (cfr. tab A2) e vincolate alle Aziende Ospedaliero-Universitarie e IRCCS (Tab.A3) . Si precisa che per l'Azienda USL di Modena, il finanziamento 2026 tiene conto, in analogia al 2025, del passaggio definitivo dell'Ospedale Civile Sant'Agostino Estense di Baggiovara all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena (in virtù del progetto di sperimentazione gestionale approvato con DGR 1004/2016 conclusosi con DGR 2024/18, con modifica dal 1.1.2019 degli assetti organizzativi delle due aziende) ed il contributo vincolato all'AOSPU di Modena è pari al valore già definito nel 2017, ossia € 12.020.890 (cfr. Tab. A4 dell'Allegato A della DGR 830/2017). Per quanto riguarda l'AUSL di Ferrara il finanziamento vincolato alle AOSPU tiene conto anche del protocollo di intesa tra l'Azienda USL e l'Istituto ortopedico Rizzoli per lo sviluppo e gestione in collaborazione delle attività di ortopedia e riabilitazione presso il territorio della provincia di Ferrara (in virtù del progetto autorizzato con deliberazione di giunta regionale n. 1015/2021) per un importo pari ad euro 605.744,88. Per quanto riguarda l'AUSL di Piacenza il finanziamento vincolato alle AOSPU tiene conto anche del protocollo di intesa tra l'Azienda USL e l'Istituto ortopedico Rizzoli per il progetto di realizzazione di un polo ortopedico e riabilitativo dell'istituto ortopedico Rizzoli presso piacenza (progetto autorizzato con deliberazione di giunta regionale n. 1471/24) per un importo pari ad euro 242.956,00.

I finanziamenti riconosciuti alle Aziende USL a copertura degli ammortamenti non sterilizzati di competenza dell'esercizio 2026, relativi alle immobilizzazioni entrate in produzione entro il 31.12.2009 sono altresì evidenziati in tabella A2.

Infine, in analogia al 2025, si ritiene di dover consolidare, sin dalla fase di programmazione, il riconoscimento in capo alle Aziende delle funzioni dalle stesse esercitate in relazione ai processi di integrazione sovra-aziendale di funzioni tecniche, amministrative e professionali in misura analoga a quanto indicato nella DGR 2232/25. Per quanto riguarda l'Area metropolitana di Bologna, viene riconosciuto un finanziamento aggiuntivo all'Azienda USL di Bologna (capofila) in relazione alla funzione "Sviluppo dei processi di integrazione dei Servizi delle Aziende metropolitane e di Area Vasta", con contestuale trattenuta di pari importo all' Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna, all'Ausl di Imola e Istituto Ortopedico Rizzoli, per le funzioni che gli stessi hanno delegato all'Azienda territoriale.

3.2 Il Finanziamento delle Aziende Ospedaliere e degli IRCCS

Le risorse complessivamente previste per le Aziende Ospedaliero-universitarie e degli IRCCS a valere sul finanziamento indistinto sono pari a 366,089 mln di euro, ossia + 3% rispetto al quadro programmatico 2025. Il finanziamento complessivo delle Aziende Ospedaliero-universitarie e degli IRCCS è stato determinato sulla base dei criteri adottati negli anni precedenti, aggiornati sulla base degli ultimi dati completi disponibili (anno 2025) e tenendo in particolare conto del rispetto del limite del 30% per il finanziamento delle AOSPU e IRCCS con risorse indistinte.

Si prevede in particolare un finanziamento omnicomprensivo a funzione - come remunerazione aggiuntiva rispetto al riconoscimento a tariffa della produzione annuale (ai sensi dell'articolo 8-sexies del dlgs 502/1992 e s.m.i.) , nell'ambito del limite massimo stabilito dall'art.15, comma 13, lett.g, del d.l. n. 95/2012 (30%), e sulla scorta della metodologia prevista dalla legge di stabilità 2016 a verifica della condizione di sostenibilità delle AOSPU/IRCCS - nella misura del 20% dell'attività di ricovero ed ambulatoriale prodotta, per un importo pari ad euro 205,5 milioni, al netto del finanziamento IRCCS, ai sensi di quanto previsto dall'art.11 del D.Lgs. 200/2022, previsto nella medesima misura del 2025 (DGR 2255/25). Il finanziamento a funzione introdotto sin dal 2018 assorbe il finanziamento del sistema integrato SSR-Università che negli anni 2018 e retro integrava la remunerazione a tariffa delle prestazioni, pari al 7% della produzione ospedaliera in favore di cittadini residenti nella Regione, come riconfermato nel Protocollo Regione-Università siglato nel corso del 2016. Al pari di quanto avviene per le Aziende USL, è altresì previsto in sede di programmazione un fondo perequativo pari a 11,5 milioni di euro determinato con i medesimi criteri descritti per le aziende USL ed il riconoscimento di euro 57,1 milioni di euro per la funzione del Pronto Soccorso; tali risorse sono state determinate in ragione della metodologia adottata in sede di programmazione 2025 e in misura pari al margine di contribuzione negativo per accesso al pronto soccorso (inteso come differenziale fra costi pieni 2024 e valorizzato a tariffa al netto del ticket) sostenuto dalle Aziende Ospedaliere-Universitarie e dall'IRCCS Rizzoli.

Così come per le AUSL, le risorse complessive riconosciute per il 2026 sono comprensive delle risorse di cui *all'articolo 1, comma 362, della legge 30 dicembre 2024, n. 207*, finalizzate all'assunzione di personale sanitario a tempo indeterminato per contribuire alla riduzione delle liste di attesa, al rispetto dei tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie e al contrasto della carenza di personale sanitario, risorse oggetto di specifica rendicontazione da parte delle singole aziende sanitarie e ripartite dalle medesime nell'ambito del monte salari, senza modificare l'ammontare delle risorse assegnate a ciascuna azienda.

A tali finanziamenti si aggiunge l'assegnazione di risorse riferibili al DL 34/2020 per un importo pari ad euro 19.053.368, ripartite in misura analoga all'anno 2025 (cfr. Tabella A3) e dei contributi a carico delle Aziende USL (67,6 mln); tali finanziamenti sono al netto delle risorse a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario (risorse che in sede previsionale non sono distribuite).

I finanziamenti riconosciuti alle Aziende Ospedaliere a copertura degli ammortamenti non sterilizzati di competenza dell'esercizio 2026, relativi alle immobilizzazioni entrate in produzione entro il 31.12.2009 sono altresì evidenziati in tabella A3.

4. Indicazioni per la predisposizione dei Bilanci Economici Preventivi 2026

I Bilanci economici preventivi devono essere predisposti in base alle disposizioni dell'art. 25 del D.lgs n. 118/2011 e in coerenza con le presenti linee di indirizzo regionali, nonché con gli obiettivi economici aziendali specifici indicati con apposita nota.

Per quanto riguarda i fattori produttivi a maggior assorbimento di risorse, si forniscono le seguenti indicazioni per la determinazione delle stime previsionali aziendali e per le assegnazioni degli ulteriori finanziamenti a concorso della copertura dei costi correlati (oltre ai contributi già riportati nelle tabelle A2 e A3):

➤ **Spesa Farmaceutica e per dispositivi medici:**

Nel 2026 è previsto un incremento della *spesa farmaceutica convenzionata* dovuto principalmente agli effetti di provvedimenti nazionali quali la transizione dal PHT al canale distributivo della farmaceutica convenzionata delle gliflozine (GU n.165 del 18 luglio 2025) e la corresponsione della quota fissa aggiuntiva per le ulteriori farmacie rurali che, sulla base di quanto previsto dall'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private del 6 marzo 2025, potranno essere classificate come sussidiate. Inoltre, è previsto un aumento dei consumi soprattutto per i farmaci destinati alla cura delle patologie croniche e il perseguimento di modalità uniformi nella modulazione dei canali distributivi per i farmaci di classe A. Tali incrementi sono in parte compensati da diminuzioni di spesa legate all'impatto della quota di compartecipazione a carico a dei cittadini introdotta con DGR n. 390/2025 e alla riduzione del prezzo al pubblico dei farmaci conseguente alla soppressione del Pay Back 5% stabilita dalla Legge di Bilancio 2026 (L. 199/2025). Pertanto, è stato stimato un impatto complessivo sulla spesa netta convenzionata pari al + 4,3% rispetto al 2025, con scostamenti differenziati a livello aziendale. Al raggiungimento dell'obiettivo dovranno concorrere i risparmi derivanti dal contenimento delle categorie terapeutiche a maggior rischio di inappropriata e dal ricorso ai farmaci non coperti da brevetto

Per l'*acquisto ospedaliero di farmaci*, si prevede a livello regionale una spesa di 1,549 mld di euro corrispondente a +7,2% verso il 2025, con scostamenti differenziati fra le Aziende sanitarie. Tale previsione considera sia l'incremento dovuto alla ricaduta dei farmaci con innovatività scaduta nell'anno precedente o in scadenza nell'anno in corso che l'aumento legato al numero di casi trattati e ai costi delle terapie a maggior impatto, calcolati su base storica; inoltre, sono considerati i fattori di potenziale risparmio derivanti dall'adesione alle gare d'acquisto regionali già aggiudicate con valenza sull'anno 2026, inclusi prodotti biosimilari, nonché agli obiettivi regionali di appropriatezza e sostenibilità orientati in particolar modo a favorire, quando possibile, criteri di scelta dei farmaci basati sul miglior rapporto costo/opportunità. Inoltre, è stato valutato l'impatto dei provvedimenti nazionali in analogia a quanto considerato per la spesa convenzionata (trasferimento delle gliflozine e soppressione del Pay Back 5%). L'obiettivo esclude invece l'ossigenoterapia, i vaccini, i farmaci innovativi e gli antibiotici reserve, seppur entro i limiti di risorse previsti. Il rispetto dell'obiettivo è monitorato in corso d'anno tramite verifiche a cadenza bimestrale.

Con riferimento al *fondo per i farmaci innovativi e antibiotici reserve*, questo è quantificato, in via previsionale come sotto riportato, in cui è indicato per ogni azienda il finanziamento a concorso della copertura della spesa sostenuta per tali farmaci, tenuto conto di quanto è stato rilevato nei flussi amministrativi dell'assistenza farmaceutica per l'anno 2025. Nei limiti della quota regionale spettante, il finanziamento potrà tenere conto degli aggiornamenti dell'elenco dei farmaci innovativi predisposto da AIFA in corso d'anno e delle risultanze della spesa effettivamente registrata dalle aziende sanitarie. Inoltre, con riferimento al dimensionamento del fondo complessivo, si richiama quanto previsto dall'art. 1 comma 284 della L. 207/2024 che dispone che le risorse del Fondo farmaci innovativi non impiegate confluiscono nella quota di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato.

Aziende	Innovativi e antibiotici reserve (art. 1 c. 281-284 L. 207/24)
AUSL Piacenza	2.705.205
AUSL Parma	1.251.980
AOSP Parma	6.700.368
AUSL Reggio E.	6.944.749
AUSL Modena (^)	4.283.996
AOSP Modena	7.410.794

AUSL Bologna	6.717.185
AOSP Bologna	17.754.912
IOR	166.525
AUSL Imola (§)	806.544
AUSL Ferrara	1.658.247
AOSP Ferrara	3.309.964
AUSL Romagna (*)	14.999.927

(^) stima incl. 12.918 per Sassuolo; (§) stima 152.054 per Montecatone; (*) stima 4.318.887 per IRST

Si precisa che gli *accordi di fornitura tra aziende sanitarie* non devono tenere conto nelle partite di scambio dei farmaci coperti dal fondo nazionale, essendo oggetto di un finanziamento dedicato a copertura dei costi sostenuti (fino al limite aziendale riconosciuto). Allo stesso modo, non devono essere evidenziati a bilancio per tali farmaci ricavi per *mobilità extraregionale attiva*, essendo riferibili al fondo nazionale.

Con riferimento ai *fattori della coagulazione del sangue*, anche per l'anno 2026 viene riconosciuto un finanziamento pari al costo effettivo sostenuto per il trattamento dei pazienti residenti. In via previsionale le Aziende dovranno indicare un importo in linea con l'anno 2025.

Per l'*acquisto di dispositivi medici* nel 2026 è prevista una spesa di 783,4 mln di euro. La stima è stata elaborata a partire dall'analisi del trend storico dei costi rilevati nel flusso informativo DiMe, considerando il periodo 2022-2025. La spesa complessiva è stata scomposta nei principali determinanti (driver di spesa) e, per ciascuno di essi, è stato applicato il metodo di previsione ritenuto più appropriato: un trend lineare per le voci a carattere strutturalmente costante; un trend logaritmico o polinomiale per le componenti con forti incrementi che necessitano di essere calmierati per la sostenibilità economica; ovvero una stima basata sul tasso di trattamento per le categorie oggetto di specifici gruppi di lavoro regionali, per le quali sono emerse disparità di accesso legate alla residenza. La sostenibilità economica viene valutata attraverso il mantenimento del rapporto tra la spesa per i dispositivi medici e il FSR. Le Aziende sanitarie dovranno tener conto degli specifici obiettivi di budget indicati per l'anno 2026 ed oggetto di monitoraggio e verifica bimestrale.

➤ **Mobilità Infra-Regionale:**

Per quanto riguarda la valorizzazione delle prestazioni in mobilità infra-regionale, le Aziende dovranno prevedere quanto segue:

- Per la mobilità *extra-provinciale* relativa all'attività di degenza, i valori di produzione risultanti dalla matrice di mobilità predisposta dal livello regionale (sulla base dei dati di produzione consuntivi 2025), salvo accordi consensuali fra le Aziende.

Le Aziende, con impatto negativo, dispongono a valere sull'anno 2026 dei seguenti finanziamenti a copertura dell'impatto degli adeguamenti della matrice infra-regionale (extra-provinciale) rispetto ai valori di mobilità contabilizzati nel 2025.

Aziende sanitarie	Impatto adeguamento matrice di mobilità infra-regionale (extra-provinciale) BEP 2026 vs BEP 2025	Finanziamento a copertura impatto mobilità infraRER 2026
Piacenza	-€ 3.113.792	€ 3.113.792
Parma	€ 556.157	€ -
Reggio Emilia	€ 563.777	€ -
Modena	€ 540.209	€ -
Bologna	-€ 808.443	€ 808.443
Imola	€ 477.126	€ -
Ferrara	-€ 1.201.636	€ 1.201.636
Romagna	€ 288.276	€ -
Totale Aziende USL	-€ 2.698.326	€ 5.123.870
Aosp-Univ. Parma	€ 476.461	€ -
Aosp-Univ. Modena (con baggiovara)	-€ 840.508	€ 840.508
Aosp-Univ. Bologna	€ 516.780	€ -
Aosp-Univ. Ferrara	€ 331.204	€ -
Ist. Ort. Rizzoli	€ 2.214.388	€ -
Totale Az. Osp + Rizzoli	€ 2.698.326	€ 840.508

Nel caso di accordi con Aziende Ospedaliero-Universitarie/IOR la valorizzazione economica dell'attività di degenza dovrà fare riferimento alla DGR n. 878/2023.

- Relativamente alle *altre voci di mobilità extra-provinciale* (fatta eccezione per le degenze) le Aziende dovranno tenere conto della produzione 2026 in base agli ultimi dati disponibili dai ritorni informativi, salvo accordi consensuali tra le aziende; laddove tali valori siano difforni fra azienda creditrice ed azienda debitrice, il valore di riferimento sarà quello dell'azienda creditrice.
- Per la *mobilità infra-provinciale* le Aziende devono presentare valori che siano allineati e quadrati fra Azienda committente e Azienda erogatrice.

➤ **Mobilità Extra-Regionale:**

- Relativamente alla *mobilità extraregionale attiva*, le Aziende sanitarie dovranno esporre una stima della propria attività 2026 specificando nella relazione di accompagnamento un dettaglio dei criteri di stima utilizzati.
- Per quanto riguarda la *mobilità passiva interregionale*, le Aziende USL dovranno fare riferimento ai dati di cui alla nota Prot. 06/10/2025.0996908 ad oggetto "Mobilità passiva interregionale anno 2024: disponibilità dati per le Aziende".
- Relativamente alle prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale rese da strutture private accreditate per *residenti fuori regione*, le Aziende USL dovranno indicare, in questa prima fase previsionale, un valore non superiore a quello indicato nella tabella allegata alla nota Prot. 28/10/2025.1066152 per l'acquisto di prestazioni di degenza, comprensivo sia dell'attività di non alta specialità sia di alta specialità fino ad un valore massimo compatibile con il rispetto a livello regionale del vincolo di cui al DL n. 95/2012 e s.m.i definito per l'anno 2026; parimenti, anche per l'attività ambulatoriale si conferma quanto indicato nel corso dell'anno 2025.

➤ **Acquisto di prestazioni ospedaliere da privati accreditati per residenti RER**

Con riferimento alle prestazioni acquistate da strutture private accreditate per cittadini residenti le Aziende Usl a fini previsionali dovranno indicare, nelle more della definizione del nuovo accordo quadro regionale, valori in linea con quanto previsto dai protocolli d'intesa tra Regione Emilia-Romagna e

Associazione Italiana di Ospedalità Privata (AIOP) - Sezione Emilia-Romagna per la regolamentazione dei rapporti economici finalizzati alla fornitura di prestazioni ospedaliere per l'anno 2025 (di cui alla DGR 1640/2025), con Hesperia Hospital (di cui alla DGR 1821/2020) e con i Centri Riabilitativi ex art. 26 (di cui alla DGR 1951/2020), tenendo conto di eventuali committenze aggiuntive a livello locale. Con riferimento alle strutture private aderenti AIOP, la DGR n. 1640/2025 definisce i budget di riferimento per l'attività di non alta specialità per quanto concerne i Budget 1 "Intra-AUSL" e 2 "Extra-Ausl". Per quanto riguarda l'attività "Extra-Ausl" si rimanda a quanto già comunicato con nota Prot__25_02_2026_0173367. Per l'"Alta specialità" le Aziende dovranno tenere conto del Prospetto 2.a aggiornato contenuto nella nota Prot__25_02_2026_0173367. In corso d'anno, a seguito di decisioni che potranno essere assunte in vista del rinnovo dell'Accordo quadro regionale verranno tempestivamente fornite ulteriori indicazioni. Per l'attività di specialistica ambulatoriale le Aziende devono indicare ai fini previsionali valori in linea con quanto indicato nella nota Prot. 0927989 del 15/09/2025.

➤ **Sviluppo dell'assistenza territoriale (DM 77)**

Nell'ambito delle risorse vincolate per il potenziamento dell'assistenza territoriale (di cui al Decreto Ministeriale 23.05.2022 n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale") così come definite ai sensi dell'art. 1 c. 274 della L. 234/21 integrato dall'art. 1 c. 244 della L. 213/23 è stato assegnato alla Regione Emilia-Romagna un finanziamento per l'anno 2026 pari complessivamente ad euro **88.548.867,00**.

Nella tabella seguente è indicato il riparto fra le aziende sanitarie, che dovrà tener conto delle quote da finalizzare all'assunzione in deroga di personale a tempo indeterminato non medico da dedicare ai servizi ricompresi nel DM 77/22 (Case della Comunità e OSCO) nei limiti di quanto previsto per singola azienda

Aziende USL	Risorse per il Potenziamento Assistenza territ. DM 77/22	Di cui per nuove assunzioni personale non medico
Piacenza	5.667.127	1.507.127
Parma	8.766.338	2.331.338
Reggio-Emilia	10.014.877	2.663.377
Modena	13.654.235	3.631.235
Bologna	17.594.660	4.679.160
Imola	2.638.756	701.756
Ferrara	7.464.669	1.985.169
Romagna	22.748.204	6.049.704
TOTALE	88.548.867	23.548.867

Tali risorse vincolate al potenziamento dell'assistenza territoriale dovranno essere pienamente utilizzate dalle aziende sanitarie per far fronte agli oneri del personale dipendente (sia da acquisire, sia già coinvolto nei servizi attivi per il DM 77) e alle esigenze della medicina convenzionata, per la quale si propone altresì un budget orario con cui programmare l'attività a quota oraria in capo ai medici RUAP per le attività dettagliate nell'AIR 2026, come di seguito evidenziato

AUSL	Budget orario totale settimanale	Di cui "budget stimato centrali telefoniche" settimanale
Piacenza	2190	301
Parma	3499	481
Reggio Emilia	4045	556
Modena	5405	743
Bologna	6784	933
Imola	1010	139
Ferrara	2592	356
Romagna	8545	1175
TOTALE	34070	4683

➤ **Personale Dipendente**

Le linee guida per la predisposizione del PIAO nelle aziende del SSR, adottate con DGR n. 990/2023, così come modificata dalla DGR n. 973/2025, contengono anche specifici indirizzi in merito al Piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP), che si configura quale strumento di programmazione attuativo delle scelte strategiche contenute nel PIAO, e al percorso procedurale per la sua approvazione. In particolare, essa stabilisce che il PTFP adottato in via provvisoria dalla Aziende sanitarie in sede di adozione dei bilanci economici preventivi sia approvato dalla Giunta regionale contestualmente all'approvazione dei bilanci economici preventivi stessi. La tempistica per l'adozione provvisoria del PTFP verrà definita quindi in coerenza con quella relativa alla definizione del bilancio preventivo 2026.

▪ **Rinnovi contrattuali triennio 2016-2018**

In analogia al 2025, si procede al finanziamento degli oneri di competenza 2026 disposti dal CCNL 16-18 per il personale della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa e del comparto

Aziende	Finanziamento CCNL 16-18 dirigenza sanitaria	Finanziamento CCNL 16-18 dirigenza professionale, tecnica e amministrativa	Finanziamento CCNL 16-18 Personale Comparto
Ausl Piacenza	1.534.032	69.943	2.797.314
Ausl Parma	1.124.762	60.889	2.013.203
Ausl Reggio Emilia	2.896.391	146.201	5.253.571
Ausl Modena	2.523.161	109.333	4.666.442
Ausl Bologna	3.715.602	191.926	6.287.760
Ausl Imola	716.719	48.564	1.668.438
Ausl Ferrara	999.143	58.400	2.282.055
Ausl della Romagna	6.070.359	286.026	11.303.291
Az. Osp.- Univ. Parma	1.879.092	59.508	2.978.467
Az. Osp.- Univ. Modena	1.212.744	72.124	1.879.737
IRCCS Az. Osp.- Univ. Bologna	2.422.710	88.039	3.684.010
Az. Osp.- Univ. Ferrara	1.394.565	40.433	2.001.656
IRCCS Ist. Ort. Rizzoli	607.654	64.895	962.490
Totale complessivo	27.096.934	1.296.281	47.778.434

▪ **Rinnovi contrattuali triennio 2019-2021**

In analogia al 2025, si procede al finanziamento degli oneri di competenza 2026 derivanti dalla sottoscrizione del CCNL 2019-2021 per il personale del comparto, della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa come di seguito rappresentato:

Aziende	Finanziamento CCNL 19-21 dirigenza sanitaria	Finanziamento CCNL 19-21 dirigenza professionale, tecnica e amministrativa	Finanziamento CCNL 19-21 Personale Comparto
Ausl Piacenza	2.752.762	70.575	8.125.453
Ausl Parma	2.194.431	71.909	5.636.752
Ausl Reggio Emilia	5.156.545	147.354	14.149.646
Ausl Modena	4.012.258	101.321	11.532.849
Ausl Bologna	6.528.863	172.707	19.252.767
Ausl Imola	1.244.813	31.160	4.019.245
Ausl Ferrara	1.835.539	70.787	6.367.695
Ausl Romagna	11.370.755	250.033	34.867.356
Aosp-Univ. Parma	2.721.946	48.584	9.437.176
Aosp-Univ. Modena	2.527.104	64.287	8.237.704
IRCCS Aosp-Univ. Bologna	3.382.790	77.361	11.738.607
Aosp-Univ. Ferrara	1.879.951	29.348	5.654.858
IOR	1.010.035	65.007	2.553.909
Totale	46.617.792	1.200.434	141.574.018

▪ **Rinnovi contrattuali triennio 2022-2024**

In relazione al rinnovo contrattuale del personale dipendente triennio 2022 – 2024, le Aziende, in questa prima fase previsionale, dovranno disporre accantonamenti per il solo personale afferente alle aree della dirigenza sanitaria e professionale, tecnica e amministrativa. Gli accantonamenti dovranno essere disposti in misura pari al 2025, a fronte dei quali sono previsti i seguenti finanziamenti:

Aziende	Finanziamento a copertura CCNL 2022-24 DIRIGENZA
Ausl Piacenza	2.463.922
Ausl Parma	2.256.509
Ausl Reggio Emilia	5.502.062
Ausl Modena	3.592.384
Ausl Bologna	6.688.413
Ausl Imola	1.283.759
Ausl Ferrara	1.866.839
Ausl Romagna	11.518.597
Aosp-Univ. Parma	2.982.251
Aosp-Univ. Modena	3.083.224
IRCCS Aosp-Univ. Bologna	3.757.744
Aosp-Univ. Ferrara	2.033.335
IOR	1.101.929
Totale	48.130.967

Seguiranno successive indicazioni, in corso d'anno, in merito alla contabilizzazione dell'impatto complessivo del rinnovo CCNL 2022-2024 dirigenza, sia relativamente alla competenza 2026 che in merito agli arretrati ai fini altresì del finanziamento degli oneri complessivi sostenuti .

Per quanto riguarda il comparto, invece, si procede al finanziamento degli oneri di competenza 2026 derivanti dalla sottoscrizione del CCNL come indicato nella tabella seguente:

Aziende	Finanziamento CCNL 22-24 Personale Comparto
Ausl Piacenza	8.248.591
Ausl Parma	5.805.117
Ausl Reggio Emilia	14.291.744
Ausl Modena	11.036.564
Ausl Bologna	20.376.323
Ausl Imola	4.099.902
Ausl Ferrara	6.245.664
Ausl Romagna	36.748.075
Aosp-Univ. Parma	9.963.088
Aosp-Univ. Modena	9.671.519
IRCCS Aosp-Univ. Bologna	12.607.974
Aosp-Univ. Ferrara	5.310.495
IOR	2.701.279
Totale	147.106.336

▪ **Rinnovi contrattuali triennio 2025-2027**

In relazione al rinnovo contrattuale del personale dipendente triennio 2025 – 2027, le Aziende dovranno operare accantonamenti in misura pari all'IVC 2025-2027 così come determinata ai sensi di quanto disposto dall'art. 1 comma 128 della L. 207/2024. A fronte di tali costi, le aziende potranno disporre di finanziamenti dedicati come riportato nella tabella che segue:

Aziende	Finanziamento a copertura IVC 2025-27 Personale comparto	Finanziamento a copertura IVC 2025-27 dirigenza sanitaria	Finanziamento a copertura IVC 2025-27 dirigenza professionale, tecnica e amministrativa
Ausl Piacenza	675.446	301.391	15.054
Ausl Parma	472.203	238.371	15.767
Ausl Reggio Emilia	1.196.786	586.457	25.130
Ausl Modena	950.868	399.489	27.191
Ausl Bologna	1.661.821	740.043	36.261
Ausl Imola	330.896	140.553	6.783
Ausl Ferrara	529.361	193.880	14.328
Ausl della Romagna	2.986.039	1.277.536	47.222
Az. Osp.- Univ. Parma	807.588	319.290	11.627
Az. Osp.- Univ. Modena	694.737	342.384	12.884
IRCCS Az. Osp.- Univ. Bologna	1.042.893	425.918	16.766
Az. Osp.- Univ. Ferrara	447.152	216.577	6.447
IRCCS Ist. Ort. Rizzoli	241.079	117.623	12.727
Totale complessivo	12.036.871	5.299.512	248.187

Il differenziale tra l'incremento retributivo del 3,6% dall'art. 1 c. 128-131 della L. n. 207/24 e l'IVC 2025-2027 rimarrà per un 50% accantonato a livello regionale in GSA (verrà distribuito alle aziende, una volta

sottoscritto il contratto). Per l'ulteriore 50% le singole aziende dovranno disporre specifici accantonamenti a fronte dei quali sono previsti i seguenti finanziamenti:

Aziende	Finanziamento a copertura del dell'accantonamento 3,6% (al netto IVC) (50%)
Ausl Piacenza	3.926.056
Ausl Parma	2.865.970
Ausl Reggio Emilia	7.110.213
Ausl Modena	5.387.667
Ausl Bologna	9.044.630
Ausl Imola	1.841.099
Ausl Ferrara	2.981.272
Ausl della Romagna	16.082.996
Az. Osp.- Univ. Parma	4.204.198
Az. Osp.- Univ. Modena	4.073.955
IRCCS Az. Osp.- Univ. Bologna	5.310.995
Az. Osp.- Univ. Ferrara	2.690.225
IRCCS Ist. Ort. Rizzoli	1.340.038
Totale complessivo	66.859.315

In fase previsionale le Aziende sanitarie possono già prevedere per l'anno 2026 i finanziamenti indicati nella DGR 2071/2025 ovvero i finanziamenti a copertura degli oneri relativi a *indennità di pronto soccorso per il comparto* (in linea con quanto già assegnato nel 2025 e complessivamente pari a 6.073.782,00 euro), per la *dirigenza* (in linea con quanto già assegnato 2025 e complessivamente pari a 7.283.640 euro), le risorse previste a copertura degli oneri relativi all'ordinamento *professionale comparto (0,55%)* in linea con l'importo assegnato nel 2025 (complessivamente pari a 9.996.318,84 euro), le risorse a copertura dell'incremento delle tariffe per *prestazioni aggiuntive* di cui all'art. 1, commi 218-220 della Legge 30 dicembre 2023, n. 213 (15.060.000,00 per la dirigenza e 6.024.000,00 per il comparto) e le risorse a copertura dell'incremento delle tariffe per *prestazioni aggiuntive* di cui all'art. 1, c.361 della L. 199/2025 nella stessa misura, e con i medesimi riparti, di quanto previsto dal DL 202/2024 (7.674.461,42 per la dirigenza e 3.134.639,17 per il comparto).

Le risorse in applicazione delle misure contenute nell'art. 1 comma 323 della L. 207/24 e nell'art. 1 c. 357-360 della L. 199/25 rimangono, in questa sede previsionale, accantonate a livello regionale in GSA.

➤ **Personale Convenzionato**

▪ **Rinnovi ACN triennio 2016-2018**

Con riferimento agli oneri derivanti dall'applicazione del rinnovo ACN per il triennio 2016-2018, le Aziende potranno disporre, a valere sull'anno 2026 e in continuità con il 2025, delle seguenti assegnazioni:

Aziende	Risorse a copertura oneri rinnovo contrattuale 2016-18
Ausl Piacenza	1.173.477
Ausl Parma	1.918.779
Ausl Reggio Emilia	2.425.272

Ausl Modena	2.930.914
Ausl Bologna	3.926.136
Ausl Imola	525.573
Ausl Ferrara	1.598.028
Ausl della Romagna	4.413.294
Totale	18.911.473

▪ **Rinnovi ACN triennio 2019-2021**

Con riferimento ai maggiori oneri derivanti dall'applicazione del rinnovo ACN per il triennio 2019-2021, le Aziende potranno disporre per la quota di competenza 2026 delle seguenti assegnazioni:

Aziende	Medici di medicina generale	medici SUMAI	Pediatri di libera scelta
Ausl PC	792.421	56.036	161.477
Ausl PR	1.367.828	149.857	356.260
Ausl RE	1.365.136	477.592	330.505
Ausl MO	1.958.699	508.311	423.954
Ausl BO	2.758.028	612.985	510.756
Ausl IMOLA	385.469	90.100	79.462
Ausl FE	942.828	247.109	110.426
Ausl Romagna	3.316.541	553.850	635.393
TOTALE	12.886.951	2.695.839	2.608.233,34

▪ **Rinnovi contrattuali triennio 2022-2024**

In relazione al rinnovo contrattuale triennio 2022 – 2024, che prevede un incremento retributivo del 5,78%, si richiama l'articolo 1, comma 30 della L. 213/23 che prevede che *“Le disposizioni del comma 29 si applicano anche al personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale”*. Le Aziende dovranno pertanto effettuare appositi accantonamenti come di seguito indicato. A fronte di tali accantonamenti, disposti in misura pari al 50% dell'accantonamento complessivo atteso a livello regionale, sono previsti specifici finanziamenti. Il restante 50% rimarrà accantonato in GSA e verrà ripartito alle aziende successivamente alla sottoscrizione dell'ACN.

Aziende	Finanziamento a copertura accantonamento 2022-24 MMG, PLS, continuità assistenziale (50%)	Finanziamento a copertura accantonamento 2022-24 medici SUMAI (50%)
Ausl PC	1.014.957	65.268
Ausl PR	1.700.814	145.674
Ausl RE	1.887.205	410.527
Ausl MO	2.806.261	465.661
Ausl BO	3.043.874	388.047
Ausl IMOLA	485.705	48.778
Ausl FE	1.364.263	230.133
Ausl Romagna	4.314.246	482.425
TOTALE	16.617.325	2.236.514

- **Rinnovi contrattuali triennio 2025-2027**

In relazione al rinnovo contrattuale triennio 2025 - 2027, le risorse a copertura dei costi di competenza 2026, ai sensi di quanto previsto dall'art 1. c. 130 della L. 207/24, sono, in questa fase previsionale, accantonate in GSA.

- **Fondo risarcimento danni da responsabilità civile**

L'accantonamento al Fondo risarcimento danni da responsabilità civile, effettuato a livello regionale sul bilancio della GSA, dovrà far fronte alla copertura dei costi derivanti da risarcimenti assicurativi di seconda fascia (sinistri oltre la soglia di 250.000 euro). Nell'anno 2026 dovranno altresì tener conto di quanto indicato con la determina n. 4164 del 26/02/2026 recante "Approvazione del documento "Adeguamenti organizzativi e contabili per le aziende sanitarie ai sensi del titoli III del d.m. 15 dicembre 2023, n. 232 sui requisiti minimi di garanzia e condizioni di operatività delle misure analoghe".

- **Investimenti**

Nell'ambito del quadro degli obiettivi per la programmazione 2026, vista la nota n. Prot. 05/02/2026.0102637.U "Compilazione Schede Piano investimenti 2026-2028" Le Aziende potranno realizzare solo gli interventi (lavori e acquisizione tecnologie biomediche ed informatiche) aventi copertura finanziaria certa. Gli interventi non aventi copertura finanziaria certa dovranno essere rappresentati esclusivamente in scheda 3 del piano investimenti.

Dal momento che le Aziende possono avere nel corso dell'anno necessità di realizzare lavori indifferibili, urgenti e imprevedibili in quanto la loro mancata realizzazione potrebbe comportare danni a persone o cose o interruzione di pubblico servizio, nonché di acquisire tecnologie informatiche, arredi ed attrezzature, aventi la stessa caratteristica di indifferibilità, urgenza e imprevedibilità, per l'anno 2026 è prevista la disponibilità di un fondo pari a 23 milioni di euro, con il quale saranno finanziati gli interventi urgenti, indifferibili e imprevedibili che risponderanno tassativamente ai criteri di cui alla DGR 1980/2022 e per gli interventi inerenti al parco tecnologico biomedicale funzionali a garantire adeguati livelli di efficienza e sicurezza, soprattutto con riferimento alle piccole-medie tecnologie.

Il criterio adottato per il riparto fra le aziende sanitarie del fondo in oggetto, come di seguito indicato, tiene conto della quota di finanziamento che veniva previsto per le sostituzioni del parco tecnologico biomedicale pre-COVID e del trend di spesa sostenuto negli anni in cui era previsto il meccanismo degli interventi Urgenti-Indifferibili, nonché dell'accensione (fra fine 2025 e inizio 2026) di mutui aziendali che prevedono una quota per la sostituzione e potenziamento in tecnologie biomediche. Per quanto riguarda gli investimenti edilizi, la proposta di riparto si è basata al 70% sul criterio a quota capitaria (per le province con più aziende è stato riparametrato in funzione dei posti letto) e al 30% in funzione del finanziamento ammesso medio degli ultimi tre anni.

	Rinnovo tecnologie	Investimenti urgenti e indifferibili, edilizia, economale e ICT
101 - AUSL Piacenza	850.000,00	750.000,00
102 - AUSL Parma	550.000,00	500.000,00
103 - AUSL Reggio Emilia	1.150.000,00	1.150.000,00
104 - AUSL Modena	600.000,00	850.000,00
105 - AUSL Bologna	1.200.000,00	800.000,00
106 - AUSL Imola	300.000,00	400.000,00
109 - AUSL Ferrara	550.000,00	300.000,00
114 - AUSL Romagna	2.000.000,00	2.800.000,00
902 - AOU Parma	1.000.000,00	950.000,00
904 - AOU Modena	1.000.000,00	850.000,00
908 - AOU Bologna	1.500.000,00	950.000,00
909 - AOU Ferrara	1.000.000,00	350.000,00
960 - IOR	300.000,00	350.000,00
TOTALI	12.000.000,00	11.000.000,00

L'utilizzo di tali contributi in conto esercizio per investimenti , tramite rettifiche in c/esercizio, è subordinato a specifica autorizzazione regionale da parte della Direzione Generale competente in materia, ai sensi di quanto previsto dall'art. 6 c.2 della LR 9/18 e s.m.i., che valuterà sia la compatibilità con i limiti complessivi aziendali sopra indicati sia la compatibilità tecnica. Si precisa inoltre che la destinazione dei contributi in conto esercizio indistinti finalizzati per investimenti (*di cui alle voce AA0032_A.1.A.1.2) Finanziamento indistinto finalizzato da Regione al finanziamento degli investimenti*) è subordinata all'autorizzazione regionale della Direzione Generale competente in materia per la verifica della compatibilità tecnica.

Per quanto riguarda gli oneri conseguenti all'attivazione dell'applicativo per SegnalER, le Aziende dovranno prevedere, a valere su risorse regionali, un finanziamento per a 3.216,04 per ciascuna azienda sanitaria (totale regionale 41.808,02).

➤ **Risorse per la non autosufficienza**

Per quanto concerne il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza per l'anno 2026 e il Fondo nazionale non autosufficienza i relativi riparti tra le Aziende sanitarie saranno trasmessi con successiva comunicazione da parte del Settore regionale competente.

Le indicazioni contabili, le tempistiche di redazione dei bilanci preventivi economici 2026 e le modalità di trasmissione verranno definite con apposita nota di trasmissione da parte del Settore Gestione Finanziaria ed economica del SSR.

ALLEGATO

- **Criteri Finanziamento Livelli essenziali di assistenza**
- **Tabella A1-Finanziamento 2026: assegnazione risorse per livello di assistenza**
- **Tabella A2-Finanziamento 2026: Aziende USL**
- **Tabella A3-Finanziamento 2026: Aziende Ospedaliero-Universitarie/IRCCS**

Finanziamento livelli essenziali di assistenza

Di seguito sono illustrati i criteri utilizzati per la definizione delle risorse per ciascun livello essenziale di assistenza, di cui valori sono riportati alla Tabella A1

1° Livello: Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro

Il lavoro di revisione dei criteri di finanziamento ha evidenziato che c'è distanza tra il livello di finanziamento (5% delle risorse) ed il livello dei costi; si sono pertanto applicati i criteri specifici del livello prevenzione al 70% delle risorse assegnate, mentre il restante 30% è stato assegnato sulla base della popolazione residente aggiornata al 1.1.2025. Complessivamente, tenendo conto della quota destinata ad ARPAE per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, il 1° livello di assistenza assorbe il 5,20% delle risorse assegnate.

2° Livello: Assistenza Distrettuale

Il livello è ulteriormente suddiviso per specifiche funzioni, per ciascuna delle quali sono stati elaborati criteri puntuali, che tengono conto degli indirizzi della programmazione regionale.

- *Assistenza farmaceutica* (14% del totale complessivo). La ponderazione della popolazione è avvenuta sulla base dei consumi farmaceutici osservati (dati 1° semestre 2025) per genere e per fascia di età; le fasce di età sono le stesse utilizzate per il sub-livello specialistica ambulatoriale; la classe degli over 75 è ulteriormente disaggregata per apprezzare i consumi della fascia 74-84 ed over 85, dato l'aumento di consistenza dei consumi di questa fascia di età.
- *Medici di medicina generale* (7% del totale complessivo). Finanzia i costi delle convenzioni con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta, nonché quelli relativi alla continuità assistenziale. Per l'assegnazione si è tenuto conto dei costi sostenuti relativamente alle sole voci fisse e variabili previste dall'accordo collettivo nazionale anno 2024 (dati al 31.12.25).
- *Assistenza specialistica ambulatoriale, ospedaliera e territoriale* (14,7% del totale complessivo). Anche per questo livello di assistenza, come per la farmaceutica, dato l'aumento di consistenza e di consumi degli anziani, i pesi sono stati calcolati con la classe degli over 75 disaggregata (74-84 ed over 85). I consumi si riferiscono all'anno 2025 – flusso regionale ASA.
- *Salute mentale* (3,6% del totale complessivo). Per il livello salute mentale si è mantenuto il livello di finanziamento degli scorsi anni (3,6%) distribuito sulla base della popolazione residente al 1.1.2025 in considerazione dell'andamento delle patologie psichiatriche tra gli anziani. Queste risorse non esauriscono il finanziamento dell'assistenza psichiatrica in quanto non comprendono quella di tipo ospedaliero ed i progetti speciali;
- *Dipendenze patologiche* (1,2% del totale complessivo). Si è utilizzata la popolazione residente corretta con la prevalenza di alcool, fumo, tossicodipendenza e ludopatia. Per la prevalenza sono stati utilizzati i dati del sistema informativo SIDER, anno 2024.
- *Assistenza domiciliare e hospice under 75 anni* (0,8% del totale complessivo). Per questo livello di assistenza è stato introdotto il target di popolazione distinguendo gli under 75 anni dagli over 75 anni: la quota per over 75 anni (2,4%) è confluita nel livello dell'assistenza residenziale e semiresidenziale che rappresentava 3,3% nel 2019. Il criterio di riparto delle risorse per questa funzione si basa sulla distribuzione della popolazione residente di età 45-74 anni al 1.1.2025.
- *Assistenza sanitaria Domiciliare, semiresidenziale, residenziale ed Hospice over 75 anni* (5,7% del totale complessivo). La quota è ripartita sulla base della distribuzione della popolazione ultra 75 enne corretta con l'indice di vecchiaia riferito alla popolazione al 1.1.2025. Questo livello comprende anche l'assistenza protesica nelle strutture residenziali e semiresidenziali.

- *Altre funzioni assistenziali* (2,22% del totale complessivo) Anche in questo livello si è introdotto un Questo livello viene ripartito al 50% sulla base della popolazione residente, ed il 50% sulla base della popolazione minorenni 0-18 anni al 1.1.2025.
- *Contributo al FRNA – disabili* (1,28 del totale complessivo). Si tratta di una quota di FSN che alimenta il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza.

3° Livello: Assistenza ospedaliera

Per il riparto delle risorse tra le aziende si è utilizzata la popolazione residente al 1.1.2025, ponderata sulla base dei dati di consumo osservati per età e genere, in regime ordinario e day hospital - dati SDO 2025- con la disaggregazione, come già fatto negli anni precedenti, della fascia di età over 75 in 74-84 ed over 85; all'utilizzo dei servizi è stata applicata, per la sola degenza ordinaria, una correzione con un indicatore proxy del bisogno, rappresentato dalla radice cubica del tasso standardizzato di mortalità (SMR 2022-2024) relativo alla popolazione di età inferiore ai 75 anni.

Tabella A1-Finanziamento 2026: assegnazione risorse per livello di assistenza

Aziende USL	Prevenzione collettiva	Assistenza distrettuale									Ospedaliera	TOTALE (12)
	(1)	Farmaceutica territoriale (2)	MMG (3)	Specialistica (4)	Salute Mentale (5)	Dipendenze patologiche (6)	ADI e HOSPICE Under 75 anni (7)	Residenziale e semi- res. Adi e Hospice (over 75 anni) (8)	Altro (9)	Contributo Al FRNA disabili (10)	(11)	
Piacenza	24.579.338	69.983.768	32.721.676	73.039.291	17.834.432	5.399.084	3.946.242	28.726.574	11.338.261	5.972.954	228.329.518	501.871.139
Parma	38.801.490	107.039.131	53.899.251	113.734.057	28.488.788	9.897.334	6.162.176	38.219.064	18.422.809	9.471.135	343.291.822	767.427.058
Reggio Emilia	44.364.988	121.713.843	66.038.910	130.465.661	32.937.448	10.156.098	7.226.398	39.657.157	21.694.954	11.357.212	392.427.327	878.039.996
Modena	55.776.472	166.518.406	85.467.508	176.653.179	44.013.427	15.203.170	9.625.981	59.777.141	28.623.868	14.835.884	537.377.144	1.193.872.181
Bologna	63.963.130	214.690.091	105.809.468	225.131.746	55.243.623	17.038.197	12.020.247	90.130.576	34.559.661	18.293.847	691.400.913	1.528.281.500
Imola	9.690.916	32.423.469	15.511.066	33.842.680	8.221.475	2.746.696	1.839.034	13.243.174	5.278.254	2.772.184	103.508.106	229.077.054
Ferrara	24.770.947	90.521.231	40.162.576	92.091.993	21.105.916	6.667.539	5.031.829	52.150.104	12.509.444	7.143.320	292.650.227	644.805.126
Romagna	84.838.603	275.999.478	139.834.253	287.875.281	69.583.598	25.368.118	15.798.919	117.358.329	43.903.104	23.545.464	878.873.785	1.962.978.933
TOTALE REGIONE	346.785.884	1.078.889.418	539.444.709	1.132.833.889	277.428.707	92.476.236	61.650.824	439.262.120	176.330.354	93.392.000	3.467.858.843	7.706.352.985
Totale comprensivo di ARPAE	403.467.884											
Quote livelli di assistenza con contributo ad FRNA	4,50	14,00	7,00	14,70	3,60	1,20	0,80	5,70	2,29	1,21	45,00	100,00

(1) I criteri adottati sono specifici per funzione: Per la funzione sicurezza e igiene del lavoro sono state considerate unità produttive e addetti; per le verifiche di sicurezza si è tenuto conto degli impianti da verificare. la funzione igiene pubblica tiene conto della popolazione residente integrata con i flussi turistici e gli studenti. I criteri specifici si applicano al 70% delle risorse del livello prevenzione ed il 30% delle risorse è assegnato sulla popolazione residente al 1.1.2025

(2) La ponderazione della popolazione è avvenuta sulla base dei consumi farmaceutici osservati (dati 1° semestre 2025) per genere e per fascia di età;

(3) il riparto è effettuato sulla base della distribuzione dei costi delle voci fisse e variabili previste nell' Accordo Collettivo Nazionale Anno 2024 (dati al 31.12.25)

(4) La ponderazione della popolazione è avvenuta sulla base dei consumi desunti dalla banca dati ASA (2025)

(5) Risorse sono ripartite sulla base della popolazione residente. Non comprende i finanziamenti per l'ex O.P. finanziato ad hoc, e l'assistenza ospedaliera (SPDC e case di cura private) ricompresa nello specifico livello

(6) Il riparto è stato fatto sulla base della popolazione residente corretta con la prevalenza dei casi di dipendenza patologica - alcol, fumo, gioco e droghe nelle aziende

(7) Questo livello di assistenza è specifico per le fasce under 74 anni; il riparto è stata fatto sulla base della popolazione residente di età 45-74; comprende anche la quota di assistenza protesica.

(8) In questo livello è confluita anche l'ADI, e Hospice per anziani, oltre all'assistenza residenziale e semiresidenziale; l'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione ultra 75-enne al 1.1.2025 corretto con l'indice di vecchiaia.

(9) l'assegnazione è stata fatta per il 50% sulla base della distribuzione dei giovani di età 0-18 a sostegno delle politiche giovanili; l'altro 50% sulla base della popolazione residente al 1.1.2025

(10) L'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione residente di età 15-64 al 1.1.2025

(11) Sono stati utilizzati i consumi ospedalieri, distinti fra degenza ordinaria, corretto con il tasso di mortalità standardizzato calcolato su base triennale - 2022-2024, e day hospital.

Tabella A2-Finanziamento 2026: Aziende USL

Aziende USL	Finanziamento livelli assist. (ripartito a quota capitaria)	Quota accesso 2026	Quota capitaria di cui: personale (applicazione art. 1 c. 362 della L. 199/25)	Quota capitaria di cui: FRNA disabili 2026 (=2025)	Funzione di pronto soccorso (a quota capitaria)	Fondo perequativo	Assegnazione DL 34/2020 per anno 2026	Concorso alla realizzazione degli obiettivi di piano	Finanziamento vincolato alle Aosp-Univ. (*) (**)	Totale Finanziamento 2025	2026 Integrazione sovraziendale di funzioni tecniche, amministrative e professionali (§)	Finanziamento 2026 ammortamenti non sterilizzati ante 31.12.2009
	A		A1	A2	B	C	D	E	F	G=A+B+C+D+E+F	H	I
Piacenza (**)	501.871.139	6,51%	1.729.408	5.972.954	9.420.699	11.342.280	6.460.711	3.837.374	1.291.214	531.640.988		1.170.000
Parma	767.427.058	9,96%	1.276.455	9.471.135	14.405.489	1.687.288	2.515.856	5.867.850	12.884.615	779.018.925		392.000
Reggio Emilia	878.039.996	11,39%	3.198.929	11.357.212	16.481.821	6.825.107	8.170.294	6.713.611	1.046.255	915.184.573		4.097.200
Modena (*)	1.193.872.181	15,49%	2.337.953	14.835.884	22.410.354	8.200.160	5.674.155	9.128.506	21.289.167	1.217.996.189		1.212.377
Bologna	1.528.281.500	19,83%	4.076.015	18.293.847	28.687.602	3.392.168	12.681.779	11.685.444	17.226.427	1.567.502.067	2.085.253	9.212.000
Imola	229.077.054	2,97%	820.401	2.772.184	4.300.040	1.928.806	2.237.015	1.751.554	879.640	238.414.828	-130.623	740.212
Ferrara (**)	644.805.126	8,37%	1.341.949	7.143.320	12.103.734	4.186.745	6.099.793	4.930.266	9.585.641	662.540.023		2.277.218
Romagna	1.962.978.933	25,47%	7.213.404	23.545.464	36.847.372	23.805.785	17.582.870	15.009.199	3.417.726	2.052.806.433		9.560.602
Totale Aziende USL	7.706.352.985	100,00%	21.994.515	93.392.000	144.657.110	61.368.339	61.422.473	58.923.803	67.620.685	7.965.104.025	1.954.630	28.661.609

(*) Per quanto riguarda l'AUSL di Modena il finanziamento vincolato alle AOSPU tiene conto del passaggio dell'Ospedale di Baggiovara all'AOSPU di Modena, come indicato nella DGR 830/17 (tab.A4), per un importo pari ad € 12.020.890

(**) Per quanto riguarda l'AUSL di Ferrara il finanziamento vincolato alle AOSPU tiene conto del protocollo di intesa tra l'Azienda USL e Istituto ortopedico Rizzoli per lo sviluppo e gestione in collaborazione delle attività di ortopedia e riabilitazione presso il territorio della provincia di ferrara (progetto autorizzato con DGR n. 1015/2021) per un importo pari ad euro 605.744,88 e per quanto riguarda l'Ausl di Piacenza si tiene conto del protocollo di intesa con Istituto ortopedico Rizzoli per il progetto di realizzazione di un polo ortopedico e riabilitativo dell'istituto ortopedico rizzoli di bologna presso l'azienda usl di piacenza (progetto autorizzato con deliberazione di giunta regionale n. 1471/24) per un importo pari ad euro 242.956,00.

Tabella A3-Finanziamento 2025: Aziende Ospedaliero-Universitarie/IRCCS

Aziende	Finanziamento per funzioni 2026	di cui: personale (applicazione art. 1 c. 362 della L. 199/25)	IRCCS (=2025) ex art.11 del D.Lgs. 200/2022	Finanziamento per funzione di Pronto Soccorso	Fondo perequativo	Contributi 2025 a carico AUSL (*) (**)	Assegnazione DL 34/2020 per anno 2026	TOTALE FINANZIAMENTO 2026	2026 Integrazione sovraziendale di funzioni tecniche, amministrative e professionali	Finanziamento 2026 ammortamenti non sterilizzati ante 31.12.2009
	A	A1	B	C	D	E	F	G=A+B+C+D+E+F	H	I
Aosp-Univ. Parma	45.979.424	1.940.502		12.621.387	3.365.446	15.978.550	4.013.247	81.958.054		705.000
Aosp-Univ. Modena (*)	38.457.698	1.844.173		14.127.347	3.830.905	21.853.013	5.376.019	83.644.982		4.503.306
Aosp-Univ. Bologna	74.010.071	2.392.938	3.218.201	13.486.687	1.800.644	19.772.356	7.869.153	120.157.112	-1.674.051	3.754.294
Aosp-Univ. Ferrara	31.934.725	1.204.711		14.095.609	2.557.469	9.168.065	1.494.779	59.250.647		52.404
Ist. Ort. Rizzoli (**)	15.116.323	623.160	2.032.418	2.780.627		848.701	300.169	21.078.238	-280.579	202.826
Totale Az. Osp +Rizzoli	205.498.240	8.005.485	5.250.620	57.111.657	11.554.463	67.620.685	19.053.368	366.089.032	-1.954.630	9.217.830

(*) Nei contributi a carico AUSL per quota riguarda l'AOSPU di Modena il finanziamento tiene conto del passaggio dell'Ospedale di Baggiovara all'AOSPU di Modena (cfr. DGR 830/17 (tab.A4), per un valore pari a € 12.020.890)

(**) Nei contributi a carico AUSL, per quanto riguarda l'Istituto Ortopedico Rizzoli si tiene conto del protocollo di intesa tra l'Azienda USL di Ferrara e Istituto ortopedico Rizzoli per lo sviluppo e gestione in collaborazione delle attività di ortopedia e riabilitazione presso il territorio della provincia di ferrara (progetto autorizzato con deliberazione di giunta regionale n. 1015/2021) per un importo pari ad euro 605.744,88. Si tiene altresì conto del protocollo di intesa tra l'Azienda USL di Piacenza e Istituto ortopedico Rizzoli per il progetto di realizzazione di un polo ortopedico e riabilitativo dell'istituto ortopedico rizzoli di bologna presso l'azienda usl di piacenza (progetto autorizzato con deliberazione di giunta regionale n. 1471/24) per un importo pari ad euro 242.956,00.

ALLEGATO B
GLI OBIETTIVI DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA REGIONALE 2026

Premessa	3
1. Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	5
1.1. Approccio innovativo del Dipartimento di Sanità Pubblica, prevenzione e promozione della salute.....	5
1.2. Prevenzione.....	7
1.3. Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita	18
2. Assistenza Territoriale	21
2.1. Potenziamento dell'assistenza territoriale	21
2.2. Rete delle Cure palliative.....	22
2.3. Assistenza Domiciliare Integrata - Continuità assistenziale.....	22
2.4. Percorso nascita	22
2.5. Percorso IVG	23
2.6. Attività rivolte agli adolescenti/giovani adulti	23
2.7. Contrasto alla violenza	24
2.8. Garanzia dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale	24
2.9. Salute mentale	27
2.10. Riorganizzazione residenzialità sanitaria e sociosanitaria Salute mentale adulti, Dipendenze patologiche, NPIA.....	27
2.11. Budget di salute	29
2.12. Psicologia emergenza.....	29
2.13. Infettivologia dipendenze patologiche	30
2.14. Salute nelle carceri	30
2.15. Servizi sociosanitari per la non autosufficienza.....	31
2.16. Telemedicina	34
3. Assistenza Ospedaliera	35
3.1. Emergenza-urgenza ospedaliera	35
3.2. Percorso chirurgico	37
3.3. Tempi di attesa	38
3.4. Piattaforme operative diagnostiche e terapeutiche (NGS)	39
3.5. Indicatori DM 70/2015: volumi ed esiti.....	40
3.6. Reti cliniche di rilievo regionale.....	42
3.7. Attività trapiantologica	47

3.8.	Controlli sanitari interni ed esterni e codifica delle schede di dimissione ospedaliera.....	48
3.9.	Adempimenti relativi al sistema di classificazione delle diagnosi e delle procedure	49
3.10.	Accreditamento	49
3.11.	Sicurezza delle cure	50
3.12.	Migranti e Vulnerabilità	53
4.	Governo dei farmaci e dei dispositivi medici	54
4.1.	Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna	54
4.2.	Obiettivi di appropriatezza dell'assistenza farmaceutica	55
4.3.	Attività trasfusionale	61
4.4.	Dispositivi medici e dispositivo-vigilanza	62
5.	Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa	68
5.1.	Miglioramento nella produttività e nell'efficienza degli Enti del SSN, nel rispetto del pareggio di bilancio e della garanzia dei LEA.....	68
5.2.	Il Governo dei processi di acquisto di beni e servizi	78
5.3.	Il Governo delle Risorse Umane	79
5.4.	Programma regionale gestione diretta dei sinistri	84
5.5.	Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza	85
5.6.	Sistema di audit interno	85
5.7.	Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali	86
5.8.	Adempimenti relativi alla normativa in materia di inclusione e accessibilità	87
5.9.	Piattaforme informatiche più forti ed investimenti in biotecnologie e strutture per il rilancio del SSR.....	87
6.	Ricerca e innovazione nei Servizi Sanitari e Sociali.....	96
6.1.	Le azioni per lo sviluppo della Ricerca nel SSR	96
6.2.	Innovazione nei servizi sanitari e sociali	100
6.3.	Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento	103
6.4.	La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie.....	103

Premessa

Il presente quadro programmatico annuale è stato predisposto in coerenza con il Programma di mandato della Giunta Regionale per la corrente legislatura, che contiene le fondamentali linee di indirizzo per il Servizio Sanitario Regionale, e degli obiettivi di mandato dei Direttori Generali e dei Commissari Straordinari delle Aziende sanitarie che costituiscono indicazioni di carattere strategico.

La programmazione annuale 2026 declina nel dettaglio le azioni che le Aziende del Servizio Sanitario Regionale devono attivare per raggiungere gli obiettivi, in una logica che ottimizzi le risorse disponibili con il fine di garantire ai cittadini dell'Emilia-Romagna un accesso universalistico, equo e sicuro alle cure.

Il riferimento sul quale incardinare la programmazione sanitaria del 2026 resta sempre e comunque il Documento di Economia e Finanza Regionale (DEFER) che, in coerenza con il programma di mandato, la Giunta regionale annualmente predispone, documento che delinea, nel caso specifico, le politiche sanitarie e i macro-obiettivi sistemici da perseguire.

È necessario, in particolare, considerare che le Aziende sanitarie sono impegnate nella messa in atto di interventi per il potenziamento dell'assistenza territoriale per raggiungere progressivamente gli standard previsti dal Decreto Ministeriale n. 77/2022, attraverso l'adeguamento del modello organizzativo-assistenziale, nonché per la completa realizzazione degli interventi (Case della Comunità e Ospedali di Comunità) oggetto di finanziamento PNRR. Inoltre, le aziende sono chiamate ad implementare a livello locale quanto previsto dagli accordi per la medicina convenzionata siglati nel 2026 con particolare riferimento alla piena implementazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT). Proseguiranno anche nel 2026 le azioni volte al contenimento dei tempi d'attesa sia per le prestazioni ambulatoriali che per i ricoveri chirurgici programmati. Le aziende sono altresì impegnate a promuovere ulteriormente l'accesso appropriato al Pronto Soccorso in modo tale da ridurre i tempi di permanenza dei pazienti in Pronto Soccorso, anche mediante la progressiva realizzazione delle centrali operative 116117 (Numero Europeo Armonizzato) per le cure mediche non urgenti e per tutte le esigenze sanitarie o socio-sanitarie, e mediante le aggregazioni funzionali territoriali, migliorando complessivamente il tempo risposta al bisogno di salute. Si sottolinea anche la rilevanza delle attività connesse al rafforzamento delle strategie di promozione della salute e prevenzione, anche attraverso l'approccio *One health*. Con riferimento all'assistenza farmaceutica si evidenziano altresì le attività di promozione dell'uso corretto e sicuro dei farmaci, dell'aderenza terapeutica e dell'appropriatezza prescrittiva. Inoltre, si evidenzia il potenziamento delle azioni volte a consolidare e sviluppare ulteriormente il sistema di Ricerca e Innovazione regionale.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) è parte di una più ampia strategia per l'ammmodernamento del Paese. La Missione che direttamente coinvolge la Direzione Cura della Persona, Salute e Welfare e le Aziende sanitarie è la Missione SALUTE i cui interventi dovranno essere completati nel corso del 2026 nei diversi ambiti (le Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale, Innovazione ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero).

Con riferimento alla garanzia della sostenibilità economica sarà valutata sia la capacità delle Aziende sanitarie di rispettare l'obiettivo economico-finanziario assegnato e in particolare gli obiettivi di budget specificamente assegnati con riferimento ai principali fattori produttivi che concorrono al maggior assorbimento di risorse, sia la capacità di perseguire tale obiettivo individuando e realizzando con tempestività tutte le azioni possibili a livello aziendale, assicurando contestualmente il rispetto della programmazione sanitaria regionale e degli obiettivi di salute ed assistenziali assegnati quali obiettivi di mandato.

Per quanto riguarda, infine, la struttura degli obiettivi di programmazione annuale, visto il consolidamento del sistema di misurazione e valutazione del Servizio Sanitario Regionale, così come declinato nella DGR n. 819 del 31.05.21 recante "Linee guida per lo sviluppo del sistema di misurazione e valutazione della performance nelle aziende e negli enti del SSR" e nella DGR n. 990

del 19 giugno 2023 recante "Linee guida per la predisposizione del PIAO - Piano integrato di attività e organizzazione nelle aziende e negli enti del SSR", così come modificata dalla DGR n. 973/2025, si conferma l'impostazione definita nel corso degli ultimi anni in base alla quale gli obiettivi della programmazione annuale sono enucleati sulla base delle principali dimensioni della performance delle Aziende Sanitarie su cui è effettuata la valutazione delle stesse e individuando specifici indicatori e target per ogni obiettivo indicato, correlando pertanto in maniera stringente il sistema di programmazione con il sistema di misurazione e valutazione della performance delle Aziende Sanitarie. Nel corso del 2026 si consoliderà l'attività periodica di monitoraggio degli indicatori al fine di favorire un percorso di miglioramento continuo delle performance. Inoltre, sono stati indicati, laddove presenti, gli indicatori proposti dal Nuovo Sistema di Garanzia (di cui al DM 12.03.19)¹ in quanto le Aziende dovranno mettere in campo le azioni finalizzate a garantire il raggiungimento degli obiettivi a livello regionale e superare positivamente la valutazione degli adempimenti 2026 a cui verrà sottoposta la Regione Emilia-Romagna, ai sensi di quanto previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

¹ Si evidenzia al riguardo che, qualora in corso d'anno il Comitato LEA aggiorni la lista degli indicatori Core del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), tale aggiornamento sarà tempestivamente comunicato alle aziende sanitarie al fine di poter garantire alla Regione il superamento della valutazione degli adempimenti 2026

1. Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

1.1. Approccio innovativo del Dipartimento di Sanità Pubblica, prevenzione e promozione della salute

1.1.1. Piano Regionale della Prevenzione

Il Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025, approvato con D.G.R. 2144 del 20/12/2021 unitamente agli indirizzi per la sua governance approvati con D.G.R. 58 del 24/01/2022, è terminato al 31 dicembre 2025.

Preso atto della necessità di prorogare al 2026 alcune azioni, attivate nei Programmi del Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025, nelle more dell'elaborazione, approvazione e adozione del nuovo Piano nazionale della prevenzione con D.G.R. 2210 del 22/12/2025 è stato approvato il Documento "Piano Regionale della Prevenzione 2026. Un ponte verso il nuovo PRP 2027-2031" che definisce le attività trasversali nonché, per ciascun Programma che compone il PRP, azioni e obiettivi, individuando anche gli indicatori assegnati al livello locale per il monitoraggio dell'attuazione degli interventi previsti dal Piano medesimo.

Tutto ciò premesso, per il 2026, si conferma la richiesta alle Aziende sanitarie di porre specifica attenzione alla progettazione e realizzazione delle azioni trasversali in ciascuno dei Programmi del PRP e si richiede di contribuire al raggiungimento degli indicatori a livello locale come definiti nel documento di governance di cui alla DGR 58 del 24/01/2022. Si chiede inoltre di rispondere nei tempi stabiliti dalla Cabina di Regia, di cui alla determinazione 24473/2021, alla richiesta di rendicontazione degli indicatori locali.

Indicatore	Target
IND1125 - Raggiungimento degli indicatori locali definiti nel documento di governance di cui alla D.G.R. 58/2022 come di competenza delle Aziende sanitarie	90%

1.1.2. Legge Regionale n. 19/2018 "Promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e prevenzione primaria"

La salute è il risultato di un processo complesso e dinamico che implica interdipendenza tra fattori e determinanti personali, socioeconomici e ambientali. Ne consegue quindi che le politiche di prevenzione sono più efficaci se non sono rivolte solo all'individuo ma hanno anche carattere strutturale ed economico e sono il risultato di alleanze strategiche tra Assessorati, Direzioni tecniche e Istituzioni esterne alla macchina regionale, secondo un approccio che trae ispirazione da quanto realizzato per formulare il Patto per il lavoro e il Clima e per la redazione e condivisione della strategia regionale per l'Agenda 2030. Per agire efficacemente su tutti i determinanti di salute è necessario poi un approccio metodologico One-Health che metta in sinergia il contributo di tutte le competenze professionali necessarie, anche al di fuori dell'ambito strettamente sanitario. Questa è la visione sostenuta dalla L.R. n. 19/2018 che promuove salute in tutte le politiche.

A livello locale diventa strategica la definizione degli "Accordi operativi per la salute di comunità", previsti dalla L.R. 19/2018, allo scopo di definire obiettivi e iniziative comuni tra i soggetti del territorio che possono contribuire a progettare e attuare gli interventi del Piano della Prevenzione. Nell'ambito di tali Accordi, gli Enti Locali e le Aziende UsI possono istituire Tavoli multisettoriali locali di coordinamento delle politiche di promozione della salute e prevenzione, per l'integrazione e la cooperazione, coinvolgendo anche i diversi soggetti del territorio che possono contribuire allo sviluppo di iniziative volte alla promozione della salute delle comunità locali.

Anche nel 2026 verranno sostenute iniziative e progettualità in relazione alla Legge alla cui attuazione le Aziende sanitarie dovranno assicurare la propria collaborazione anche in riferimento ai finanziamenti assegnati e concessi con D.G.R. 1131 del 14/07/2025.

Indicatore	Target
DES0001 - Attivare in ogni AUSL un accordo operativo per il coordinamento delle attività di promozione della salute e prevenzione con il coinvolgimento dei vari soggetti del territorio (Comuni, Istituti scolastici, associazionismo ecc.)	Sì

1.1.3. *Promozione della salute*

La prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili richiede molteplici interventi di promozione di stili di vita salutari di cui alcuni possono anche contribuire a mitigare il cambiamento climatico e ridurre l'inquinamento, attraverso la cosiddetta politica dei co-benefici.

Il SSR svilupperà alleanze con il mondo della scuola, con quello del lavoro e del volontariato per moltiplicare iniziative di informazione e formazione mirate a tutte le fasce di età della popolazione, avendo come obiettivi prioritari il contrasto e la prevenzione dei comportamenti a rischio per un rapporto cordiale e consapevole con l'alimentazione, per l'astensione dal fumo di sigaretta, per prevenire gli abusi alcolici e l'uso di sostanze psicoattive.

Va potenziata anche l'alleanza tra Dipartimento di Sanità pubblica e Case della Comunità attraverso l'avvio operativo di azioni di avviso motivazionale in contesti opportunistici con il coinvolgimento del personale appositamente formato e in grado di supportare scelte di cambiamento raccordandole con la conoscenza (e la promozione attiva) delle opportunità offerte nel territorio per contrastare i comportamenti a rischio per la salute.

Vanno sviluppate iniziative che sostengano fattivamente le scuole aderenti alla Rete regionale Scuole che promuovono salute in stretta collaborazione con il Tavolo regionale di cui all'art. 13 della L.R. 19/2018 presieduto dall'Assessore alla scuola.

1.1.4. *Epidemiologia e sistemi informativi*

Per le attività di prevenzione, ai fini del monitoraggio e della valutazione dei risultati, è strategica la disponibilità dei dati derivati dai sistemi informativi e di sorveglianza, promuovendoli e valorizzandoli per il necessario e corretto funzionamento di tutte le funzioni che ne derivano (conoscenza, azione, governance ed empowerment). A livello regionale sono già presenti numerosi sistemi informativi e banche dati aggiornate. È essenziale che questo patrimonio informativo sia mantenuto e implementato in una visione unitaria, a supporto dei programmi di sanità pubblica, nonché dell'implementazione della L. R. 19/2018 sulla promozione della salute citata in premessa.

È importante pensare allo sviluppo tecnologico anche nel settore della produzione, interpretazione e uso delle informazioni utili per la prevenzione. Ci si deve dare l'obiettivo di sviluppare strumenti per aiutare gli operatori nelle attività di prevenzione e per monitorare i risultati. In questo senso il progetto di profilo di salute on-line che è in fase finale di realizzazione ma anche il nuovo sistema informativo della prevenzione potranno essere strumenti utili per aiutare le comunità a mettere a fuoco i bisogni di salute e monitorare i processi attuati in risposta.

Per le attività intersettoriali si suggerisce di razionalizzare i sistemi informativi già esistenti (non solo quelli sanitari) e integrarli in una logica di rete per sfruttarne appieno il potenziale informativo. È in questa logica, ad esempio, che il sistema regionale SRPS ha approvato, nell'ambito delle risorse assegnate con l'investimento 1.1 del PNC-PNRR, la realizzazione di un sistema informativo che integri i dati analitici dei diversi enti rendendone possibile una lettura e interpretazione in un'ottica One Health definendo un nuovo rapporto con gli enti preposti alla tutela e salvaguardia della salute e dell'ambiente.

Si rammenta inoltre che, come da Determina n.24414 del 15/11/2024, è stata istituita la Cabina di Regia per la realizzazione del Progetto Regionale "Portale della Sanità Pubblica (ER-PSP)" e si invitano le Aziende USL alla massima partecipazione ai Tavoli Servizi Verticali atti a verificare il corretto funzionamento delle integrazioni con gli altri sistemi informativi sanitari di riferimento, di verificare la corretta implementazione dell'applicativo all'interno della propria Azienda USL e di raccogliere specifiche esigenze.

Inoltre, le Aziende si impegnano a garantire, con adeguata qualità nella compilazione e tempestività nella trasmissione delle informazioni, l'alimentazione dei seguenti sistemi di sorveglianza: *Sistema di Sorveglianza degli stili di vita* (PASSI, PASSI d'Argento) e il *Registro regionale di mortalità*.

Per quanto riguarda la Sorveglianza PASSI l'accuratezza e tempestività nella raccolta delle informazioni è funzionale anche al calcolo dell'indicatore composito sugli stili di vita NSG - P14C del Nuovo sistema di garanzia.

Indicatori	Target
IND0707 - % realizzazione interviste PASSI programmate (<i>anno 2026</i>)	≥ 95% al 28 febbraio 2027
IND1030 - % realizzazione interviste PASSI d'Argento programmate (<i>anno 2026</i>)	≥ 95% al 28 febbraio 2027
P14C - NSG - Indicatore composito sugli stili di vita: Proporzioni di soggetti con comportamenti/stili di vita non salutari ²	Valore ottimale ≤ 25%; valore accettabile ≤ 40%
DES0002 – Assicurare la partecipazione ai Tavoli Servizi Verticali del Progetto Regionale "Portale della Sanità Pubblica (ER-PSP)"	Sì

A partire dal 2026 verrà avviato il progetto di indagine sulla salute della popolazione carceraria in Emilia-Romagna (PASSI Carcere) in collaborazione con altre realtà nel territorio nazionale e che vedrà il coordinamento da parte dell'Istituto Superiore di Sanità.

1.2. Prevenzione

1.2.1. Vaccinazioni

Il nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV 2023-25) è stato approvato dalla Conferenza Stato Regione e Province Autonome il 2 agosto 2023 e prorogato il 18 dicembre 2025 per un anno, isorisorse, con l'intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sulla proposta del Ministro della salute. L'offerta vaccinale prevista è ricompresa interamente nei LEA per le classi di età e le categorie a rischio ivi contenute inoltre sono attese indicazioni di tipo organizzativo relativamente a formazione e all'accesso alle prestazioni. La Regione monitora il raggiungimento dei target soprattutto delle coperture vaccinali per età e implementa il cruscotto per la valutazione in tempo reale delle coperture per alcune categorie di pazienti o di alcune coorti di nascita (24 mesi – vaccinazioni obbligatorie ai sensi della L. 119/2017). La Regione monitora altresì le coperture vaccinali, previste dal PNPV, nella popolazione con specifiche condizioni di rischio per patologia cronica. Si rafforza l'offerta de-stagionalizzata per la vaccinazione antipneumococcica e contro Herpes zoster (coorti 1952-1961).

²A livello regionale la fonte dei dati per il calcolo di questo indicatore sarà la Sorveglianza PASSI.

Continua l'offerta delle campagne di immunizzazione stagionali anti-influenzale, anti-COVID-19 e anti-Virus Respiratorio Sinciziale in base alle indicazioni ministeriali annuali, all'andamento epidemiologico e alla disponibilità di vaccini/anticorpi di nuova generazione. La Regione ne monitora approvvigionamenti e coperture.

Per il 2026 le Aziende sanitarie dovranno:

- garantire quanto indicato dal Ministero della Salute e dalla Regione relativamente alle vaccinazioni previste da piani nazionali;
- applicare il Documento tecnico regionale contenente le raccomandazioni e offerte vaccinali per condizioni di rischio 2023-2025;
- efficientare le modalità di approvvigionamento delle vaccinazioni previste per la campagna antinfluenzale stagionale.
- garantire almeno il 95% di copertura vaccinale a 24 mesi di vita per la vaccinazione esavalente (difterite-tetano-pertosse-polio-emo-filo-epatite B);
- garantire almeno il 95% di copertura vaccinale a 24 mesi di vita per la vaccinazione trivalente (morbillo-parotite-rosolia e varicella, per i nati dal 2017);
- garantire l'andamento crescente percentuale delle coperture per le vaccinazioni raccomandate per coorte e agli utenti con patologie croniche, anche prevedendo modelli organizzativi di rete atti al rafforzamento dell'offerta;
- garantire il proseguimento dell'attività prevista per la piena attuazione della L. 119/2017, in particolare relativamente alla gestione degli inadempienti e ai recuperi vaccinali;
- perseguire il miglioramento dell'offerta vaccinale (influenza e pertosse) alla donna in gravidanza;
- perseguire il miglioramento delle coperture vaccinali per influenza negli over sessantenni, pneumococco e herpes zoster per la coorte dei sessantacinquenni (come previsto dal PNPV) agendo sulle attività ambulatoriali e le collaborazioni dei medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, farmacie e armonizzare i percorsi di accesso e di erogazione (ospedalieri o territoriali *ad hoc*);
- implementare i percorsi d'accesso e garantire il mantenimento delle offerte attive e gratuite relativamente alla vaccinazione HPV;
- garantire l'attuazione del Piano di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita.

Nel 2026, continuerà ad essere garantito il monitoraggio, oltre a tutte le azioni correttive necessarie, per il corretto invio delle informazioni vaccinali attraverso l'Anagrafe Vaccinale Regionale *Real Time* (AVR-RT) per alimentare l'Anagrafe Vaccinale Nazionale.

Indicatori	Target
P01C - NSG – Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) - <i>coorte di nascita 2024</i>	≥ 95%
P02C - NSG – Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) - <i>coorte di nascita 2024</i>	≥ 95%
IND1034 - Copertura nella popolazione di età = 65 anni per il vaccino coniugato contro lo pneumococco	≥ 40% con evidenza di un aumento percentuale rispetto all'anno precedente
IND1035 - Copertura nella popolazione di età = 65 anni per il vaccino contro l'herpes zoster	≥ 35% con evidenza di un aumento percentuale rispetto all'anno precedente

Indicatori	Target
IND1039 - Copertura nella popolazione di età compresa tra 65 e 74 anni (coorti 1952-1961) per il vaccino coniugato contro lo pneumococco	≥ 40% con evidenza di un aumento percentuale rispetto all'anno precedente
IND1060 - Copertura nella popolazione di età compresa tra 65 e 73 anni (coorti 1953-1961) per il vaccino contro l'herpes zoster	≥ 35% con evidenza di un aumento percentuale rispetto all'anno precedente
IND1036 - Riallineamento dei flussi informativi tra Anagrafe vaccinale aziendale e AVR-RT	< 0,2% di dati in warning rispetto all'erogato
P05C – NSG - Copertura vaccinale anti - HPV al quindicesimo anno di vita (coorte 2011)	≥ 95%
IND1214 – Copertura nella popolazione di età maggiore uguale a 65 anni per il vaccino contro l'influenza	≥ 60%
IND1215 – Vaccini individuati per la campagna antinfluenzale stagionale giacenti (non erogati) sul totale degli ordinati	<8%

1.2.2. Sorveglianza malattie infettive

Va garantita l'attività di sorveglianza e controllo per l'emergenza COVID-19 ed in particolare la completezza e la tempestività di tutti i flussi informativi richiesti.

Per il raggiungimento degli obiettivi di sorveglianza e controllo è necessario realizzare una forte integrazione con i Servizi ospedalieri e territoriali che hanno in carico i malati.

Vanno aggiornate ove necessario le azioni necessarie all'applicazione a livello locale (Piani Operativi Locali) del Piano strategico operativo di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale in accordo con quanto previsto dal piano regionale e nazionale, garantendo le scorte di DPI, le dotazioni di strumentazioni di laboratorio e di reagenti e l'operatività dei Laboratori di riferimento specificamente individuati. Vanno realizzate iniziative di formazione rivolte agli operatori sanitari. Qualora nel corso dell'anno sia emanato il *Piano strategico operativo di preparazione e risposta ad una pandemia da patogeni a trasmissione respiratoria a maggiore potenziale pandemico 2025-2029* potranno essere richieste ulteriori azioni.

Nell'ambito delle azioni strategiche previste della fase inter-pandemica si rende necessario rafforzare la sorveglianza delle forme simil-influenzali, per valutarne l'andamento epidemiologico e intercettare precocemente la diffusione di nuovi virus respiratori, influenzali o di altra eziologia. Per l'adempimento di questi obiettivi va pertanto rafforzata la sorveglianza RespiVirNet, promuovendo la partecipazione sul territorio dei Medici Sentinella e sostenendo le attività previste dalla sorveglianza virologica, quali in particolare esecuzione e trasporto dei tamponi al laboratorio di riferimento regionale.

Tra le azioni e gli obiettivi contenuti nel PRP ponte (DGR 2210 del 22 dicembre 2025 *"Piano Regionale della Prevenzione 2026. un ponte verso il nuovo PRP 2027-2031"*. *Proroga del Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 al 31 dicembre 2026*) è prevista per l'anno 2026 una esercitazione relativa alle azioni da mettere in campo a seguito della segnalazione di un focolaio da virus influenzale aviario H5N1.

Va assicurata un'efficace *azione di sorveglianza e controllo delle malattie infettive e parassitarie*, attuando i piani regionali e nazionali specifici di controllo o di eliminazione e garantendo tempistiche,

procedure operative e integrazione professionale adeguate, in applicazione a quanto indicato dalla DGR n. 991 del 19 giugno 2023 e dalla Determinazione n. 15900 del 20 luglio 2023. Va particolarmente presidiata la tempestività e completezza delle segnalazioni delle malattie infettive al Dipartimento di Sanità Pubblica con conferma, ove previsto, da parte Laboratorio di Riferimento Regionale, al fine di consentire l'adozione delle necessarie misure di profilassi e controllo a tutela della collettività che in alcuni casi, come le malattie trasmesse da vettori, richiedono l'attivazione tempestiva dei Comuni per le misure di loro competenza.

Va rafforzata l'attività di sorveglianza a supporto di piani di eliminazione/eradicatione di specifiche malattie infettive, quali il morbillo, la rosolia congenita, la pertosse e la poliomielite; inoltre va assicurato l'invio, ove previsto, dei campioni ai laboratori di riferimento regionali per la conferma diagnostica, secondo le tempistiche adeguate.

Al fine di monitorare la qualità dei dati inseriti nell'applicativo SMI per perseguire un miglioramento costante, a partire da quest'anno è stato implementato un indicatore di monitoraggio relativo alla qualità delle informazioni riportate nelle schede SMI, con particolare riferimento alle malattie infettive oggetto delle sorveglianze speciali. Si ricorda il ruolo dei referenti aziendali SMI, nel garantire la qualità dei dati epidemiologici, anche attraverso la formazione continua degli operatori e l'interfaccia con il livello regionale.

Visto l'andamento epidemiologico dei casi di arbovirosi e che nel corso del 2025 si è verificato in provincia di Modena un importante focolaio a trasmissione autoctona di Chikungunya che ha visto la diffusione ad ulteriori 3 province della Regione con rilevanti ricadute sanitarie, di impatto ambientale e sulle attività economiche, si rappresenta la necessità di migliorare da parte delle Aziende Sanitarie la gestione dei casi umani, in particolare nel periodo sorveglianza sanitaria potenziata (periodo di attività del vettore). Nello specifico per Chikungunya-Dengue-Zika dovranno essere attuati dalle Aziende interventi di formazione verso i medici che possono porre il sospetto diagnostico, al fine di garantire le attività sanitarie previste dal Piano Arbovirosi Regionale dell'anno in corso, per permettere di attuare gli interventi di disinfestazione ove necessario e con le tempistiche corrette.

Vanno garantiti i percorsi diagnostico-terapeutici per gli utenti con infezioni sessualmente trasmissibili (IST) definiti come da indicazioni regionali, tenendo conto di un approccio multidisciplinare e della rete delle competenze aziendali e/o interaziendali, assicurando inoltre la segnalazione al DSP competente da parte dei clinici attraverso l'applicativo web SMI di tutti i casi diagnosticati di malattia sessualmente trasmessa.

Nell'ambito della sorveglianza dell'infestazione da acaro della scabbia, con DGR 676/2025, sono state fornite le indicazioni regionali per l'erogazione gratuita e diretta dei farmaci ad azione scabicide e le formulazioni farmaceutiche utilizzabili come da documento adottato dalla CRF. Per la corretta attuazione della DGR va rinforzato il ruolo centrale del Servizio di Igiene e Sanità pubblica quale "case manager" dei casi nell'ambito territoriale e garantito uno stretto monitoraggio della appropriata erogazione dei farmaci e della relativa spesa sanitaria.

Vanno assicurate le attività di sorveglianza, prevenzione e promozione della salute nell'ambito della governance multilivello e nelle equipe multidisciplinari che garantiscono l'offerta di salute a migranti e soggetti vulnerabili.

Vanno aumentate le competenze in materia di prevenzione e controllo delle malattie trasmesse da alimenti degli operatori sanitari di SISP e dei servizi preposti alla sicurezza alimentare (SIAN, SVET) attraverso iniziative mirate di formazione. Nelle Procedure Dipartimentali di Gestione dei focolai di Malattie a Trasmissione Alimentare (MTA), va dato rilievo al ruolo di case manager del referente MTA aziendale, al fine di ridurre le criticità legate alla gestione degli eventi e di rispondere ai debiti informativi verso il livello nazionale ed europeo. Va inoltre migliorata la qualità della sorveglianza delle MTA avvalendosi del Centro di Riferimento Regionale per gli Enteropatogeni che integra la sorveglianza di laboratorio medica e veterinaria.

Vanno consolidate le azioni per dare piena attuazione alle indicazioni della DGR n.828/2017 "Approvazione delle Linee Guida regionali per la sorveglianza e il controllo della legionellosi". Nelle

Aziende Sanitarie va migliorato il processo di valutazione del rischio legionella attraverso un approccio multidisciplinare, garantendo la presenza nel Gruppo di valutazione del rischio di tutte le professionalità necessarie ad affrontare il problema nella sua complessità.

In applicazione al D.M. 14 maggio 2021 e successive proroghe e DGR n. 1774 del 2 novembre 2021 va garantita l'effettuazione dello screening attivo e gratuito per infezione da HCV nella popolazione generale (1969-1989), nei soggetti afferenti al SerDP e nella popolazione detenuta nelle carceri. Per target SerDP e Carcere l'offerta dovrà comunque essere coerente con le Linee guida relative agli screening infettivologici previste per le popolazioni di riferimento.

Indicatori	Target
DES0160 – Garantire almeno un evento formativo su Chick-Dengue-Zika rivolto a clinici, medici di PS e CAU, MMG, PLS e MCA al fine di assicurare la tempestiva segnalazione dei casi sospetti	100%
DES0161 – Definire con atto formale l'affidamento dell'attività di Trasporto di Campioni Urgenti per Arbovirus verso il Laboratorio di riferimento regionale CRREM	100%
DES0162 – Partecipare alle esercitazioni regionali SIMEX in tema di attuazione dei protocolli di gestione di casi/focolai di malattie infettive con rilevanti ricadute sulla salute pubblica (Es. Arbovirus)	100%
IND1216 – Garantire la tempistica massima di 36 ore dal sospetto clinico di Chick-Dengue -Zika all'accettazione del campione di conferma del caso da parte del Laboratorio di riferimento regionale CRREM	Valore ottimale =100%
IND1032 - Screening HCV sulla popolazione generale: percentuale di popolazione target (tutta la popolazione iscritta all'anagrafe sanitaria, inclusi gli Stranieri temporaneamente presenti, e nata dal 1969 al 1989) che ha effettuato test di screening nel periodo oggetto di osservazione (01/01/2022-31/12/2026)	Valore ottimale \geq 50%; valore accettabile \geq 45%; valore sufficiente \geq 40%
DES0006 - Redazione della relazione annuale delle attività delle reti IST utilizzando il format regionale e trasmissione della stessa entro 31 gennaio 2027	100%
IND1033 - Copertura media sistema sorveglianza RespiVirNet: Numero medio di persone assistite da MMG o PLS sentinella afferenti alla rete RespiVirNet ed attivi durante il periodo di sorveglianza/popolazione residente nel territorio dell'Azienda USL	\geq 4%
IND1062 - Indicatore composito sulla qualità delle schede inserite nel sistema informativo regionale "Sorveglianza Malattie Infettive (SMI)"	\geq 95%
DES0005 – Utilizzo da parte dei Centri IST del sistema informativo regionale "Sorveglianza Malattie Infettive (SMI)" per la segnalazione delle Infezioni Sessualmente Trasmissibili (IST)	(Si/No) 100%

1.2.3. Screening oncologici e Registro regionale dei tumori

1.2.3.1 Screening oncologici

Relativamente ai tre programmi di screening oncologici è necessario raggiungere o mantenere, nelle Aziende Sanitarie regionali, i livelli di copertura raccomandati nella popolazione target, assicurando il rispetto degli specifici protocolli e garantendo il monitoraggio e la valutazione dell'intero percorso e degli standard di performance.

Va proseguita la collaborazione con i Dipartimenti di Sanità Pubblica per l'offerta della vaccinazione anti HPV alle donne di 25 anni non precedentemente vaccinate e a quelle con lesioni specifiche riscontrate allo screening.

Nel 2025 è iniziata, come da DGR 2009 del 27/11/2023 e DGR 1571 del 08/07/2024, l'estensione graduale dello screening coloretale alla fascia 70-74 anni con l'invito alle coorti di nascita del 1951 e del 1955, nel 2026 occorre proseguire con l'invito alle coorti del 1952 e del 1956, quest'ultima in continuità con la scadenza biennale dal precedente test del sangue occulto eseguito o dall'ultimo invito per i non aderenti.

Gli indicatori previsti riguardano la copertura ricavata dalla rilevazione puntuale regionale al 1° gennaio 2027 che può essere considerata un proxy della copertura dell'indicatore NSG dell'anno 2026, che viene calcolato dal Ministero della Salute successivamente.

I valori per lo screening della cervice uterina e del colon retto sono: valore accettabile $\geq 50\%$ e valore ottimale $\geq 60\%$; per lo screening mammografico valore accettabile $\geq 60\%$ e valore ottimale $\geq 70\%$. Per il 2026, in continuazione con gli obiettivi previsti nel programma libero screening oncologici (PL13) del Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025, per tutte le AUSL, si richiede per lo screening mammografico almeno un incremento rispetto al valore ottimale; pertanto, il target è $> 70\%$; per lo screening della cervice uterina e del colon retto lo stesso obiettivo dell'anno precedente e cioè, rispettivamente, $\geq 60\%$ e $> 50\%$.

Indicatori	Target
IND0761 - Screening mammografico: % di popolazione target (donne di 45-74 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale)	$> 70\%$
IND0762 - Screening cervice uterina: % di popolazione target (donne di 25-64 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale)	$\geq 60\%$
IND0763 - Screening coloretale: % di popolazione target (persone di 50-69 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale)	$> 50\%$
P15C - NSG - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella e colon retto. Si richiede il raggiungimento almeno del valore accettabile.	Per <i>cervice e colon retto</i> : Valore ottimale $\geq 50\%$; valore accettabile $\geq 25\%$; Per <i>mammella</i> : valore ottimale $\geq 60\%$; valore accettabile $\geq 35\%$
IND1073 - Estensione screening colon retto alla coorte dei nati/e nel 1952: % di persone invitate che hanno compiuto i 74 anni alla data della rilevazione.	$\geq 70\%$ dei 74 enni
IND1074 - Estensione screening colon retto alla coorte dei nati/e nel 1956: % di persone invitate che hanno compiuto i 70 anni alla data della rilevazione.	$\geq 70\%$ dei 70 enni

1.2.3.2 Registro Tumori regionale

Deve proseguire l'implementazione del *Registro regionale dei tumori*, secondo quanto previsto dal Regolamento di organizzazione e funzionamento del registro stesso. In ottemperanza al D.M. 1° agosto 2023 dovrà essere garantito l'avvio del flusso informativo verso il Registro Nazionale Tumori.

Indicatori	Target
DES0004 - Implementazione dei dati di incidenza del Registro Tumori dell'Emilia-Romagna garantendo il massimo livello di accuratezza e completezza dei dati attraverso periodici controlli di qualità	Dati aggiornati al 31/12/2022 (valore ottimale); al 31/12/2021 (accettabile)

1.2.4. Strutture sanitarie, socio-assistenziali e socio sanitarie

La Legge Regionale 22/2019, recante nuove norme in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private, ha confermato la competenza delle Commissioni per l'autorizzazione istituite presso i Dipartimenti di Sanità Pubblica delle Aziende USL, ha innovato le procedure prevedendone la tempistica ed ha introdotto standard di controllo/anno delle strutture sanitarie.

A partire dal 2024 è stata individuata la necessità di avviare un progetto di vigilanza avvalendosi di equipe multidisciplinari nelle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali per anziani e disabili con priorità per le strutture autorizzate non accreditate, vigilanza che dovrà essere garantita anche per l'anno 2026. Al fine di rendere omogenea l'applicazione della normativa vigente in tutte le Aziende USL della Regione, nel corso del 2026 verrà istituito il coordinamento dei presidenti delle Commissioni autorizzative aziendali ai sensi della DGR 564/2000. Verrà inoltre organizzato a livello regionale un percorso formativo rivolto agli operatori addetti all'alimentazione delle anagrafi regionali delle strutture sanitarie e delle strutture socio-assistenziali e socio-sanitarie.

I Dipartimenti di Sanità Pubblica devono assicurare:

- il funzionamento delle Commissioni dipartimentali per l'autorizzazione all'esercizio e l'osservanza dei tempi previsti dal procedimento amministrativo;
- la vigilanza sulle strutture Sanitarie, Socio-sanitarie e Socio-assistenziali, comprese le strutture per anziani e disabili con massimo 6 posti letto;
- l'alimentazione dell'anagrafe regionale delle strutture autorizzate e la trasmissione alla Regione dei dati relativi all'attività di verifica e controllo delle strutture Sanitarie e Socio-sanitarie;
- l'avvio del percorso per svolgere attività di vigilanza sia in ambito pubblico che privato per verificare la rispondenza alle linee di indirizzo regionali nel rilascio delle certificazioni sportive.

Indicatori	Target
IND1175 - Proseguimento dell'attività di vigilanza con equipe multidisciplinari rivolto alle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali per anziani e disabili, prioritariamente rivolta alle strutture autorizzate non accreditate	vigilanza \geq 10% delle strutture esistenti (se numero di strutture < 200), vigilanza \geq 7% delle strutture esistenti (se numero di strutture \geq 200)

1.2.5. Antimicrobicoresistenza (PNCAR 2022-2025)

Il Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PNCAR 2022-2025) ha l'obiettivo di fornire le linee strategiche e le indicazioni operative per affrontare l'emergenza dell'Antimicrobicoresistenza (AMR) nei prossimi anni, seguendo un approccio One Health.

La Regione Emilia – Romagna ha recepito il PNCAR 2022-2025 e costituito il Gruppo di Lavoro Regionale (rispettivamente Delibera Num. 540 del 12/04/2023 e Num. 15468 del 14/07/2023) avviando i lavori a livello regionale.

Con le DGR 969/2025 e DGR 2234/2025 è stato definito il riparto e la concessione delle risorse alle aziende sanitarie.

Indicatore	Target
DES0163 - Invio in Regione delle Schede Progetto ex DGR 2234/2025 entro le tempistiche stabilite	Sì

1.2.6. Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

Il Piano Regionale Integrato (PRI) comprende in un unico documento la programmazione regionale dei controlli ufficiali e delle altre attività ufficiali in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria.

Il PRI individua per ogni piano specifico una serie di indicatori condivisi con tutte le AUSL per monitorare le azioni previste nel piano stesso.

Nel 2026 le Aziende Usl si impegnano a contribuire al raggiungimento degli standard previsti per tutti gli indicatori.

Tra tutti gli indicatori previsti è stato individuato per il 2026 un sottoinsieme di "indicatori sentinella regionali", scelti tra quelli che impattano maggiormente sugli indicatori nazionali per la valutazione degli adempimenti LEA e tra quelli che riguardano attività indicate come "prioritarie" dal Ministero della Salute all'interno del Piano nazionale integrato.

Si è deciso di monitorare tre indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) istituito dal Decreto del Ministero della Salute 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria". Di questi tre indicatori, due rientrano nel CORE, ossia il set di indicatori che il Ministero della Salute ha scelto per valutare le regioni, e precisamente P10Z "Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino" e P12Z "Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale".

Il terzo indicatore, P11Z "Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti", riguarda attività di controllo su requisiti degli allevamenti a cui i cittadini sono particolarmente sensibili, nonché di importanza strategica per avviare un percorso di miglioramento verso una maggiore sostenibilità della zootecnia.

Un ulteriore indicatore inoltre riguarda l'attività di supervisione in sicurezza alimentare. Tale indicatore è ricompreso fra quelli richiesti annualmente dal Ministero della Salute. Si ritiene che tale indicatore sia particolarmente importante, in quanto l'attività di supervisione è necessaria per garantire uniformità ed efficacia ai controlli ufficiali e alle altre attività ufficiali, come riportato nel Regolamento 2017/625 e sottolineato dalle raccomandazioni effettuate in corso di Audit sui controlli ufficiali effettuati dalla Commissione e dal Ministero della Salute.

Al fine dell'attuazione di quanto previsto dal nuovo sistema nazionale di identificazione e registrazione degli animali, degli stabilimenti e degli operatori, in particolare il popolamento del sistema informativo nazionale degli animali da compagnia (SINAC) con avvio previsto per il 2026, è stato individuato un indicatore per monitorare l'implementazione delle attività e la dotazione di personale finalizzato ad assicurare la registrazione su tale portale degli eventi riguardanti gli animali da compagnia di proprietà di privati, finora in carico ai comuni e ora in carico alle AUSL.

Per quanto riguarda l'attività nel settore della nutrizione preventiva e clinica, si prevede una implementazione ulteriore dei Percorsi Preventivi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PPDTA) a favore di bambini e adulti con sovrappeso e obesità.

E' stato inserito anche un indicatore per monitorare la completa e tempestiva attuazione della sorveglianza sugli uccelli stanziali finalizzata al rilevamento precoce della circolazione virale WN, particolarmente importante per guidare l'attivazione dei controlli preventivi sulle donazioni di sangue, organi e tessuti.

Inoltre, in coerenza con quanto disposto dal PRI, i Dipartimenti di Sanità Pubblica devono dotarsi di una organizzazione in grado di gestire le molteplici emergenze di natura epidemica e non epidemica, raccordandosi con gli altri Enti e Autorità competenti.

Indicatori	Target
IND1037 - Indicatori sentinella regionali: % indicatori "sentinella regionali" con valore conseguito pari allo standard indicato nel piano (<i>Fonte dati (specificata in ogni indicatore nel PRI): sistemi nazionali (se presenti, es. Vetinfo) o regionali (SEER) e rendicontazioni dalle AUSL</i>)	100%
DES0015 - Supervisioni in sicurezza alimentare: numero di supervisioni rendicontate alla Regione entro il 31 marzo dell'anno successivo con l'invio della relativa documentazione	Trasmissione di due evidenze, riferite a due distinte strutture afferenti all'area di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria di cui all'art. 7 quater del D.Lgs 502/92 (SIAN e unità operative SVET)
P10Z - NSG - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, dell'alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino - <i>Fonte dati: sistemi nazionali (se presenti, es. Vetinfo) e rendicontazioni dalle AUSL</i>	≥ 95%
P11Z – NSG - Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti - <i>Fonte dati: sistemi nazionali (se presenti, es. Vetinfo e Sintesis) e rendicontazioni dalle AUSL</i>	≥ 95%
P12Z – NSG - Coperture delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, riferite alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale <i>Fonte dati: sistema nazionale NSIS</i>	≥ 95%
DES0164 - Implementazione delle attività e dotazione di personale finalizzato ad assicurare la registrazione sul portale SINAC degli eventi riguardanti gli animali da compagnia di proprietà di privati	100%
DES0007- Implementazione dei Percorsi Preventivi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PPDTA) a favore di bambini e adulti con sovrappeso e obesità	100%
IND1217 - Percentuale di uccelli campionati rispetto al numero assegnato nell'ambito del piano regionale arboviriosi	100% del numero complessivo, di cui almeno il 50% entro il 31/07/2026

1.2.7. Emergenze

La Regione Emilia-Romagna, in attuazione alle specifiche normative di settore, sta definendo in maniera puntuale la Rete regionale dell'emergenza nell'ambito delle competenze in capo ai Dipartimenti di Sanità Pubblica, ovvero l'insieme delle strutture, dei mezzi, delle tecnologie e degli operatori organizzati per le attività di:

- vigilanza igienico-sanitaria;
- controlli sulle acque potabili fino al ripristino degli acquedotti;
- disinfezione e disinfestazione;
- controllo alimenti, distruzione e smaltimento avariati;
- raccolta e smaltimento animali morti;

- sorveglianza epidemiologica ed eventuali profilassi;
- sanità e benessere degli animali;
- sanità pubblica nei centri di accoglienza;
- verifica e ripristino delle attività produttive.

Si rende necessario assicurare la gestione integrata di tutte le emergenze di sanità pubblica secondo le linee di indirizzo e gli accordi regionali, con particolare riferimento agli eventi epidemici, comprese le emergenze di sanità pubblica veterinaria e di sicurezza alimentare. Infatti, ogni evento calamitoso, di qualsiasi natura, prevede l'intervento della componente sanitaria e socio-sanitaria, la quale deve operare attraverso attivazioni di specifici protocolli e con modalità strettamente connesse alla tipologia di evento, all'organizzazione dei servizi locali ed al territorio di riferimento.

I Dipartimenti di Sanità pubblica hanno un ruolo chiave nella risposta alle emergenze epidemiche e non epidemiche grazie al coinvolgimento delle diverse sue componenti e delle interazioni abituali con attori esterni. Con deliberazione di Giunta n. 30 del 13/1/2021 è stata approvato il "Piano per la gestione delle emergenze di competenza dei dipartimenti di sanità pubblica", il quale definisce il sistema di gestione delle emergenze di competenza dei Dipartimenti di Sanità Pubblica. Mentre, con successiva DGR 1370 del 07/08/2023, sono stati approvati 5 modelli operativi di intervento, i quali dovranno essere integrati, nel corso dell'anno, con ulteriori documenti quali:

- Modello operativo per la gestione delle attività di ripristino delle condizioni di usabilità dei locali di vita e di lavoro post emergenza;
- Modello operativo per l'accesso all'acqua potabile in caso un evento alluvionale o crisi idrica;
- Procedure operative in attuazione dell'Accordo generale per il soccorso degli animali in caso di calamità, approvato con DGR 1125 del 17/06/2024;
- Modello operativo per la gestione di emergenze chimico-ambientali.

In particolare, si rende necessario sviluppare, solo ai fini di attività di protezione civile e di pianificazione degli interventi finalizzati alla tutela e alla salvaguardia dell'incolumità pubblica, dotare tutte le Aziende Sanitarie locali di uno strumento informatico avente l'obiettivo di individuare, in tempo reale, la localizzazione delle persone "fragili" o a maggior rischio che vivono al domicilio (da intendersi quali soggetti deboli che hanno limitata capacità di autonomia). Ciò al fine di consentirne il soccorso in tempo rapidi. Le modalità di aggregazione e analisi dei dati, saranno sperimentate inizialmente dalle Aziende Usl di Modena, Bologna e della Romagna; tali informazioni dovranno essere funzionali alla pianificazione e alla puntualità dell'intervento da effettuare (locale/distrettuale – provinciale – regionale).

Indicatori	Target
DES0024 - Organizzazione di un corso aggiornamento e formazione in merito alla gestione emergenze e post emergenze, anche in riferimento ad eventi realmente vissuti, con il coinvolgimento di tutti i Servizi del DSP	Sì
DES0165 – Realizzazione di esercitazioni pratiche su emergenze non epidemiche	Sì

1.2.8. Azioni per la tutela della salute degli operatori della sanità

La tutela della salute degli operatori della sanità si realizza, nel rispetto del principio della total worker health, non solo attraverso l'attuazione delle misure di prevenzione e protezione previste dalla norma, ma anche favorendo stili di vita sani e azioni volte al benessere. In questa ottica, oltre ad assicurare un sistema organico di prevenzione e protezione della salute e sicurezza degli operatori sanitari, ottemperando ai dettati normativi previsti dal D. Lgs. 81/08 e dal D. Lgs. 101/2020, le Aziende Sanitarie dovranno:

- completare le attività per l'adozione della cartella sanitaria e di rischio informatizzata regionale, al fine di garantire un utilizzo sempre più completo ed omogeneo della cartella sanitaria e di rischio informatizzata, unica per tutte le Aziende sanitarie;
- rafforzare i programmi vaccinali nei confronti del personale sanitario, con particolare riferimento alla vaccinazione antinfluenzale, e garantire la piena applicazione della DGR n. 351/2018 in tema di "Rischio biologico in ambiente sanitario. Linee di indirizzo per la prevenzione delle principali patologie trasmesse per via ematica e per via aerea, indicazioni per l'idoneità dell'operatore sanitario";
- realizzare azioni di promozione della salute e del benessere organizzativo degli operatori sanitari nell'ambito della rete degli Ospedali che promuovono salute (Health Promoting Hospitals - HPH), finalizzate anche alla prevenzione delle aggressioni, inserendo il tema delle molestie e violenze di genere con attuazione di azioni di sensibilizzazione anche in collaborazione con i CUG Aziendali.

Indicatori	Target
DES0018 - Utilizzo dell'applicativo Cartella sanitaria e di rischio regionale informatizzata Medico Competente per la registrazione delle vaccinazioni, in particolar modo delle vaccinazioni antinfluenzali	100%
IND1195 - Copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari addetti all'assistenza	≥ 40% o evidenza di un incremento del 10% rispetto alla percentuale raggiunta l'anno precedente
DES0009 – Realizzazione di azioni di promozione della salute e del benessere organizzativo degli operatori sanitari nell'ambito della rete degli Ospedali che promuovono salute (Health Promoting Hospitals - HPH) inserendo il tema specifico della Prevenzione delle molestie e violenze di genere subite dagli operatori sanitari, con evidenza di attuazione di azioni di sensibilizzazione anche in collaborazione con i CUG Aziendali	Sì
IND1218 - Analisi delle segnalazioni di aggressione fisica ad operatori sanitari ed eventuale individuazione di misure preventive	≥ 90%

1.3. Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita

La tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori si realizza attraverso le azioni di assistenza e le azioni di vigilanza e controllo svolte dai Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPSAL). Con l'obiettivo di giungere alla riduzione degli infortuni, prioritariamente quelli mortali, e delle malattie lavoro correlate, è opportuno mantenere un'attività programmata di vigilanza, controllo e ispezione (e più in generale di P.G.) condotta sia dagli SPSAL e sia dalle Unità Operative Impiantistiche e Antinfortunistiche (UOIA) dei Dipartimenti di Sanità Pubblica (DSP) rivolta in particolare ai comparti a maggior rischio di infortunio quali edilizia, agricoltura, logistica e ad alcuni rischi prioritari quali ad esempio il rischio cancerogeno, stress lavoro-correlato e da sovraccarico biomeccanico.

L'obiettivo di copertura della vigilanza delle unità locali esistenti, individuato al 7,5% per il 2026, va collocato in questa cornice di riferimento, valorizzando anche attività di controllo che non prevedano accessi ispettivi in azienda. Ai fini del conseguimento di tale obiettivo si mantiene l'indicazione del contributo, tendenzialmente del 10%, da parte delle UOIA.

L'attività di assistenza, condotta particolarmente nell'ambito dei Piani Mirati di Prevenzione, prosegue con le caratteristiche già introdotte nel PRP 2021–2025, rivolgendo ulteriore attenzione ai settori a

maggior rischio quali edilizia, agricoltura e logistica. Per l'anno 2026 si prevedono sia azioni di formazione a livello regionale rivolte agli operatori degli SPSAL, sia iniziative a livello locale, con momenti di formazione specifica rivolte agli operatori degli SPSAL e alle figure aziendali della prevenzione.

Prosegue l'attuazione del Piano amianto regionale, approvato con DGR n. 1945 del 4/12/2017 ed in particolare vanno mantenute almeno le seguenti azioni:

- assistenza informativa e sanitaria ai lavoratori ex-esposti ad amianto attraverso gli ambulatori attivati presso i DSP;
- promozione della micro-raccolta di Materiali Contenenti Amianto (MCA);
- vigilanza e controllo nei cantieri di bonifica di MCA;

È stata avviata nel 2024 l'implementazione degli ambulatori di medicina del lavoro nell'ambito delle Case di comunità ed in raccordo con i Dipartimenti di Sanità pubblica delle AUSL per la valutazione di casi di sospetta malattia lavoro-correlata finalizzata alla emersione delle patologie occupazionali e la realizzazione dei relativi adempimenti medico-legali. Gli ambulatori si rivolgono ai lavoratori che accedono direttamente o inviati da medici di medicina generale o medici specialisti in altra disciplina. I motivi dell'accesso sono prevalentemente: la valutazione dei casi di sospetta origine occupazionale di una malattia, tra cui rientrano anche le problematiche di disagio sul luogo di lavoro e dubbi sulla formulazione dei giudizi di idoneità alla mansione specifica. Presso tutti i Servizi sono poi già attivi i collegi medici per l'esame dei ricorsi avverso il giudizio del medico competente, i programmi di assistenza informativa e sanitaria rivolti agli ex esposti ad amianto, nonché le attività accertative sulla sussistenza del nesso causale professionale a supporto dei Centri Operativi Regionali (COR) di sorveglianza epidemiologica sui mesoteliomi (ReNaM), sui tumori naso sinusali (ReNaTuNS) e sui tumori a bassa frazione etiologica.

Per garantire equità delle prestazioni sanitarie in materia di medicina del lavoro su tutto il territorio regionale, si prevede di mantenere l'implementazione della rete degli ambulatori di medicina del lavoro presenti nelle Case della comunità per la presa in carico del lavoratore con sospetta patologia professionale, affinando la composizione delle reti costituite per il ricorso a consulenze specialistiche a supporto dell'attività dell'ambulatorio di medicina del lavoro.

Al fine di contribuire alla attuazione di programmi di promozione della salute nei luoghi di lavoro, gli SPSAL proseguono la realizzazione del Programma Predefinito 3 del PRP 2021-2025, favorendo nelle aziende del territorio l'adesione al progetto regionale "Luoghi di lavoro che promuovono salute". In questo ambito, particolare attenzione è riservata alle Aziende Sanitarie della Regione che, a tutela del benessere dei lavoratori della sanità, sono state invitate ad aderire alla Rete degli Ospedali e Servizi Sanitari che promuovono salute (Health Promoting Hospitals – HPH), portando le loro esperienze di promozione di stili di vita sani e azioni volte al benessere dei lavoratori. Gli SPSAL partecipano al gruppo di coordinamento regionale della rete HPH e sono di supporto alla implementazione della attiva partecipazione delle Aziende Sanitarie alla rete internazionale HPH.

Indicatori	Target
IND0185 - % aziende con dipendenti ispezionate	≥ 7,5% delle PAT esistenti; ai fini del calcolo della copertura di vigilanza andranno incluse sia aziende controllate con accesso ispettivo, sia aziende controllate senza accesso ispettivo nel limite del 10%, nel contesto di specifici piani

	mirati o di specifiche azioni di monitoraggio e controllo
IND0708 - % cantieri di rimozione amianto controllati sul totale dei piani di rimozione amianto ai sensi dell'art. 256 del D. Lgs. 81/08	≥ 15%
P07Ca – NSG - Denunce d'infortunio sul lavoro: variazione del tasso di frequenza di infortunio sul lavoro tra l'anno di riferimento e l'anno precedente	Riduzione rispetto all'anno precedente
DES0011 - Implementazione delle attività degli ambulatori di medicina del lavoro presso le Case della Comunità ed in raccordo con i Dipartimenti di Sanità pubblica delle AUSL per la valutazione di casi di sospetta malattia lavoro-correlata finalizzata alla emersione delle patologie occupazionali e relativi adempimenti medico-legali, definendo la costituzione di reti per il ricorso a consulenze specialistiche a supporto dell'attività dell'ambulatorio di medicina del lavoro	Sì

2. Assistenza Territoriale

2.1. Potenziamento dell'assistenza territoriale

Per il 2026, si definiscono i seguenti obiettivi:

- Governo e periodico resoconto del percorso di realizzazione delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità, in coerenza con la programmazione del Piano Operativo Regionale 2022 (DGR 811/2022) in condivisione con le Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie e in riferimento al monitoraggio di cui all'articolo 2 del DM 23 maggio 2022, n.77;
- Completamento del percorso di attivazione delle AFT nel rispetto della programmazione regionale e progressiva implementazione degli AAIIRR (Accordi Integrativi Regionali);
- Favorire la partecipazione delle comunità: potenziare il rapporto tra servizi territoriali e comunità di riferimento in una prospettiva di sviluppo di empowerment di comunità, in particolare in riferimento al percorso CasaCommunity#Lab;
- Garantire il pieno funzionamento delle COT, con particolare riferimento alle transizioni territorio-ospedale che, secondo il Monitoraggio AGENAS 2025, rappresentano una quota minima di tutte le transizioni gestite nel 2025 dalle COT
- Assicurare l'avvio operativo e il monitoraggio delle attività dell'IFeC (Infermiere di Famiglia e Comunità), attraverso l'identificazione e la registrazione sistematica delle attività svolte, con particolare attenzione alle collaborazioni multiprofessionali e all'applicazione nei contesti operativi.
- Monitoraggio degli indicatori previsti dal Nuovo Sistema di Garanzia rispetto alle ospedalizzazioni potenzialmente evitabili

Indicatori	Target
DES0081 - Progressivo adeguamento della organizzazione delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità, inseriti nel Monitoraggio AGENAS, agli standard previsti dal DM. 77/2022	Completa rendicontazione delle check-list per il 100% delle strutture oggetto di finanziamento PNRR completate al 30 giugno 2026
DES0082 - Coprogettazione e coprogrammazione di iniziative di promozione della salute e prevenzione della cronicità in integrazione tra Dipartimento Cure Primarie, Dipartimento di Sanità pubblica, EELL, terzo settore, comunità	Evidenza di almeno un progetto per ogni Casa della Comunità hub (relazione)
D03C – NSG -Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) di diabete, BPCO e scompenso cardiaco	≤ 245 per 1000 ab.
D04C – NSG - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (<18 anni) per asma e gastroenterite	≤ 56 per 100.000 ab.
DES0023 - Attivazione, con atto aziendale, di tutte le AFT (MMG, PLS e SAI) previste dall'atto di programmazione regionale	Ogni Azienda deve attestare l'attivazione delle AFT inserite nell'atto di programmazione regionale

Indicatori	Target
IND1041 - Riduzione degli accessi bianchi e verdi sul totale degli accessi in Pronto Soccorso	Riduzione degli accessi ≥ 5%

2.2. Rete delle Cure palliative

Nel 2026, le Aziende dovranno proseguire il consolidamento delle reti di cure palliative (con tutti i nodi previsti e le équipe). In particolare, dovranno essere completati gli assetti organizzativi: delle Unità di Cure Palliative Domiciliari (Nodo UCPD), dei Punti Unici di governo dell'accesso alla rete di cure palliative, e degli organismi tecnici di coordinamento della rete (descritti nella DGR 1770/2016), che supporta il coordinatore a pianificare, programmare e organizzare le attività di assistenza e di funzionamento della rete.

Indicatori	Target
D30Z – NSG - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative, a domicilio o in hospice, sul numero di deceduti per causa di tumore	≥ 60%
IND1219 - % di pazienti in carico alla rete delle cure palliative specialistiche (nodo hospice e nodo domicilio), rispetto al totale della popolazione che necessita di cure palliative (335 pazienti ogni 100.000 residenti di età 14+)	≥ 80%

2.3. Assistenza Domiciliare Integrata - Continuità assistenziale

La garanzia della continuità delle cure ai pazienti fragili o con patologie croniche in situazione di instabilità è da sempre obiettivo strategico delle politiche regionali. Uno dei principali strumenti per favorire la presa in carico integrata e continuativa tra i diversi setting assistenziali è la dimissione protetta. La presa in carico, da parte dell'assistenza territoriale, all'atto della dimissione ospedaliera ha permesso in questi anni di offrire percorsi di cura sempre più appropriati e qualificati. In linea con quanto fatto fino ad ora e con quanto stabilito dal PNRR che rivolge una particolare attenzione al potenziamento dell'assistenza territoriale, in particolare alla finalizzazione del principio di «casa come primo luogo di cura». Le Aziende, per l'anno 2026, dovranno potenziare la presa in carico delle persone fragili e non autosufficienti garantendo la continuità dell'assistenza, finalizzata anche la riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso.

Indicatori	Target
D22Z – NSG - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	> 5,0 (CIA1) > 2,5 (CIA2) > 3,0 (CIA3)
IND0907 - Pazienti ≥ 65 anni presi in carico in ADI	≥ 10% pazienti in carico

2.4. Percorso nascita

Per il 2026, le Aziende sanitarie dovranno rafforzare gli interventi per il percorso nascita (appropriatezza dei percorsi assistenziali e continuità assistenziale) nell'ambito del programma primi 1000 giorni di vita con tutti gli attori della rete e implementare azioni proattive (visite domiciliari, consulenze telefoniche), per facilitare l'accesso ai servizi nel periodo postnatale e il sostegno soprattutto per le donne, coppie, puerpere in condizioni di fragilità. In particolare, dovrà essere

promossa l'assistenza dell'ostetrica, all'interno di equipe multiprofessionale, nel percorso nascita fisiologico (periodo preconcezionale, gravidanza, parto e puerperio) e il suo coinvolgimento nell'assistenza ai percorsi di patologia. Contemporaneamente, dovrà essere rafforzato il lavoro di rete (che includa anche la pediatria di libera scelta-PLS e di comunità) a promozione e sostegno dell'allattamento.

Un indicatore combinato, predisposto per valutare contemporaneamente più aspetti della assistenza del percorso nascita potrà raggiungere un valore massimo di 15 punti, ottenibili sommando i punteggi di tre componenti – ciascun componente può assumere un valore massimo di 5 punti:

Indicatore		Target
<i>IND1140 - Indicatore composito percorso nascita</i>		> 9
1	IND1220 - % travagli-parto fisiologici assistiti dall'ostetrica sul totale dei travagli-parto fisiologici	≥70%
2	IND0921 - % di parti con taglio cesareo nella 1° classe di Robson	≤ 6%
3	IND0526 - % std allattamento completo a 3 mesi	> 56%

L'indicatore composito verrà utilizzato per valutare sia le Aziende territoriali che quelle ospedaliero-universitarie dal momento che il percorso si basa sulla collaborazione delle due componenti aziendali a garanzia della continuità assistenziale.

2.5. Percorso IVG

Nell'ottica di aumentare l'offerta di IVG farmacologica a livello ambulatoriale nei consultori, le Aziende dovranno garantire questo servizio in almeno un consultorio per distretto entro la fine del 2027. Le Aziende dovranno continuare a lavorare per aumentare l'offerta consultoriale di IVG farmacologica anche attivando il percorso a domicilio con colloquio telefonico significativo. Al contempo le strutture ospedaliere dovranno trasferire l'attività di IVG farmacologica dal regime di ricovero a quello ambulatoriale.

Un indicatore combinato, predisposto per valutare contemporaneamente più aspetti della assistenza del percorso IVG, potrà raggiungere un valore massimo di 10 punti, ottenibili sommando i punteggi di due componenti (ciascuno componente può assumere un valore massimo di 5 punti):

Indicatore		Target
<i>IND1150 – Indicatore composito percorso IVG</i>		> 6
1	IND1221 - % di IVG farmacologiche erogate nei poliambulatori ospedalieri sul totale delle IVG farmacologiche nelle strutture ospedaliere	≥ 70%
2	IND1222 - % di IVG farmacologiche erogate in consultorio sul totale delle IVG farmacologiche	≥12%

2.6. Attività rivolte agli adolescenti/giovani adulti

Le Aziende dovranno rafforzare l'accesso alla contraccezione gratuita per le persone fino al compimento del 26° anno di età e attivare azioni per prevenire le malattie sessualmente trasmissibili. Deve inoltre essere garantito il benessere psicologico relazionale degli adolescenti.

Un indicatore combinato, predisposto per valutare contemporaneamente più aspetti della assistenza rivolta agli adolescenti, potrà raggiungere un valore massimo di 10 punti, ottenibili sommando i punteggi di 2 componenti:

Indicatore		Target
<i>IND1129 – Indicatore composito adolescenti/giovani adulti</i>		<i>> 6</i>
1	IND1223 - % di utenti 15-25 anni che accedono a servizi consultoriali (Consultori Familiari, Spazi Giovani, Spazi Giovani Adulti e Spazi Donne Immigrate) per la contraccezione sulla popolazione target (14-25 anni)	≥ 7%
2	IND1176 - % di utenti degli Spazi Giovani consultoriali sulla popolazione target (14-19 anni)	≥ 9%

2.7. Contrasto alla violenza

Le Aziende USL dovranno consolidare l'attività dei Centri "Liberiamoci dalla violenza" (LDV), svolgendo anche attività di promozione della loro conoscenza con iniziative rivolte alla cittadinanza (tutte Aziende USL, esclusa Imola che non ha nel suo territorio un centro LDV).

Le Aziende USL dovranno inoltre sensibilizzare gli/le adolescenti al problema violenza di genere per potenziare le competenze relazionali e prevenire il fenomeno della violenza maschile sulle donne (tutte le Aziende USL).

Particolare attenzione deve essere rivolta al ruolo del padre nella genitorialità, con il suo coinvolgimento da parte dei servizi sanitari in ogni fase della gravidanza, del parto e del puerperio al fine di migliorare la salute psico-fisica della prole e della madre, contribuendo alla parità fra uomini e donne e al contrasto della violenza domestica (tutte le Aziende sanitarie).

Dovranno essere inoltre rafforzate le conoscenze da parte dei professionisti in merito a violenza di genere e maltrattamento e abuso in infanzia, compresa la prevenzione dello *shaken baby syndrome*, e adolescenza anche attraverso la fruizione delle FAD regionali disponibili su piattaforma "SELF" (tutte le Aziende sanitarie).

2.8. Garanzia dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale

Le Aziende sanitarie (ciascuna Azienda USL in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera-Universitaria o eventuale IRCCS), devono garantire i tempi di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali in coerenza con la DGR 603/2019 "Piano Regionale di governo delle liste d'attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021" che recepisce il PNGLA (Accordo Stato Regioni del 21/02/2019).

Per il 2026 inoltre è prioritario, al fine di garantire i tempi di attesa, assicurare la continuità assistenziale come da DGR n.620/2024 recante "Interventi straordinari e linee di indirizzo per la riorganizzazione dell'assistenza specialistica per il contenimento dei tempi d'attesa: prima fase attuativa". Il governo dell'appropriatezza prescrittiva, organizzativa ed erogativa va potenziato in tutti gli ambiti di attività. Si conferma, pertanto, la necessità di monitorare/migliorare l'appropriatezza prescrittiva attraverso l'aderenza del medico prescrittore alle regole prescrittive (classe di priorità, tipologia di accesso, quesito diagnostico), ai profili prescrittivi e ai PDTA definiti a livello regionale. È importante anche presidiare l'applicazione dei criteri clinici di accesso definiti a livello regionale e la formazione continua dei medici.

Si ribadisce a tale proposito l'importanza della corretta gestione di tutti i flussi informativi della specialistica ambulatoriale e della tempestività di invio dati, ed in particolare la corretta rendicontazione delle DEMA chiuse nel flusso ricetta dematerializzata.

Pertanto, per l'anno 2026, si definiscono i seguenti obiettivi:

Tempi di attesa

Saranno valutati i tempi di attesa EX ANTE per la classe di priorità D dal cruscotto regionale TDA-ER.

Monitoraggio tempi di attesa prestazioni con classe di *priorità D EX ANTE*

Indicatori	Target
IND1224 - Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	≥ 90%
IND1225 - Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg	≥ 90%

Monitoraggio tempi di attesa prestazioni con classe di *priorità B EX POST*:

Indicatore	Target
D10Z* – NSG - % di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	≥ 90%

Monitoraggio tempi di attesa prestazioni con classe di *priorità D EX POST*:

Indicatore	Target
D11Z* – NSG - % di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D	≥ 90%

**Qualora nel Nuovo Sistema di Garanzia intervengano modifiche per l'anno 2026 tali indicatori saranno adeguati di conseguenza*

Appropriatezza prescrittiva

Al fine di monitorare l'aderenza delle prescrizioni alle indicazioni regionali di appropriatezza prescrittiva saranno valutate le prescrizioni che riportano l'indicazione del percorso di appropriatezza come definito a livello regionale³, secondo le specifiche di redazione della ricetta dematerializzata approvate a livello regionale ed in particolare in fase di prescrizione è prioritario selezionare la condizione clinica appropriata, garantirne la tracciabilità nel flusso informatico della ricetta, valorizzando i campi ad hoc (codice percorso e descrizione percorso).

Indicatore	Target
IND1116 - % di prescrizioni dei MMG che riportano l'indicazione di appropriatezza	≥ 85%

³ Vedi [relativa sezione del sito istituzionale Regione Emilia-Romagna](#)

Presa in carico

Promozione della prescrizione da parte dello specialista e della prenotazione da parte della struttura che ha in carico il paziente (di cui alla nota prot.0282798.U del 21-3-22). È necessario che venga garantita la continuità assistenziale dei pazienti noti con patologia cronica e/o rara, ossia con un problema già diagnosticato che necessita di controlli periodici (o di una struttura a cui accedere se insorge un sintomo correlato al problema noto). Altrettanto deve essere garantito un accesso programmato dei pazienti che per un periodo devono seguire un percorso strutturato (ad es. le gravidanze).

Indicatori	Target
IND1145 - % del numero visite di controllo (V2) sul totale visite (V1+V2)	Aumento rispetto all'anno precedente
IND1226 - % numero prestazioni tipo accesso 0 sul totale prestazioni tipo accesso 0+tipo accesso 1	≥ 50%
IND1146 - % prenotazioni di visite di controllo tipo accesso 0 effettuate dal medico specialista/struttura nelle agende dedicate sul totale delle prenotazioni di visite di controllo tipo accesso 0	≥ 90%
IND1147 - % prenotazioni con tipo accesso 0 effettuate dallo specialista/struttura sul totale prenotazioni tipo accesso 0 (escluse visite)	≥ 90%

Continuità prenotativa del Sistema CUP e agende aperte

È fondamentale perseguire l'obiettivo di garantire continuità prenotativa e superare le agende chiuse come prevede la DGR n.620/2024. L'orizzonte temporale di disponibilità prenotativa dovrà essere di almeno 24 mesi in modo dinamico rispetto alle richieste, affinché non si verifichino situazioni in cui tutta l'offerta, sia per i primi accessi sia per i controlli, sia saturata. In caso di temporanea indisponibilità per saturazione delle agende occorre attivare la Prelista ove registrare i pazienti che devono poi essere richiamati entro i tempi previsti dalla sopracitata delibera.

Indicatore	Target
IND1117 - Agende di prenotazione o prelista disponibili per la prenotazione, in qualunque momento, per ciascuna prestazione e per bacino di riferimento territoriale	Almeno 1 agenda disponibile

Libera professione

Al fine di monitorare la libera professione intramoenia e la completezza della banca dati derivante dal flusso della Specialistica Ambulatoriale, dal 1° luglio 2025 è obbligatoria la compilazione del campo riguardante l'importo lordo anche per i dati di libera professione intramoenia.

Indicatore	Target
DES0039 – Completezza della banca dati ASA per la parte riguardante la libera professione intramoenia	Coerenza con i dati dei conti economici delle aziende sanitarie

2.9. Salute mentale

I ricoveri ripetuti forniscono informazioni sull'efficacia e appropriatezza delle cure ricevute dagli utenti e sul collegamento tra strutture ospedaliere e territorio. Ci si aspetta che la quota di re-ricoveri sia meno rilevante in situazioni dove vi sia stata una buona dimissione del paziente dal ricovero ospedaliero e dove il paziente sia stato correttamente preso in carico dal territorio.

L'indicatore proposto rappresenta una valutazione inserita nel nuovo sistema di garanzia dei LEA (NSG).

Indicatore	Target
D27C – NSG - % di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	≤ 6,9%

2.10. Riorganizzazione residenzialità sanitaria e sociosanitaria Salute mentale adulti, Dipendenze patologiche, NPJA

I trattamenti in strutture residenziali rappresentano una componente essenziale dell'intervento assistenziale nei confronti delle persone che sono in cura presso i Servizi del Dipartimento di Salute mentale e Dipendenze patologiche, oltre a essere un importante veicolo di spesa.

Rispetto a questa rilevante e importante offerta vi è l'esigenza di porre l'attenzione sull'efficacia dei trattamenti residenziali sanitari o sociosanitari, spesso non del tutto idonei al perseguimento della recovery personale, sociale ed educativo dell'assistito. Le strategie e gli interventi da attuare sono state dettagliatamente indicate nel documento "Linee programmatiche sulla residenzialità dei Servizi di Salute mentale adulti, Dipendenze patologiche e Neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza della Regione Emilia-Romagna" (DGR 1322/2024).

È necessario innovare l'attuale approccio alla residenzialità, ripensandola complessivamente in un'ottica di Salute mentale di comunità, incrementando esperienze innovative che favoriscano una sempre maggiore inclusione sociale, coinvolgendo maggiormente la comunità ed il territorio, gli Enti locali, gli Enti del Terzo settore, le persone stesse e le loro famiglie.

Per il 2026, oltre a proseguire gli obiettivi di migliorare l'appropriatezza nell'inserimento in strutture sanitarie e sociosanitarie, è necessario potenziare il monitoraggio e la rivalutazione clinica e sociosanitaria per tutti gli assistiti inseriti in strutture dove i Servizi del DSM-DP partecipano alla spesa totale o parziale. Sono quindi incluse le strutture sociosanitarie ed educative, per la Salute mentale adulti, le Dipendenze patologiche, i Servizi di Neuropsichiatria infanzia e adolescenza, Tutela minori – area sanitaria.

Indicatori		Target
DES0071 - Corretta valorizzazione dei trattamenti in strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie, socio-sanitarie, sociali ed educative nella cartella CURE (Salute mentale adulti, Dipendenze patologiche, NPIA)		100% dei trattamenti in strutture valorizzati in cartella CURE*
<i>IND1115 – Indicatore composito sui tempi di permanenza nelle strutture residenziali sanitarie</i>		<i>100 punti</i>
1	IND1106 - Residenze a trattamento intensivo (RTI): % inserimenti con durata del trattamento superiore a 90 giorni	≤ 10%
2	IND1110 - Residenze a trattamento riabilitativo (RTR-E): % inserimenti con durata del trattamento superiore a 30 mesi	≤ 15%
3	IND1107 - Residenze riabilitative pedagogiche: % inserimenti con durata del trattamento superiore a 30 mesi	≤ 10%
4	IND1108 - Residenze riabilitative terapeutiche: % inserimenti con durata del trattamento superiore a 18 mesi	≤ 15%
5	IND1114 - Residenze specialistiche dipendenze per Doppia Diagnosi: % inserimenti con durata del trattamento superiore a 18 mesi	≤ 10%

* Obiettivo da raggiungere in collaborazione con il Servizio Controllo di gestione (corrispondenza pagamento rette-flussi informativi regionali SISM, SIND e SINPIAER)

Inoltre, nell'ambito della Salute Mentale adulti e delle Dipendenze patologiche, i pazienti non assistibili nel proprio contesto familiare, con quadri variabili di autosufficienza che richiedono interventi riabilitativi o assistenziali di natura sociosanitaria, a volte trovano collocazione presso strutture sociali e socio-sanitarie della rete dei servizi territoriali. Negli ultimi anni, il sistema regionale delle strutture residenziali (CRA, CSRR, Case protette e altre forme di accoglienza) ha accolto persone con caratteristiche e bisogni molto diversificati.

L'adeguatezza dell'inserimento ed il tempo di permanenza in strutture residenziali sono tra le variabili più importanti nel definire la qualità delle cure ed i percorsi di vita delle persone. Si rende pertanto necessario attuare nel corso del 2026 una rivalutazione strutturata dei progetti di inserimento in strutture residenziali sociosanitarie, al fine consentire anche percorsi alternativi alla residenzialità e maggiormente orientati a risposte domiciliari e di prossimità. La rivalutazione consentirà di evidenziare margini per un uso più flessibile dei diversi fondi regionali, in funzione delle reali esigenze territoriali, valorizzando le risposte che nel tempo hanno garantito equilibrio e qualità di vita agli utenti.

Per la realizzazione di tali obiettivi, assume importanza rilevante la collaborazione tra AUSL ed Ente Locale nella valutazione, nella presa in carico e nella scelta delle risorse da utilizzare. Lo strumento professionale fondamentale dovrà essere l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), costituita dai professionisti del DSM-DP e dell'Ente Locale di riferimento dell'utente, tramite la quale si definiranno le progettualità riabilitative e assistenziali, nonché l'integrazione e la collaborazione tra enti locali e sanità.

I nuovi trattamenti residenziali sociosanitari e sociali di pazienti in carico ai Servizi di Salute mentale adulti e delle Dipendenze patologiche dovranno essere valutati in UVM in collaborazione con gli Enti locali.

Per tale ragione per il 2026, oltre a perseguire gli obiettivi di migliorare l'appropriatezza nell'inserimento in strutture sociosanitarie e sociali, è necessario implementare la rivalutazione strutturata per tutti gli assistiti inseriti in strutture dove i Servizi di Salute mentale adulti e Dipendenze patologiche partecipano alla spesa per gli inserimenti, totale o parziale.

Indicatori	Target
DES0166 - Rivalutazione strutturata degli assistiti dei Servizi di Salute mentale adulti e delle Dipendenze patologiche con trattamento in strutture residenziali sociosanitarie e sociali, in collaborazione con gli Enti locali	Rivalutazione del 70% degli assistiti inseriti in residenze sociosanitarie e sociali per i quali il DSM-DP corrisponde una retta (totale o parziale)
DES0167 - Valutazione in UVM di tutti i nuovi trattamenti in strutture residenziali sociosanitarie e sociali dei Servizi di Salute mentale adulti e delle Dipendenze patologiche in collaborazione con gli Enti locali	Valutazione in UVM in collaborazione con gli Enti locali dell'80% dei nuovi inserimenti

2.11. Budget di salute

Il Budget di Salute rappresenta oggi uno strumento centrale per qualificare l'assistenza territoriale in Salute mentale e nelle Dipendenze patologiche, poiché consente di costruire percorsi terapeutici e riabilitativi realmente personalizzati, fondati su una valutazione multidimensionale e sull'integrazione di risorse sanitarie, sociali e comunitarie. Con la LR 19/2018, che promuove la salute e la prevenzione primaria in modo trasversale alle politiche regionali, il Programma CCM 2022 concluso nel 2025 e coordinato dalla Regione Emilia-Romagna in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, il PANSM – Piano attuativo nazionale Salute mentale approvato a dicembre 2025, si è consolidato ulteriormente questo impianto, sviluppando metodologie condivise, criteri uniformi di valutazione multidimensionale, indicatori di processo ed esito e sistemi di monitoraggio nazionale, contribuendo a ridurre le eterogeneità territoriali e a definire un modello solido basato su evidenze e standard comuni.

Il Budget di Salute è riconosciuto come intervento efficace per prevenire ricadute, ridurre il rischio di istituzionalizzazione e migliorare la qualità di vita attraverso interventi sull'abitare, sul lavoro, sulla socialità e sui determinanti sociali della salute, risultando particolarmente adeguato anche nella gestione dei casi complessi, oltre che a rafforzare l'azione delle équipes multiprofessionali e dell'Unità di Valutazione Multidimensionale con gli Enti locali, e che definisce progetti centrati sui bisogni, sulle competenze e sulle capacità della persona, superando modelli prestazionali e favorendo percorsi di autonomia, inclusione e domiciliarità.

Indicatori	Target
IND1227 - Incremento degli assistiti titolari di progetto con Budget di salute nei Servizi di Salute mentale e Dipendenze patologiche	Incremento del numero di assistiti titolari di Budget di salute \geq 5% rispetto al 2025*

* Le informazioni devono essere correttamente registrate in CURE e analizzate tramite i flussi regionali SISM e SIDER.

2.12. Psicologia emergenza

E' stata approvata la DGR 154/2026 "Approvazione Linee di indirizzo per l'organizzazione dell'intervento psicologico nei contesti di urgenza e di emergenza". Le Linee di indirizzo invitano ogni Azienda a dotarsi di una rete di coordinamento dall'inizio alla fine dello stato di emergenza e oltre, ovvero nella fase di ripristino della nuova normalità, in sinergia con la rete dei soccorsi e di raccordo costante e continuativo con l'assistenza primaria, i Servizi Socio Sanitari, gli Ospedali di secondo e terzo livello, la comunità.

Le indicazioni derivano dalle forti evidenze nella ricerca internazionale circa l'impatto dei disastri sulla Salute mentale e sul benessere psicologico. La predisposizione di piani di preparazione e risposta e recupero alle emergenze è ritenuto un punto chiave per l'intervento appropriato nelle diverse fasi di un'emergenza, così come definito nelle Linee Guida internazionali IASC, OMS, MHPSS, NICE, EFPA che prevedono la presa in cura tempestiva e differenziata dei bisogni psicologici e psicosociali della popolazione colpita e interventi specialistici, integrati nei diversi ambiti territoriale ed ospedaliero, e in continuità tra le reti sanitarie, sociosanitarie e socioeducative.

Per tutte e tre le tipologie di emergenza descritte nel documento, è auspicabile organizzare le équipes psicosociali per l'emergenza (EPE) o i team di esperti in psicologia dell'emergenza con l'obiettivo di effettuare una tempestiva analisi dei bisogni e delle risorse, raccordarsi con il sistema dei soccorsi, dal livello regionale (Board regionale psicologia dell'emergenza) a quello locale e organizzare gli interventi sul campo, monitorandone l'andamento.

Indicatori	Target
DES0168 - Costituzione o implementazione in tutte le AUSL della EPE (équipe psicosociali per l'emergenza) o di Team di professionisti esperti per l'emergenza	Atto formale di costituzione o implementazione del dispositivo

* Ogni Azienda USL potrà autonomamente definire una procedura interna per l'attivazione e le modalità di funzionamento dell'EPE o aggiornare le procedure qualora già esistenti.

2.13. Infettivologia dipendenze patologiche

Successivamente alla pandemia da Covid19, si è assistito a una riduzione degli esami infettivologici dei Servizi per le dipendenze. È necessario riattivare e potenziare l'attività di screening sia per raggiungere gli obiettivi della programmazione regionale, sia per rispondere adeguatamente ai flussi informativi nazionali prodotti attraverso la cartella regionale CURE (Flusso informativo SIND).

Indicatori	Target
<i>IND1123 – Indicatore composito: % di assistiti con progetto e con esami infettivologici⁴</i>	≥ 60%
1 IND1120 - % assistiti con esame annuale di screening HIV o rifiuto dell'esame	≥ 60%
2 IND1121 - % assistiti con esame annuale di screening HCV o rifiuto dell'esame	≥ 60%
3 IND1122 - % assistiti con esame annuale di screening HBV o rifiuto dell'esame	≥ 60%

2.14. Salute nelle carceri

Il nuovo Piano regionale sulla prevenzione del rischio suicidario fornisce indicazioni operative che devono essere realizzate in accordo con l'Amministrazione penitenziaria. In particolare, nel corso del 2026 dovranno essere raggiunti gli obiettivi relativi al rischio suicidario e alle équipes integrate prevenzione rischio suicidario - ULPS (Delibera di Giunta Regionale n. 1032 del 2025).

⁴ Realizzazione degli screening infettivologici agli utenti con Progetto di cura e uso di sostanze psicotrope come definito dalla Circolare 11/2011. Obiettivo da raggiungere in collaborazione con il Dipartimento di Sanità pubblica.

Necessario riattivare l'attività di screening infettivologico negli Istituti penitenziari, fortemente calata successivamente al periodo pandemico.

Indicatori		Target
DES0079 - Rischio suicidario		Valorizzazione del rischio suicidario nel 100% dei nuovi giunti*
<i>IND1133 - Indicatore composito: esami infettivologici a nuovi ingressi con almeno 14 giorni di detenzione⁵</i>		≥ 70%
1	IND1130 - % con un esame di screening HIV effettuato o rifiutato	≥ 70%
2	IND1131 - % con un esame di screening HCV effettuato o rifiutato	≥ 70%
3	IND1132 - % con un esame di screening HBV effettuato o rifiutato	≥ 70%

*Escluso rifiuto prima visita e registrato correttamente valorizzato nella cartella regionale SISP ai fini del flusso regionale SISPER.

**Realizzazione degli screening infettivologici: obiettivo da raggiungere in collaborazione con il Dipartimento di Sanità pubblica e Servizi ICT per il ritorno dei referti.

2.15. Servizi sociosanitari per la non autosufficienza

La programmazione del FRNA sarà approvata da questa Giunta con separato atto deliberativo.

A livello locale la programmazione e gestione del FRNA dovrà avvenire in modo integrato con le risorse del Fondo per le non autosufficienze (FNA) e gli altri fondi nazionali, garantendo le rendicontazioni sugli utilizzi delle risorse e sui beneficiari degli interventi.

Per le persone con disabilità, in collaborazione con gli Enti Locali, occorre assicurare in ogni distretto la programmazione del Fondo per il Dopo di Noi di cui alla Legge 112/16 e più in generale il governo della rete dei Servizi sociosanitari dedicati alle persone con disabilità. Per quanto riguarda la riforma nazionale sulla disabilità di cui al D.lgs. n. 62 del 2024 – la cui sperimentazione dal 1 marzo 2026 si estende alle province di Bologna, Piacenza, Rimini e Ravenna, che si aggiungono a Forlì-Cesena già in sperimentazione dal 1° gennaio 2025 e prevede l'entrata in vigore a regime in tutto il territorio nazionale dal 1 gennaio 2027 – occorre concentrarsi sulle conseguenti necessarie modifiche organizzative e dei processi di lavoro, con particolare attenzione alle modalità di individuazione delle risorse professionali che devono garantire la funzionalità delle Unità di valutazione multidimensionale nel rispetto dei tempi previsti dal procedimento per la definizione del Progetto di vita.

Occorre inoltre assicurare in collaborazione con gli Enti Locali gli interventi previsti a sostegno della domiciliarità dal Piano nazionale per le non autosufficienze (PNNA), nonché la rendicontazione delle risorse attraverso il sistema SIOSS.

In riferimento ai punti unici di accesso (PUA) presso le case della comunità è necessario raggiungere la piena operatività in coerenza con le "Linee guida per la progettazione e l'implementazione dei punti unici di accesso (PUA) e la definizione degli accordi di programma in materia di integrazione socio-sanitaria per persone con non autosufficienza o disabilità" approvate con DGR 2161/2023.

⁵ Realizzazione degli screening infettivologici: obiettivo da raggiungere in collaborazione con il Dipartimento di Sanità pubblica.

Le Aziende USL partecipano alla programmazione territoriale integrata per il riconoscimento e il sostegno al caregiver familiare di cui alla L.R. 2/2014 nel sistema dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari e per l'utilizzo delle risorse nazionali dedicate ai caregiver familiare, promuovendo un'omogenea applicazione delle indicazioni operative e un'attenzione particolare all'individuazione di soluzioni innovative, flessibili e personalizzate, favorendo l'utilizzo delle schede e degli strumenti diffusi con determinazione n. 15465/2020. Le Aziende USL dovranno inoltre garantire la relativa rendicontazione sull'utilizzo dei fondi caregiver, in collaborazione con gli Enti locali.

Dal 2026, le Ausl parteciperanno anche alla programmazione territoriale del nuovo fondo regionale caregiver, istituito per finanziare quanto previsto dalla LR 2/2014, garantendo la collaborazione agli Enti locali per promuovere le azioni di sistema, finalizzate a strutturare e consolidare, in ogni ambito territoriale, la rete di accoglienza e supporto a favore dei caregiver, e per assicurare la rendicontazione sull'utilizzo delle risorse e il monitoraggio circa lo sviluppo degli interventi previsti.

Le Aziende USL dovranno dare piena applicazione a quanto previsto dal Piano regionale Demenze (DGR 990/16) ed alla realizzazione ed implementazione dei PDTA demenze a livello provinciale, garantendo un percorso di presa in carico integrata e corretta gestione dei BPSD (disturbi psicologici e comportamentali associati alle demenze, spesso causa di precoce istituzionalizzazione e/o ospedalizzazione), e promuovere l'adozione della scheda CDR (Clinical Dementia Rating) per valutare la stadiazione di gravità delle demenze, in particolare per le gravi e gravissime demenze (stadi 4 e 5) oggetto di finanziamento da parte del FNA.

Inoltre, è necessario garantire il monitoraggio dell'indicatore previsto nell'ambito del Nuovo Sistema di Garanzia, che fornisce informazioni sull'offerta di strutture residenziali/semiresidenziali extraospedaliere in relazione al fabbisogno potenziale. In questa direzione è opportuno promuovere la valutazione delle necessità di adeguamento quantitativo dell'offerta residenziale, favorendo una maggiore omogeneità del tasso di copertura tra gli ambiti distrettuali delle Ausl.

Infine, nell'ottica di rafforzamento della qualità e della sicurezza dei servizi accreditati, si prevede di investire sulla qualificazione degli operatori valorizzando l'offerta formativa delle Ausl rendendola maggiormente fruibile da parte di tutta la rete dei servizi per le persone anziane e con disabilità.

Le Aziende Usl dovranno pertanto assicurare:

Indicatori di funzionamento delle attività socio-sanitarie:

- Programmazione e rendicontazione, in collaborazione con gli Enti Locali, dei fondi regionali e nazionali per la non autosufficienza (FRNA, FNA, Dopo di noi, Caregiver, Autismo)

Indicatore	Target
DES0095 - Rendicontazione in collaborazione con gli UDP sugli utilizzi delle risorse e sui beneficiari degli interventi: adempimento debiti informativi e rendicontazioni nei tempi e secondo le indicazioni regionali	100%

- Riconoscimento e sostegno caregiver familiari

Indicatore	Target
DES0100 - Evidenza di utilizzo della scheda "Riconoscimento del caregiver familiare" e della "Sezione Caregiver" con valutazione dei bisogni all'interno dei progetti personalizzati che prevedono servizi/interventi finanziati dai fondi caregiver	100% dei progetti attivati/aggiornati nell'anno

- Formazione/aggiornamento operatori dei Servizi sociosanitari accreditati

Indicatore	Target
DES0169 - Previsione, nell'ambito del piano della formazione aziendale, che l'offerta formativa sia estesa alla rete dei servizi sociosanitari accreditati ai fini di adempiere ai requisiti generali riferiti al piano annuale di formazione del personale dei servizi accreditati, sulla base delle esigenze concordate tra la committenza e i gestori	Garanzia di offerta formativa disponibile per i servizi accreditati per le persone anziane n.a. e per le persone con disabilità

- Attivazione e consolidamento del punto unico di accesso PUA nelle case della comunità

Indicatore	Target
DES0092 - Apertura del servizio con presenza sia dei professionisti sociali, sia degli operatori delle professioni sanitarie e individuazione, all'interno della struttura, spazio di uno spazio di operatività per i professionisti sanitari e sociali	100% delle case della comunità hub e spoke realizzate con finanziamenti PNRR

- Individuazione ed attuazione delle modifiche organizzative e dei processi di lavoro necessari a garantire la funzionalità delle Unità di valutazione multidimensionale (UVM) di cui alla riforma nazionale sulla disabilità (D.lgs. 62/2024)

Indicatore	Target
DES0093 - Invio alla Regione dei dati relativi alle UVM funzionanti nell'ambito della disabilità, che verranno richiesti secondo un format predefinito, per definire l'atto regionale attuativo dell'articolo 24, comma 4 della riforma	Risposta nei tempi previsti
DES0170 - Definizione delle modalità per l'individuazione delle figure sanitarie indicate all'articolo 24 della riforma come componenti dell'UVM, al fine di garantire la funzionalità delle Unità di valutazione multidimensionale ed il rispetto dei tempi previsti per il procedimento di definizione del Progetto di vita	Definizione condivisa con gli ATS della procedura

- Monitoraggio indicatore da Nuovo Sistema di Garanzia

Indicatore	Target
D33Za – NSG - Numero di Anziani Non Autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/popolazione residente	> 30
D33Zb – NSG - Numero di persone anziane non autosufficienti in trattamento sociosanitario semi-residenziale/popolazione residente over 75	> 3

- Sviluppo progetti a bassa soglia per persone con demenza e loro caregiver

Indicatore	Target
IND1187 – Numero di progetti a bassa soglia in connessione con associazioni ed enti locali	Almeno 3 per Ausl

2.16. Telemedicina

Nella seconda metà del 2025, la nuova infrastruttura regionale di telemedicina (IRT) prevista dalla programmazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, subintervento M6 C1 I 1.2.3 "Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici", investimento 1.2 "Casa come primo luogo di cura e telemedicina", componente 1 "Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale", è stata collaudata e sono state condotte le azioni propedeutiche all'avvio della sua implementazione. È stata aggiornata la composizione del gruppo regionale di telemedicina, identificando un referente sanitario e un referente tecnico per ciascuna azienda sanitaria. Per garantire l'attivazione graduale e consecutiva di tutte le aziende sanitarie della Regione, è stato condiviso con il fornitore un piano di diffusione oltre alla realizzazione di alcune evolutive. Obiettivo per l'anno 2026 è l'attivazione di almeno un servizio di telemedicina previsto dalla IRT per ciascuna azienda sanitaria della regione, che consentirà di migliorare, ottimizzare e rendere più accessibili ed efficaci i processi clinico assistenziali, attraverso l'integrazione sempre maggiore della telemedicina nei servizi.

Indicatori	Target
IND1228 – Attivazione di almeno un servizio di telemedicina (televisita/teleconsulto/telecontrollo/teleassistenza) con l'infrastruttura regionale di telemedicina (IRT)	≥ 1

3. Assistenza Ospedaliera

3.1. Emergenza-urgenza ospedaliera

Con il DM n. 77 del 21 aprile 2022, il Ministero ha dato il via ad un nuovo modello organizzativo con una maggiore presa in carico territoriale e ha dato indicazioni sull'estensione degli orari di apertura delle case della comunità; inoltre, ha formalizzato la creazione di centrali operative 116117 per le cure mediche non urgenti e per tutte le esigenze sanitarie o socio-sanitarie, attive 24h al giorno.

In questo contesto, la Regione Emilia-Romagna con delibera 1206/2023 recante "*Linee di indirizzo alle Aziende sanitarie per la riorganizzazione della rete dell'emergenza urgenza in Emilia Romagna*" ha redatto un piano di riorganizzazione della rete dell'emergenza urgenza, con l'intenzione di trasferire gli accessi potenzialmente inappropriati, verso strutture per la gestione di urgenze differibili e non urgenze, definendo la tipologia di casistica, i requisiti delle strutture e la tipologia di servizi erogati. Le centrali 118 e le future centrali 116117, cooperando e comunicando a livello informativo, hanno il compito di migliorare la tempestività di presa in carico dei cittadini, migliorando il tempo di attesa per la risposta alle necessità più impellenti.

Indicatori	Target
DES0027 - Attuazione del nuovo assetto dell'emergenza territoriale tramite l'istituzione del Dipartimento "Polo delle Centrali Operative e del servizio di elisoccorso" per ogni area omogenea (Emilia Ovest, Emilia Est, Romagna) e relativa assegnazione delle strutture complesse	100%
DES0028 - % di MSA con ≥ 3 servizi/die per area omogenea (Emilia Ovest, Emilia Est, Romagna)	$\geq 85\%$

Proseguono le attività di monitoraggio sui tempi di attesa in Pronto Soccorso e gli incontri tra la Direzione Generale Cura della Persona e interlocutori Aziendali (Direzioni Sanitarie, RAE, DEA, ICT) per l'analisi dei dati di performance e dei flussi relativi all'ambito emergenza-urgenza.

Il DM 17/12/2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza - urgenza" introduce all'interno del flusso ministeriale EMUR-NSIS la presenza del codice identificativo 'missione 118' nel tracciato Pronto Soccorso.

La DGR 1129/2019 ha inoltre previsto l'adeguamento dei sistemi informativi di PS per garantire l'interoperabilità con gli applicativi gestionali ospedalieri e di emergenza territoriale 118. I sistemi informativi dovranno pertanto prevedere l'attuazione di una procedura per garantire il collegamento tra il flusso del Pronto Soccorso e quello dell'Emergenza Territoriale.

Indicatori	Target
<i>Rispetto dei tempi d'attesa</i>	
IND0775 - % accessi con permanenza $< 6 + 1$ ore in PS generali e PPI ospedalieri con più di 45.000 accessi	$\geq 80\%$
IND0776 - % accessi con permanenza $< 6 + 1$ ore in PS generali e PPI ospedalieri con meno di 45.000 accessi	$\geq 90\%$
<i>Interoperabilità flussi</i>	
IND0920 - Link PS-118: % compilazione codice missione	$\geq 80\%$

Centrali Operative 118 ed emergenza territoriale

L'intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso in codice rosso rappresenta un indice di qualità della risposta del sistema di emergenza territoriale. Tale intervallo è inserito nei LEA unitamente al numero di interventi per le patologie First Hour Quintet (FHQ) effettuati con mezzo di soccorso avanzato sul totale degli interventi per patologie FHQ.

Per garantire il mantenimento delle competenze degli operatori dei mezzi di soccorso avanzati si considera il numero medio di servizi giornalieri effettuati, avendo come riferimento la percentuale dei mezzi che superano la soglia fissata, in rapporto al numero di mezzi sanitari avanzati impiegati nell'area omogenea.

L'indicatore D08C misura la capacità del sistema di emergenza territoriale di riconoscere precocemente le patologie tempo-dipendenti del First Hour Quintet e di attivare in modo appropriato mezzi di soccorso avanzato. Una quota elevata di interventi FHQ con mezzo avanzato è espressione di qualità del dispatch e adeguata stratificazione del rischio. L'obiettivo per le Aziende è il rafforzamento di triage e dispatch basati su evidenza e monitoraggio continuo dei processi. Il miglioramento dell'indicatore riflette maturità organizzativa del sistema 118, non semplice incremento quantitativo delle risorse.

Al fine di sviluppare e mantenere le competenze necessarie per la gestione delle emergenze anche nelle condizioni di attivazione delle procedure di Disaster Recovery e Business Continuity, le Aziende Sanitarie sedi di Centrali Operative 118 (AUSL di Bologna, l'Azienda USL della Romagna e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma) devono garantire la funzione di interoperabilità delle Centrali 118, attraverso la rotazione degli operatori nelle tre Centrali Operative 118.

Le Aziende Sanitarie che svolgono servizio di emergenza territoriale assicurano l'applicazione omogenea dei protocolli infermieristici avanzati, adottati ai sensi dell'art. 10 DPR 27 marzo 1992, tenuto conto del contesto di riferimento e in conformità con le indicazioni contenute nella DGR 508/2016.

Si ritiene prioritario incentivare iniziative e progetti di "defibrillazione precoce territoriale" da parte di personale non sanitario. A tal fine, le Aziende Sanitarie assicurano l'adeguato supporto al percorso di accreditamento dei centri di formazione BLS per personale laico, verificando la qualità dei corsi erogati e la localizzazione dei defibrillatori attraverso l'APP DAE-Responder.

Numero di emergenza europeo 112

Con DGR 1993/2019 sono state fornite le disposizioni in ordine alla realizzazione sul territorio della Regione Emilia-Romagna del servizio "Numero Unico di Emergenza Europeo 112" individuando a tale scopo due Centrali Uniche di risposta collocate rispettivamente presso l'Azienda USL di Bologna e presso l'Azienda Ospedaliera di Parma. Con DGR 1241/2022 è stato istituito il coordinamento regionale per la realizzazione sul territorio dell'Emilia-Romagna del NUE, con compito di raccordo ed indirizzo delle azioni per l'attuazione del progetto, individuando l'Azienda Ospedaliera di Parma quale sede organizzativa regionale.

Con DGR 1206/2023 è prevista l'istituzione all'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma una struttura complessa a carattere gestionale e organizzativo, con il compito di predisporre e attuare proposte in ordine allo sviluppo e gestione del 112, in relazione alle diverse articolazioni che gestiscono gli aspetti organizzativi, operativi e tecnologici del 118.

Con DGR 1468/2024 è prevista l'istituzione dei "Nuovi poli delle Centrali operative e del servizio di elisoccorso regionali" presso l'Azienda USL di Bologna, Azienda USL della Romagna e Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma con lo scopo principale di fornire alle Aziende Sanitarie gli elementi necessari affinché le attività di pianificazione dei servizi di Emergenza Territoriale, Emergenza Ospedaliera e Cure Primarie siano rispondenti all'evoluzione delle norme tecniche e organizzative e della più complessiva strategia dell'assistenza ai cittadini sia in emergenza urgenza che in condizioni di non urgenza.

Numero Europeo Armonizzato 116117

Con DGR 459/2024 è stato approvato, in attuazione dell'Accordo Stato-Regioni del 24 novembre 2016, il documento denominato "Modello organizzativo e tecnologico delle Centrali Operative NEA 116117 della Regione Emilia-Romagna". Con nota 0008083-09/04/2024-DGPROGS-MDS-P del Ministero della Salute è stata autorizzata l'attivazione del Numero Europeo Armonizzato 116117 in Emilia-Romagna, secondo quanto previsto dalla DGR succitata.

Aziende Sanitarie	Indicatori	Target
Tutte le AUSL e AOU Parma	D09Z – NSG - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (corrispondente al 75° percentile della distribuzione dei tempi che intercorrono tra l'inizio della chiamata telefonica alla centrale operativa del 118 e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul luogo dell'evento che ha generato la chiamata con codice di criticità presunto rosso)	≤18'
	D08C – NSG - % di interventi per le patologie First Hour Quintet (FHQ) effettuati con mezzo di soccorso avanzato sul totale degli interventi per patologie FHQ	≥ 95%
AUSL Bologna AUSL Romagna AOU Parma	DES0171 - Attivazione del Numero Europeo Armonizzato 116117	100%

3.2. Percorso chirurgico

Il percorso del paziente sottoposto ad intervento chirurgico costituisce un tema fondamentale nell'ambito della produzione ospedaliera. A seguito dell'emergenza pandemica, sono state messe in atto misure per favorire il recupero delle liste di attesa per intervento chirurgico con una prioritizzazione sulla base dell'appropriatezza prescrittiva e organizzativa, con l'obiettivo di ridurre la variabilità di comportamento tra le diverse Aziende sanitarie.

L'utilizzo della chirurgia robotica presenta una significativa variabilità sul territorio regionale. Nonostante le evidenze fornite dall'Health Technology Assessment, spesso non utilizzate come riferimento, fino ad oggi non erano state definite linee guida di rilievo né attivato un monitoraggio strutturato. Si ritiene quindi essenziale avviare un sistema di monitoraggio che, oltre all'analisi dei costi e degli esiti, assicuri volumi minimi di attività su queste piattaforme, valorizzato in minimo 350 interventi annui per ogni attrezzatura.

Indicatore	Target
IND1164 - % interventi chirurgici con tecnica robotica (RAS) autorizzati da RER (vedi elenco in Delibera dedicata) sul totale di quelli eseguiti in RAS	≥ 80%

3.3. Tempi di attesa

Durante il 2025, si è continuato il focus su una migliore gestione della chirurgia a bassa complessità ed alti volumi, con particolare riferimento all'attività erogata in committenza sul privato accreditato.

Si è mantenuto l'impegno con indicatore apposito di recupero dell'attività oltre tempo massimo. Il recupero di gran parte della casistica ha contribuito ad un livello di performance di erogato entro i tempi ancora sotto i livelli ottimali.

Nonostante il contesto descritto in premessa, nel 2025 le Aziende hanno raggiunto buone performance di recupero della casistica pregressa.

Per il 2026 viene dato mandato alle Aziende di perseguire, all'interno della pianificazione aziendale, un miglioramento rispetto alla performance 2025, con riferimento alle prestazioni erogate entro i tempi per gli interventi oggetto di monitoraggio, in particolare per le posizioni monitorate in classe di priorità A 30 gg.

Durante il 2026 verrà attivata la possibilità per tutti i pazienti in lista di attesa presso strutture emiliano-romagnole di consultare la propria posizione attraverso un portale apposito, garantendo maggiore trasparenza e accessibilità alle informazioni.

Contestualmente, verrà attivato da parte della Direzione Salute e Welfare un portale ad uso interno delle Aziende per migliorare ulteriormente la qualità del monitoraggio dell'attività chirurgica programmata per le Aziende sanitarie regionali.

Le Aziende devono altresì garantire la corretta e completa alimentazione del flusso informativo del Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa - SIGLA, strumento attraverso il quale la Regione monitora i tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato in modo prospettico; la Regione provvederà inoltre a valutare la completezza del flusso SIGLA mediante linkage con il flusso SDO.

Si conferma che il raggiungimento del target sull'indicatore di completezza SIGLA/SDO concorreranno per ogni Azienda committente le posizioni inserite anche dalle strutture private accreditate.

Per ogni Azienda sanitaria dovrà essere assicurata l'analisi dell'appropriatezza e la conseguente omogeneizzazione organizzativa e clinica dei percorsi di valutazione pre-operatoria e di gestione peri-operatoria del paziente. Per ciascuna struttura dovrà essere conseguita l'unificazione dell'organizzazione del percorso.

Le Aziende devono infine predisporre materiali informativi uniformi, di livello almeno intra-aziendale, inerenti alle modalità di accesso alle prestazioni di ricovero programmato. Rispetto agli elementi di trasparenza si richiama la necessità di pubblicazione dei dati, come previsto dalla normativa.

Indicatori	Target
IND1015 - Tempi di attesa retrospettivi per interventi oncologici monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	≥ 90%
IND1016 - Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: % casi entro i tempi di classe di priorità	≥ 85%
IND1017 - Tempi di attesa retrospettivi per interventi cardiovascolari monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	≥ 90%
IND1018 - Tempi di attesa retrospettivi per interventi di chirurgia generale monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	≥ 75%
IND1229 - Tempi di attesa retrospettivi per tutti gli interventi monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di <u>classe di priorità A (30 gg)</u>	≥ 90%
IND0982 - Indice di completezza SIGLA / SDO per tutti gli interventi chirurgici programmati	≥ 90%
IND0984 - Recupero degli interventi chirurgici scaduti entro il 31/12 dell'anno precedente (<i>anno 2025</i>)	≥ 80%
IND0985 - Variazione % dell'arruolamento in lista nell'anno in corso (<i>anno 2026</i>)	≤ 1%

3.4. Piattaforme operative diagnostiche e terapeutiche (NGS)

La piattaforma operativa costituisce la modalità organizzativa idonea a garantire l'accesso diffuso e omogeneo a procedure complesse e ad alta evolutività tecnologica, attraverso la concentrazione delle risorse umane e tecnologiche, la condivisione dei protocolli operativi e delle iniziative di formazione specialistica, e la sostenibilità dell'innovazione.

A completamento del percorso di riorganizzazione dei laboratori di biologia molecolare presenti sul territorio regionale avviato dal D.M. n. 73/2021, con DGR n. 2140 del 12 dicembre 2023 *"Istituzione del gruppo multidisciplinare Molecular Tumor Board nell'ambito della Rete Oncologica ed Emato-oncologica della regione Emilia-Romagna. Individuazione delle piattaforme integrate per la profilazione genomica estesa next generation sequencing (NGS), in attuazione del Decreto del Ministero della Salute 30 maggio 2023"* sono state individuate quattro piattaforme diagnostiche sovraziendali, comuni a differenti ambiti patologici (oncologia e oncoematologia, genetica medica, virologia, etc):

1. Piattaforma interprovinciale integrata di diagnostica molecolare avanzata di next-generation sequencing (NGS) presso Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e Azienda Usl di Piacenza;
2. Piattaforma interprovinciale presso Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, Azienda Usl di Modena (Piattaforma Interaziendale NGS) e Azienda Usl-IRCCS di Reggio Emilia;
3. Piattaforma interprovinciale presso IRCCS Azienda Ospedaliera - Universitaria di Bologna e Azienda Ospedaliera - Universitaria di Ferrara;
4. Piattaforma IRCCS "Dino Amadori" Meldola (FC) – AUSL Romagna.

Indicatori	Target
IND1043 - % di esami di biologia molecolare avanzata con tecnica NGS prodotta dalle 4 piattaforme regionali (identificate con un solo HPP) (Parma-Piacenza, Reggio-Modena, S. Orsola, Meldola/Pievesestina)	≥ 90%

3.5. Indicatori DM 70/2015: volumi ed esiti

In attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera, previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015, nel rispetto dei valori soglia di tutti gli indicatori sui volumi ed esiti indicati si dispone la concentrazione degli interventi previsti. Il monitoraggio dell'attività verrà effettuato tramite i dati presenti nelle banche dati disponibili ed aggregati per reparto.

In particolare, le Aziende devono raggiungere l'obiettivo di erogazione degli interventi di colecistectomia laparoscopica in reparti con più di 100 interventi/anno e di frattura di femore in reparti con più di 75 interventi/anno.

Le Aziende sanitarie dovranno governare anche l'adeguata offerta delle strutture private accreditate, avviando programmi di progressiva adesione agli standard qualitativi e quantitativi individuati dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015 o di superamento delle attività specifiche qualora le strutture dovessero risultare non in linea con tali parametri. Ciò anche mediante la previsione nell'ambito dei contratti di fornitura di indicazioni in merito a: ruolo delle strutture private con volumi al di sopra o prossimi alle soglie nelle reti provinciali, necessità di discussione multidisciplinare dei casi, predisposizione di PDTA integrati pubblico/privato.

Indicatori	Target
IND0379 - <i>Costituzione Focus Factory per interventi medio-bassa complessità</i> - Colecistectomia laparoscopica: % di interventi in reparti sopra soglia (100)	≥ 95%
IND0770 - Frattura di femore: % di interventi in reparti sopra soglia (75)	≥ 95%

Appropriatezza delle cure: indicatori del Nuovo Sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria

Nell'ambito della verifica dei LEA, il DM 12 marzo 2019 – “Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria”, operativo dal 1° gennaio 2020, ha identificato per l'analisi dell'Assistenza Ospedaliera un set di indicatori cosiddetti “Core”, che risultano determinanti per la valutazione complessiva a livello nazionale dell'area stessa e che recentemente sono stati rivisti e ampliati dal Comitato LEA.

Per quanto riguarda gli *interventi chirurgici relativi al trattamento del tumore della mammella*, si ribadisce che sono stati identificati 12 Centri di Senologia (CdS) a direzione pubblica cui afferiscono le funzioni di coordinamento della rete territoriale e la responsabilità complessiva di gestione del processo. Pertanto, tali attività sono da effettuarsi esclusivamente nella rete definita a livello regionale.

Relativamente alla percentuale di pazienti ultrasessantacinquenni con frattura del collo del femore operati entro 48 ore dal momento del ricovero, si richiama l'attenzione al raggiungimento o mantenimento di livelli indicati al punto riguardante il Nuovo Sistema di Garanzia. Si precisa che, anche in presenza di valori target degli indicatori, le eventuali riduzioni rispetto al dato storico saranno oggetto di valutazione negativa.

Per quanto riguarda la colecistectomia laparoscopica le Aziende devono rispettare il valore della degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni nel 90% dei casi.

Si conferma per ogni centro che tratti casistica chirurgica oncologica il vincolo a garantire che l'indicazione chirurgica venga posta a seguito di una valutazione multidisciplinare e ad assicurare adeguati volumi di attività per singole tipologie di interventi in relazione al miglioramento degli esiti. Si raccomanda quindi a tutte le Aziende il miglioramento delle performance (in termini di adeguatezza dei volumi) per operatore e per struttura delle seguenti casistiche: tumore della mammella, PTCA, fratture di femore.

Nuovo Sistema di Garanzia (DM 12/03/2019) - Obiettivi 'CORE' dell'Area di Assistenza Ospedaliera

Indicatori	Target
H02Z – NSG - Quota interventi per TM mammella eseguiti in reparti con volume di attività >150 (con 10% tolleranza)	100%
H03C – NSG - Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	≤ 2,66
H04Z - NSG – Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	≤ 0,15
H05Z - NSG – Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	≥ 90%
IND1013 – NSG - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario	≥ 80%
H17C - NSG – % parti cesarei primari in strutture con <1.000 parti	≤ 15%
H18C – NSG – % parti cesarei primari in strutture con ≥1.000 parti	≤ 20%
D01C – NSG - Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA)	≤ 14,55%
D02C - NSG - Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico	<=14,05%
H23C – NSG - Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico	≤ 7,25%

3.6. Reti cliniche di rilievo regionale

Sono obiettivi regionali per l'anno 2026:

- la revisione degli obiettivi delle reti esistenti, delle commissioni e dei relativi gruppi di lavoro;
- il monitoraggio degli assetti di rete definiti;
- la definizione di nuove proposte di organizzazione di rete negli specifici ambiti.

È obiettivo per le Aziende Sanitarie la garanzia della partecipazione fattiva e del

supporto dei propri professionisti agli organismi sopra indicati, avuto riferimento ai ruoli formalmente attribuiti e ai mandati conferiti dai provvedimenti regionali di costituzione. La Direzione Generale dovrà altresì favorire iniziative di rilevazione dell'esperienza del paziente (PREMs - Patient Reported Experience Measures) e esiti (PROMs - Patient Reported Outcome Measures) con lo scopo di riorganizzare e migliorare i processi di cura.

Di seguito si riportano gli obiettivi relativi a specifici ambiti.

3.6.1. Ambito cardiologico

Nel 2026 si proseguirà con la verifica dell'aderenza agli standard delle Unità operative ospedaliere per il trattamento dei pazienti con infarto miocardico acuto previsti dal DM 70/2015, dalla DGR 2040/2015 e dall'Accordo Stato Regioni del 24 gennaio 2018. Verrà monitorata l'applicazione dell'aggiornamento della DGR 2185/2019 "Definizione della rete della Cardiologia Interventistica Strutturale dell'Emilia-Romagna - Approvazione di indicazioni regionali per il trattamento della stenosi aortica avanzata con impianto transcateretere di protesi valvolare aortica (TAVI)".

Per garantire un completo ritorno di informazioni ai clinici e alle direzioni aziendali sugli esiti clinici e organizzativi delle attività svolte nei centri di elettrofisiologia, emodinamica e cardiocirurgia pubblici e privati accreditati della Regione, l'Emilia-Romagna ha istituito tre database clinici (RERAI, RERIC e REAL). Avviati inizialmente in fase sperimentale nel 2002 e resi strutturali dal 2014, questi database rappresentano un debito informativo per le aziende sanitarie e sono regolati dalla circolare regionale n.14 del 2014. Nel corso dell'anno 2026 saranno avviati gruppi di lavoro regionali, con il coinvolgimento di operatori e clinici aziendali, per l'analisi delle specifiche tecniche e delle eventuali esigenze di aggiornamento dei tre database. Si chiede alle aziende sanitarie di valutare le eventuali criticità per garantire un'accurata compilazione di tali database, sia per la registrazione delle informazioni cliniche, sia per la corretta identificazione dei dispositivi impiegati.

Indicatori	Target
IND1254 – Per centri Hub della Rete Cardiologica: differenza tra % entro i tempi di classe di priorità per TAVI su pazienti residenti in Regione e % entro i tempi di classe di priorità per TAVI su pazienti residenti fuori Regione	≤ 5%
IND0947 - % Pazienti con STEMI soccorsi dal 118 e portati direttamente in Emodinamica (fast track)	≥ 70%

Appropriatezza delle cure: indicatori del Nuovo Sistema di garanzia per il monitoraggio e la valutazione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici-Assistenziali (PDTA)

Il PDTA è una "sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi professionisti (oltre al paziente stesso) al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica situazione patologica o l'assistenza sanitaria necessaria in particolari condizioni della vita.

Nell'ambito del NSG-PDTA per lo scompenso cardiaco, alcune prestazioni individuate secondo linee guida permettono di osservare i comportamenti professionali nella pratica clinico-assistenziale, pur nei limiti della complessità dei trattamenti e dell'aggiornamento continuo delle raccomandazioni scientifiche.

Indicatori	Target
PDTA03A – NSG – % di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico con ACE inibitori o sartani	≥ 65%
PDTA03B – NSG – % di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico con beta-bloccanti	≥ 75%
PDTA04 – NSG - % di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco con un adeguato numero di ecocardiogrammi	≥ 25%
PDTA01 – NSG – % di pazienti con diagnosi BPCO che aderiscono al trattamento farmacologico con broncodilatatori a lunga durata d'azione	≥ 50%

3.6.2. Ambito oncologico ed emato-oncologico

A seguito dell'istituzione della Rete Oncologica ed Emato-oncologica della Regione Emilia-Romagna con DGR n. 2316/2022, nel 2024 le Aziende sanitarie devono proseguire nell'attuazione delle indicazioni di cui si tratta alla DGR, in particolare dovranno dar seguito a quanto previsto dai propri atti deliberativi in materia di Rete Oncologica ed Emato-Oncologica provinciale e del Dipartimento Oncologico ed Emato-Oncologico provinciale/area metropolitana/Romagna.

In coerenza con quanto disposto da Agenas sul monitoraggio delle attività delle Reti Oncologiche Regionali, si invitano le Aziende Sanitarie alla concentrazione delle attività chirurgiche per tumore maligno del colon, dello stomaco e dell'ovaio in ospedali e reparti con adeguati volumi e competenze specifiche.

Indicatore	Target
IND1044 - Tumore maligno del colon: % di interventi in reparti sopra soglia (50)	≥ 90%
IND1208 - Tumore maligno del pancreas: % di interventi in reparti sopra soglia (30)	≥ 90%
IND1178 - Tumore maligno dello stomaco: % di interventi in reparti sopra soglia (20)	≥ 75%
IND1230 - Tumore maligno della prostata: % di interventi in stabilimenti sopra soglia (30)	≥ 90%
IND1231 - Tumore maligno dell'ovaio: % di interventi in stabilimenti sopra soglia (20)	≥ 90%
IND1232 - Tumore maligno dell'utero: % di interventi in stabilimenti sopra soglia (20)	≥ 90%
IND1233 - Tumore maligno del polmone: % di interventi in stabilimenti sopra soglia (85)	≥ 90%

3.6.3. Rete dei Centri di Senologia

Nel 2026 prosegue il monitoraggio dell'attività della Rete regionale dei Centri di Senologia dell'Emilia-Romagna, finalizzata all'erogazione di un'assistenza di qualità lungo tutto il percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (DGR 345/2018). Il volume di casi di tumore maligno della mammella trattati per anno superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi e la proporzione di re-intervento entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo fanno parte del sistema core degli indicatori di valutazione del Nuovo Sistema di Garanzia (D.M. 12 marzo 2019).

Le Aziende devono proseguire il monitoraggio dell'organizzazione e funzionamento dei Centri, garantendo che l'indicazione chirurgica sia posta a seguito di valutazione multidisciplinare e assicurando il monitoraggio dei livelli di assistenza richiesti, in primis l'adeguato volume di attività e la proporzione di re-interventi.

Con DGR n. 14 del 08/01/2024 "Percorso per la sorveglianza a lungo termine della donna con pregresso tumore della mammella - Indicazioni regionali" si è proceduto a definire il rientro nel percorso sistematico dello screening per le donne in età da screening dopo dieci anni dall'intervento chirurgico per tumore della mammella.

Indicatori	Target
PDTA061 – NSG – % di nuovi casi operati per tumore della mammella sottoposti a chirurgia radicale e/o conservativa, che ha effettuato una mammografia nei 60 giorni precedenti l'intervento	≥ 75%
PDTA062 – NSG – % di nuovi casi con tumore della mammella che iniziano una terapia medica entro 45 giorni successivi la data dell'intervento chirurgico	≥ 65%
PDTA063 – NSG – % di nuovi casi operati per tumore infiltrante della mammella sottoposti a chirurgia conservativa e terapia medica adiuvante, che avviano un trattamento di radioterapia entro 365 giorni dall'intervento	≥ 90%
PDTA064 – NSG – % di nuovi casi con tumore della mammella che effettuano almeno una mammografia nei 18 mesi successivi la data dell'intervento chirurgico eseguito durante il ricovero indice	≥ 90%

3.6.4. Ambito traumatologico

La Rete regionale del trauma ha l'obiettivo di garantire a tutti i pazienti vittime di trauma maggiore una risposta assistenziale tempestiva, appropriata e di qualità omogenea su tutto il territorio regionale. Il modello organizzativo Hub & Spoke assicura la centralizzazione dei pazienti in stabilimenti con elevata competenza e la continuità di cura lungo l'intero percorso assistenziale. L'efficacia della rete si misura nella capacità complessiva di ridurre mortalità ed esiti permanenti invalidanti degli eventi traumatici maggiori.

Nel 2026 si persegue l'obiettivo di consolidare l'efficacia dei sistemi integrato di assistenza al trauma (SIAT). L'indicatore, quale misura precoce di esito, valuta la capacità dei Trauma Centre di garantire trattamenti tempestivi e appropriati nelle fasi acute più critiche del trauma maggiore.

Indicatori	Target
IND1234 - Mortalità a 30 giorni dal ricovero per un episodio di trauma maggiore	≤ 25%

3.6.5. Ambito Neuroscienze

Vista la DGR n. 2060/2021 "Approvazione di linee di indirizzo per l'organizzazione della rete cerebrovascolare dell'Emilia-Romagna" che contiene indicazioni inerenti alla Rete della Patologia Cerebrovascolare (Ictus Ischemico ed Emorragico ed Emorragia Subaracnoidea), sarà verificata l'aderenza agli standard delle Unità ospedaliere per il trattamento dei pazienti con ictus previsti dal DM 70/2015: Stroke Unit di I° livello e di II°. Per le Aziende sanitarie sedi di Stroke Unit di II° livello (Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma; Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, Azienda USL di Bologna – IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, Azienda USL della Romagna presso Ospedale Bufalini di Cesena) sarà verificata l'aderenza allo standard di trattamento di almeno 500 casi/anno di ictus. L'indicatore IND0718 - % casi di ictus con transito in stroke unit valuta entrambi i livelli stroke. Poiché l'organizzazione Stroke Unit è efficace nella riduzione della mortalità a 30 giorni per ictus ischemico acuto e che questo effetto dipende sia dal transito in stroke unit e sia dalle terapie di riperfusione endovascolare effettuate, nel 2026, le percentuali di effettuazione delle terapie di perfusione endovascolare (Trombolisi e.v. che è effettuata nelle stroke unit di I° e II° livello e Trombectomia Meccanica, effettuata solo nelle stroke unit di II° livello) saranno monitorate.

Indicatori	Target
IND0717 - % di casi di ictus con centralizzazione primaria	≥ 90%
IND0718 - % casi di ictus con transito in stroke unit	≥ 75%

Viste le DGR n. 1172/2018, n. 2199/2019 e n. 2184/2109 (rispettivamente per la Chirurgia dell'Epilessia, per la Neurochirurgia Pediatrica e per la Neurochirurgia dell'Ipofisi), devono essere monitorate le suddette reti in termini di volumi di attività e contenimento della mobilità passiva.

Indicatore	Target
IND1235 - % interventi di Neurochirurgia Pediatrica erogati in HUB su totale interventi erogati	≥ 95%

3.6.6. Ambito nefrologico

Il monitoraggio della mortalità a 30 giorni dal ricovero per insufficienza renale cronica, patologia cronica ad elevata complessità, riflette l'efficacia complessiva del percorso clinico-assistenziale, dalla gestione acuta alla continuità delle cure dopo la dimissione. La capacità di un ospedale di ridurre la mortalità a breve termine nei pazienti con insufficienza renale cronica è infatti strettamente legata all'appropriatezza delle cure erogate, alla presa in carico multidisciplinare e alla qualità del follow-up, elementi fondamentali per garantire equità ed efficacia nell'assistenza.

Nel 2026 le aziende devono perseguire il seguente obiettivo:

Indicatori	Target
IND1236 - Mortalità a 30 giorni dal ricovero per insufficienza renale cronica	≤ 7,31%

3.6.7. Rete Malattie Rare

Con DGR n. 572 del 22/04/2025 si è definita la revisione della rete regionale dei centri di riferimento per le malattie rare dopo l'ultima approvata con DGR n. 1096/22., nell'ottica della maggiore centralizzazione pur nella garanzia della valorizzazione delle competenze specialistiche.

Le Aziende Sanitarie sede di centro Hub delle reti H&S per le malattie rare devono garantire ai pazienti un accesso diretto per la conferma diagnostica entro tempi compatibili con la potenziale progressione della patologia, la conferma diagnostica e la presa in carico multidisciplinare favorendo la funzionalità delle reti intraziendali, rivolgendo particolare attenzione alle attività di counselling genetico e psicologico per pazienti e familiari e alla transizione fra i percorsi pediatrici e quelli dell'adulto, anche eventualmente mediante l'individuazione di referenti clinici e di percorsi integrati.

In relazione al Piano Nazionale Malattie Rare 2023-2026, sono state previste a livello nazionale delle linee progettuali dedicate alle malattie rare con relativo finanziamento, e ogni Azienda ha individuato i progetti da implementare per attuare quanto previsto dal Piano Nazionale stesso. Nel corso del 2026, a fronte della seconda trince del finanziamento, le Aziende dovranno garantire la prosecuzione dei progetti implementati.

Indicatore	Target
DES0172 - Formalizzazione, nell'ambito dei Centri Hub delle Reti Hub&Spoke per le malattie rare, dei percorsi multidisciplinari necessari per la presa in carico complessiva del paziente	100%

3.6.8. Rete delle cure palliative pediatriche (CPP)

La DGR 857/2019 ha approvato il "Documento di percorso CPP Regione Emilia-Romagna" che ha definito i ruoli e le interconnessioni fra i nodi della rete (nodo ospedale, nodo territorio, nodo hospice pediatrico) e individuato caratteristiche e compiti delle due strutture di riferimento per le CPP: il Punto Unico di Accesso Pediatrico (PUAP) e l'Unità di Valutazione Multidimensionale Pediatrica (UVMP). Con determina della DGCPWS n. 370/2020 è stato inoltre istituito il gruppo di lavoro regionale per il monitoraggio e l'implementazione della rete delle CPP. Le Aziende sanitarie dovranno riservare una particolare attenzione a questa materia favorendo la partecipazione al progetto di formazione implementato dalla Regione.

Indicatore	Target
DES0173 – Partecipazione al progetto di formazione di almeno ogni referente UVMP e PUAP, oltre alle altre figure necessarie individuate a livello aziendale	100%
IND1237 – Incremento delle dimissioni dall'Hospice pediatrico presso l'Ospedale Bellaria rispetto all'anno precedente	≥ 20%

3.6.9. Screening neonatale per le malattie endocrine e metaboliche ereditarie

Lo screening per le malattie endocrine e metaboliche ereditarie è stato allargato ad un panel di patologie molto più ampio rispetto a quelle individuate a livello nazionale già dall'anno 2010 ed offerto a tutti i nuovi nati della Regione. La L.167/16 e il DM 13 ottobre 2016 hanno definito a livello nazionale un pannello per lo screening (incluso nei LEA). Con DGR 2260/18 è stata recepita la normativa nazionale con una ulteriore definizione del sistema di screening regionale. Il centro screening è stato incaricato di allargare ulteriormente il panel alla SMA e alle Immunodeficienze, e

tale ampliamento è stato definito con DRG n. 1441/24. Nel corso dell'anno 2026 dovranno essere implementate nel pannello dello screening le malattie lisosomiali.

Indicatori	Target
IND1050 - % neonati sottoposti a screening per le malattie endocrine e metaboliche	100%
DES0174 - Inserimento nel panel dello screening delle malattie lisosomiali	100%

3.7. Attività trapiantologica

L'attività di donazione d'organi, tessuti e cellule rappresenta un'attività sanitaria di alta valenza sociale e un atto medico di primaria e assoluta importanza. Il processo di donazione e trapianto di organi rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). La donazione di organi è compito ordinario delle Terapie Intensive e di tutto l'ospedale come atto medico di valore etico e terapeutico successivo all'accertamento di morte con "criteri neurologici" o "cardiaci". La donazione ha sempre rappresentato un obiettivo del SSR e deve esserlo per le singole Aziende e per il singolo operatore. La nostra regione, nel corso degli anni, ha sempre investito sulla crescita e sulla diffusione della cultura "donativa" considerando il processo di donazione d'organi, tessuti e cellule un'attività sanitaria concreta e routinaria al pari di ogni altro atto medico e chirurgico. La donazione degli organi e dei tessuti è la base imprescindibile sulla quale si regge l'attività trapiantologica regionale e di conseguenza la possibilità di cura per pazienti non altrimenti curabili. Sul tema della donazione e del trapianto si intrecciano problematiche di ordine etico, culturale, giuridico, tecnico-scientifico ed organizzativo. Tra i settori di alta specializzazione, il sistema donativo-trapiantologico è una delle reti più complesse e articolata per la molteplicità dei professionisti coinvolti e per le fitte interazioni che lo rendono un modello organizzativo d'eccellenza.

Sono obiettivi per l'anno 2026:

1. Mantenere e migliorare la piena operatività dei Coordinamenti Ospedalieri Procurement (C.O.P.) con assegnazione di personale medico e infermieristico adeguato alle potenzialità donative specifiche dell'Azienda e garantendo ad entrambe le figure ore dedicate al procurement al di fuori delle ore di assistenza (DGR 665/2017). A supporto del Coordinamento Ospedaliero Procurement, nell'ottica di ottimizzare l'attività donativa trasversale a tutto l'Ospedale, continuare sul percorso che preveda l'istituzione di un Comitato Aziendale Ospedaliero alla donazione, presieduto dal Direttore Sanitario, che includa, oltre al Coordinatore Locale, i responsabili delle diverse Unità Operative e servizi sanitari ritenuti strategici nei possibili percorsi donativi intra-aziendali.
2. Per i Presidi Ospedalieri senza neurochirurgia: viene richiesto un Index-1 del Programma Donor Action (determinato dal rapporto, in terapia intensiva, tra il numero dei decessi con patologia cerebrale e il numero dei decessi totali) compreso tra il 15 e il 30%.
3. Per i Presidi Ospedalieri con neurochirurgia: viene richiesto un PROC-2 (Indice di Procurement determinato dal rapporto tra il numero delle segnalazioni di morte encefalica e il numero dei decessi con lesione encefalica acuta) superiore al 50%.
4. Per tutti i presidi Ospedalieri: viene richiesto un incremento del numero dei prelievi per la donazione di organi, tessuti e cellule
5. Un rapporto tra segnalazioni donatori di organi a cuore fermo (DCD) e segnalazioni donatori di organi a cuore battente maggiore o uguale al 15%.

Anche nell'ambito della rete dei trapianti delle cellule staminali ematopoietiche (CSE), con DGR n 1638 del 02/10/2023 "Istituzione Programmi Trapianto di cellule staminali emopoietiche (CSE), ai sensi dell'accordo Stato-Regioni N. 49/CSR/2021 del 05 maggio 2021" sono state individuate le sedi dei Programmi Trapianti. In particolare, per i Programmi Trapianti metropolitani di nuova istituzione, dovranno essere avviate le procedure di attuazione dei criteri organizzativi, strutturali e tecnologici, presenti nel suddetto accordo e recepiti con DGR 1036 del 2022.

Indicatori	Target
<i>Garanzia dell'attività donativo-trapiantologica</i>	
IND1051 - Presidi Ospedalieri senza neurochirurgia: Index-1 del Programma Donor Action (determinato dal rapporto, in terapia intensiva, tra il numero dei decessi con patologia cerebrale e il numero dei decessi totali)	compreso tra il 15% e il 30%
IND1052 - Presidi Ospedalieri con neurochirurgia: PROC-2 (Indice di Procurement determinato dal rapporto tra il numero delle segnalazioni di morte encefalica e il numero dei decessi con lesione encefalica acuta)	≥ 50%
IND1238 - N. di donazioni complessive/N. di donazioni complessive dell'anno precedente	≥ 100%
IND1053 - Tutti i presidi Ospedalieri: livello di opposizione alla donazione degli organi	≤ 30%
<i>Donazione organi</i>	
H09Za – NSG - Donatori di organi in morte encefalica (per milioni di abitanti)	≥ 35

3.8. Controlli sanitari interni ed esterni e codifica delle schede di dimissione ospedaliera

In attuazione agli standard relativi all'assistenza ospedaliera, previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015, deve essere perseguita l'appropriatezza di erogazione dei ricoveri medici e chirurgici in ottemperanza a quanto previsto negli adempimenti LEA.

Particolare attenzione dovrà essere posta agli ambiti e alle discipline che presentano le maggiori criticità (ORL, Ortopedia, Urologia, Gastroenterologia) legate ai DRG potenzialmente inappropriati indicati nell'allegato 6-A) del DPCM 12/01/2017 (LEA), mediante la definizione di percorsi e protocolli specifici per le condizioni suscettibili di trasferimento al regime diurno o ambulatoriale.

Controlli sanitari esterni e interni

Si richiede particolare attenzione nel favorire l'attuazione di quanto contenuto nella Determina DGCPWS n. 9629 del 21/05/2025 (Piano Annuale dei Controlli 2025, cosiddetto PAC), con specifico riferimento al rispetto dei criteri di campionamento e al raggiungimento delle soglie di verifica delle cartelle cliniche per ciascuna tipologia di controllo ivi indicata. Nella compilazione dei campi relativi ai controlli interni ed esterni nel flusso informativo delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) e nella rendicontazione annuale dell'attività di controllo sanitario, si osserva una discreta variabilità interaziendale, è necessario una maggiore attenzione per raggiungere adeguati livelli di completezza.

Per garantire la rendicontazione regionale annuale al Ministero della Salute, ciascuna Azienda, come previsto dalla già citata Determina 9629/2025, dovrà raggiungere almeno la soglia del 2,5% sul totale dei ricoveri per i controlli interni e/o esterni PAC 8, 9 e 10 relativi a:

- 8) DRG 088 e 429, ordinari > 1 g e programmati
- 9) DRG ordinari > 1g, programmati, potenzialmente inappropriati indicati nel DPCM LEA 12/01/2017
- 10) DH medici a carattere diagnostico

Indicatore	Target
IND1239 - % di ricoveri sottoposti a controlli interni ed esterni previsti per ricoveri potenzialmente inappropriati e DH diagnostici (controlli PAC 8, 9 e 10)	≥ 2,5%

3.9. Adempimenti relativi al sistema di classificazione delle diagnosi e delle procedure

L'Art. 1 del Decreto "Aggiornamento dei sistemi di classificazione per la codifica delle informazioni cliniche nei sistemi informativi sanitari: adozione di ICD-10-IM e CIPI" del 23 ottobre 2025 recita che "A decorrere dal 1° gennaio 2027, le informazioni di carattere clinico contenute nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO), quali la diagnosi principale, le diagnosi secondarie, l'intervento chirurgico principale o parto, gli interventi chirurgici secondari o le procedure diagnostiche e terapeutiche secondarie, nonché le informazioni cliniche contenute negli altri flussi informativi sanitari nazionali, sono codificate utilizzando i seguenti sistemi di classificazione e le successive modificazioni ed integrazioni, o le eventuali revisioni:

- *Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati, versione italiana (italian modification) della International Classification of Diseases 10th revision (ICD-10-IM), versione 2025;*
- *Classificazione italiana delle procedure e degli interventi chirurgici (CIPI), versione 2025."*

Nel corso del 2026 la Regione Emilia-Romagna partecipa alla sperimentazione che il Ministero ha proposto alle Regioni con i seguenti flussi informativi: Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), Salute Mentale (SISM) e Dipendenze Patologiche (SIND).

Dal 2027 tutti i flussi informativi sanitari nazionali dovranno utilizzare i nuovi sistemi di classificazione; pertanto, verranno organizzati eventi formativi rivolti al personale sanitario al fine di supportare il passaggio dal vecchio sistema ICD-9-CM ai nuovi standard ICD-10-IM e CIPI.

La formazione in due edizioni ad aprile-maggio è rivolta al personale sanitario che compila la SDO. In ottobre-novembre si passerà a formare il personale sanitario coinvolto nella compilazione dei flussi informativi: PS, ADI, OSCO, SIAR, Hospice, CEDAP, SISM, SIND, Neuropsichiatria infantile, ecc....

Indicatori	Target
DES0175 – Partecipazione del personale sanitario alla formazione sulla SDO (aprile-maggio)	100%

3.10. Accredimento

Negli ultimi anni è stato attivato il progetto di revisione e aggiornamento dei requisiti specifici, previsti dalle normative regionali. Si chiede pertanto alle Aziende di facilitare la partecipazione dei professionisti alle iniziative che verranno previste ed ai lavori programmati.

Si chiede alle Aziende di valutare la rispondenza, o l'avvicinamento nei tempi di adeguamento previsti, ai nuovi requisiti specifici, effettuando attività di audit interno e/o autovalutazione e utilizzando le risultanze dell'attività di verifica interna per attivare azioni di miglioramento finalizzate al pieno raggiungimento della conformità ai requisiti deliberati.

Si chiede alle Aziende la redazione del "Piano programma aziendale per l'Accreditamento/Qualità" con la definizione delle azioni messe in campo nell'anno per il consolidamento/sviluppo/monitoraggio delle iniziative atte a sostenere l'applicazione dei requisiti di accreditamento. Produzione ed invio della relazione di fine anno.

Ai sensi del D.Lgs 261/2007, le Regioni e le Province Autonome, in attuazione della normativa vigente in materia, organizzano, presso i servizi trasfusionali e le unità di raccolta sangue, attività di verifica finalizzate all'accertamento della rispondenza ai requisiti previsti a distanza non superiore a due anni.

Nel corso dell'anno le Aziende per le cui strutture è prevista la scadenza del termine, dovranno superare le verifiche relative al Sistema Trasfusionale effettuate dall'OTA su mandato della DG Cura della Persona, Salute e Welfare.

Indicatore	Target
DES0060 - Predisposizione del piano programma aziendale annuale per l'Accreditamento/Qualità	100%

3.11. Sicurezza delle cure

Nel 2024 l'Osservatorio Regionale per la Sicurezza delle Cure (Determina Dirigenziale Num. 16396 del 08/08/2024) ha elaborato e trasmesso il Piano Strategico Regionale per la Sicurezza delle Cure e Gestione del rischio sanitario (PSR-ER) che fornisce indicazioni alle Aziende sanitarie, agli IRCCS e agli Ospedali privati accreditati per il raggiungimento degli obiettivi e la realizzazione delle attività negli specifici ambiti di attività per il biennio 2025-2026 (Prot. 13/01/2025.0026394.U). Le Aziende sanitarie dovranno fare riferimento per la elaborazione e attuazione del Piano-Programma annuale per la Sicurezza delle cure (PPSC), a tutte le tematiche del PSR-ER, per quanto applicabili nel proprio contesto organizzativo, con particolare riguardo alle tematiche relative alla prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza e antimicrobico resistenza, al miglioramento della qualità assistenziale, alla prevenzione del rischio di suicidio negli ambiti ospedalieri e territoriali e negli Istituti penitenziari e alla gestione proattiva dei rischi nell'utilizzo di tecnologie digitali innovative (es. telemedicina, intelligenza artificiale, ecc.).

Nel 2023 è stato diffuso, con nota Prot. 05/12/2023.1215590.U, il documento "VISITARE: promozione della rete della sicurezza e implementazione delle raccomandazioni per la continuità delle cure tra ospedale e territorio", alle cui indicazioni le Aziende sanitarie dovranno fare riferimento, per l'effettuazione di "visite per la sicurezza" nei setting ospedalieri, territoriali e socio-sanitari, al fine di individuare i pericoli presenti e adottare le relative misure di contenimento e prevenzione.

Proseguono le attività per migliorare la sicurezza in chirurgia mediante l'applicazione della check-list SSCL (progetto SOS-Net) nelle procedure chirurgiche e nel taglio cesareo e l'esecuzione di osservazioni dirette in sala operatoria effettuate mediante l'utilizzo della "App regionale OssERvare". Inoltre, con la Circolare n. 7/2025 sono state trasmesse alle Aziende sanitarie e agli Ospedali privati accreditati (Prot. 05/11/2025.1092699.U) le specifiche tecniche del "Nuovo flusso SSCLAMB - Surgical Safety Check-list Ambulatoriale" per l'applicazione di una check-list semplificata per le procedure chirurgiche ambulatoriali e per gli interventi di cataratta.

Si chiede alle Direzioni delle Aziende sanitarie di proseguire con l'utilizzo della SSCL SOS-Net negli interventi chirurgici in sala operatoria e di taglio cesareo, di eseguire le osservazioni dirette in sala operatoria e di applicare la nuova SSCL-AMB nelle procedure chirurgiche ambulatoriali e negli interventi di cataratta.

Al fine di facilitare il monitoraggio delle attività svolte nelle Aziende sanitarie, è stato definito un indicatore combinato sulla sicurezza in chirurgia che consente di valutare contestualmente l'utilizzo della SSCL nei diversi ambiti chirurgici e l'esecuzione delle osservazioni dirette mediante l'utilizzo della "App regionale OssERvare" su procedure chirurgiche e taglio cesareo. Tale indicatore

combinato, che può raggiungere un valore massimo di 10 punti (8 punti per Ausl di Ferrara e IRCCS IOR, in quanto non risulta applicabile l'indicatore per la SSCL nel taglio cesareo), viene calcolato sommando i punteggi delle seguenti componenti:

- corrispondenza SSCL rispetto alla SDO per le procedure classificate AHRQ4 (max. 5 punti)
- corrispondenza SSCL rispetto alla SDO per procedure con taglio cesareo (max. 2 punti)
- avvio nuovo flusso SSCLAMB - Surgical Safety Check-list Ambulatoriale (max. 2 punti)
- osservazioni dirette in sala operatoria (max. 1 punto)

Miglioramento della qualità assistenziale

Per quanto riguarda il miglioramento della qualità assistenziale, nel 2026 dovrà proseguire l'impegno delle Aziende sanitarie nel garantire le attività per l'implementazione delle linee di indirizzo e delle buone pratiche regionali diffuse negli anni precedenti, con particolare riferimento a: "Linee di indirizzo regionali sulle cadute in ospedale" (circolare PG 786754/2016); "Linee indirizzo sulla prevenzione delle lesioni da pressione nell'assistenza ospedaliera e territoriale" (determinazione n. 17558/2018); "Linee di indirizzo regionali sulla buona pratica di cura degli accessi vascolari" (determinazione n. 801/2021); "Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale" (determinazione n. 4125/2021).

Per quanto riguarda il tema del Wound Care, nel 2025 è stato pubblicato il Dossier 279-2025 ISSN 1591-223X, dal titolo "Le competenze professionali infermieristiche nel Wound Care. Definizione di un framework in Emilia-Romagna. Marzo 2025". Il documento si propone come gold standard per le aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna, con l'obiettivo di: strutturare gruppi o reti di professionisti dedicati al Wound Care, definendo un modello organizzativo della rete; identificare le competenze dei professionisti coinvolti ai diversi livelli, favorendo una chiara articolazione dei ruoli; ridurre la variabilità organizzativa esistente tra le diverse realtà sanitarie regionali nella gestione delle figure infermieristiche impegnate nella prevenzione, cura e assistenza delle persone a rischio e/o con lesioni cutanee. Inoltre, nel Programma Strategico Regionale per la Sicurezza delle Cure e Gestione del Rischio Sanitario 2025-2026, è stato indicato lo svolgimento di uno studio di prevalenza relativo alle lesioni da pressione per il monitoraggio del fenomeno di insorgenza (o peggioramento) delle lesioni da pressione nei setting interessati dalla tematica.

Per quanto riguarda la tematica della prevenzione delle cadute prosegue il programma trasversale intersettoriale che sviluppa diverse progettualità finalizzate a definire modalità appropriate di valutazione delle persone assistite e a individuare gli interventi più appropriati ed efficaci nella prevenzione nei soggetti a rischio. È stata realizzata una pagina regionale dedicata alla tematica, che raccoglie tutte le informazioni utili per persone assistite, familiari, caregiver e professionisti. È stata inoltre sviluppata una campagna informativa composta non solo da poster, cartoline e opuscoli, ma anche da un video educativo da utilizzare come strumento di educazione terapeutica. È stato progettato e realizzato un percorso formativo sul programma educativo di ginnastica dedicato ai setting territoriali e rivolto alla popolazione over 64, pubblicato nel 2025 sulla piattaforma regionale Self PA. È attualmente in corso lo studio DETECTFALLS, finalizzato allo sviluppo di un nuovo strumento predittivo per identificare con maggiore accuratezza il rischio di caduta nei pazienti ricoverati. Lo strumento si basa sulle 53 categorie di rischio significative emerse da una recente revisione sistematica con metanalisi portata avanti a livello regionale. Lo studio rappresenta un passo fondamentale per migliorare la valutazione del rischio e orientare interventi più efficaci nella prevenzione delle cadute. Infine, è in fase di elaborazione un documento di posizionamento regionale, finalizzato a definire gli interventi di prevenzione delle cadute in modo specifico nella popolazione anziana ricoverata in ospedale in fase di acuzie e post acuzie, in relazione ai fattori di rischio presenti alla valutazione.

Le Direzioni Sanitarie e Assistenziali sono chiamate a collaborare per il raggiungimento degli obiettivi di miglioramento della qualità assistenziale relative alla prevenzione delle cadute accidentali, della contenzione e delle lesioni da pressione, attraverso la realizzazione di audit clinico-assistenziali e indagini di prevalenza, la partecipazione a gruppi di lavoro dedicati alle diverse tematiche, nonché promuovendo la diffusione delle buone pratiche e favorendo la fruizione delle iniziative formative

regionali disponibili sulla piattaforma "Self PA" e la realizzazione di programmi formativi locali coerenti con i documenti di indirizzo.

Indicatori	Target
DES0144 - Elaborazione e formalizzazione del Piano Programma annuale per la Sicurezza delle cure e Gestione del rischio sanitario elaborato secondo le indicazioni delle nuove Linee di indirizzo regionali ⁶	100%
IND1202 - Applicazione strumenti progetto "Visitare" in: ambito territoriale sanitarie e socio-sanitarie, cure intermedie, transizioni di cura e/o cambiamenti di setting assistenziale	≥ 2 nuove visite/anno per tutte le Aziende sanitarie e IRCCS (di cui per le AUSL territoriali almeno 1 nuova visita nelle strutture socio-sanitarie)
<i>IND1240 - Indicatore composito per la sicurezza in chirurgia relativo alle checklist di sicurezza (SSCL, SSCL-TC, SSCL Ambulatoriale) e alle osservazioni dirette in sala operatoria</i>	<i>Max. 10 punti (8 punti per Ausl Ferrara e IRCCS IOR)</i>
IND0722 – Corrispondenza SSCL rispetto alla SDO per le procedure classificate AHRQ4	≥ 90% (5 punti)
IND0910 - Corrispondenza SSCL rispetto alla SDO per procedure con taglio cesareo	≥ 85% (2 punti)
DES0176 - Avvio nuovo flusso SSCLAMB - Surgical Safety Check-list Ambulatoriale	100% (2 punti)
IND1203 - Osservazioni dirette in sala operatoria effettuate mediante l'utilizzo della "App regionale OssERvare" su procedure chirurgiche e taglio cesareo	≥ 30 osservazioni (1 punto)

⁶ Anno 2005 elaborato secondo le indicazioni delle nuove Linee di indirizzo regionali ed in coerenza alle tematiche ed agli obiettivi previsti dal Piano Strategico Regionale per la Sicurezza delle Cure e la Gestione del Rischio Sanitario 2025-2026

<i>Miglioramento qualità assistenziale</i>	
DES0128 - Implementazione di un audit clinico-assistenziale concomitante, (come indicato dal documento regionale "Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale" con determinazione n. 4125/2021), sull'adesione alle buone pratiche per la prevenzione della contenzione che coinvolga unità operative nelle quali la tematica è rilevante e redazione di un report.	1
DES0177 - Svolgimento di eventi formativi sul corretto utilizzo dei materiali della campagna per la prevenzione delle cadute nelle UUOO interessate dalla tematica: Medicina Interna, Geriatria, Ortopedia, Ortogeriatria, Lungodegenza e OsCo	≥ 1 per ogni UO interessata
DES0178 - Partecipazione al GDL per la definizione degli interventi per la prevenzione delle cadute nella popolazione anziana nei setting ospedalieri da parte dei professionisti identificati e dei referenti per la tematica di tutte le Aziende	100%

3.12. Migranti e Vulnerabilità

Per l'anno 2026, al fine di proseguire nell'implementazione sistemica di quanto indicato nelle delibere regionali n. 1304/2022 "e n. 2313/2022, anche in ottemperanza alle progettualità sulla salute dei migranti forzati (progetto PERSONE), nei vari setting territoriali e ospedalieri.

Le Aziende Ospedaliere e le AUSL dovranno:

- utilizzare la *cartella migranti* digitale per la presa in carico dei migranti neoarrivati, nel rispetto della normativa sulla privacy, solo per le aziende con finanziamento su progetto PERSONE;
- garantire l'Applicazione delle procedure sulla determinazione dell'età dei Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA);
- garantire la Certificazione medico legale alle vittime di violenza, stupro e torture Richiedenti Protezione internazionale.
- Far partecipare ai percorsi di formazione /aggiornamento i professionisti e operatori coinvolti nei processi di accoglienza dei migranti nei propri servizi;
- Sistematizzare le procedure relative ai Ricoveri Umanitari

Indicatori	Target
<i>Monitoraggio delle prese in carico per:</i>	
IND1136 - % Richieste evase sul numero delle richieste pervenute per procedure di Certificazione dell'Età dei minori stranieri non accompagnati	100%
IND1137 - % Richieste evase sul numero delle richieste pervenute per Certificazione Medico Legale per le vittime di violenze e/o torture	100%

4. Governo dei farmaci e dei dispositivi medici

4.1. Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna

Nel 2026 è atteso un incremento della *spesa convenzionata* dovuto principalmente agli effetti di provvedimenti nazionali quali la transizione dal PHT al canale distributivo della farmaceutica convenzionata delle gliflozine (GU n.165 del 18 luglio 2025) e la corresponsione della quota fissa aggiuntiva per le ulteriori farmacie rurali che, sulla base di quanto previsto dall'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private del 6 marzo 2025, potranno essere classificate come sussidiate. Inoltre, è previsto un aumento dei consumi soprattutto per i farmaci destinati alla cura delle patologie croniche e il perseguimento di modalità uniformi nella modulazione dei canali distributivi per i farmaci di classe A. Tali incrementi sono in parte compensati da diminuzioni di spesa legate all'impatto della quota di compartecipazione a carico dei cittadini introdotta con DGR n. 390/2025 e alla riduzione del prezzo al pubblico dei farmaci conseguente alla soppressione del Pay Back 5% stabilita dalla Legge di Bilancio 2026 (L. 199/2025). Pertanto, è stato stimato un impatto complessivo sulla spesa netta convenzionata pari al + 4,3% rispetto al 2025, con scostamenti differenziati a livello aziendale. Al raggiungimento dell'obiettivo dovranno concorrere i risparmi derivanti dal contenimento delle categorie terapeutiche a maggior rischio di inappropriatazza e dal ricorso ai farmaci non coperti da brevetto.

Per *l'acquisto ospedaliero di farmaci*, si prevede a livello regionale una spesa di 1,549 mld di euro corrispondente a +7,2% verso il 2025, con scostamenti differenziati fra le Aziende sanitarie. Tale previsione considera sia l'incremento dovuto alla ricaduta dei farmaci con innovatività scaduta nell'anno precedente o in scadenza nell'anno in corso che l'aumento legato al numero di casi trattati e ai costi delle terapie a maggior impatto, calcolati su base storica; inoltre, sono considerati i fattori di potenziale risparmio derivanti dall'adesione alle gare d'acquisto regionali già aggiudicate con valenza sull'anno 2026, inclusi prodotti biosimilari, nonché agli obiettivi regionali di appropriatezza e sostenibilità orientati in particolar modo a favorire, quando possibile, criteri di scelta dei farmaci basati sul miglior rapporto costo/opportunità. Inoltre, è stato valutato l'impatto dei provvedimenti nazionali in analogia a quanto considerato per la spesa convenzionata (trasferimento delle gliflozine e soppressione del Pay Back 5%). L'obiettivo esclude invece l'ossigenoterapia, i vaccini, i farmaci innovativi e gli antibiotici *reserve*, seppur entro i limiti di risorse previsti. Il rispetto dell'obiettivo è monitorato in corso d'anno tramite verifiche a cadenza bimestrale. Per quanto riguarda i nuovi farmaci sia in campo oncologico che non oncologico per cui è attesa la rimborsabilità SSN nel 2026, sulla base di quanto verrà concordato nell'ambito dei Gruppi di Lavoro regionali di afferenza, potranno essere definiti in corso d'anno obiettivi relativamente al loro ambito di utilizzo, al fine di ottimizzare l'uso delle risorse.

Ciascuna Azienda sanitaria dovrà contribuire al raggiungimento dell'obiettivo regionale secondo la modulazione indicata nella tabella sotto riportata, che tiene conto delle diverse specificità presenti a livello locale.

	Obiettivi di spesa farmaceutica				
	spesa netta convenzionata 2026		spesa per acquisto ospedaliero* 2026		
Aziende sanitarie	Importo (€)	var. vs 2025	Importo (€)	var. vs 2025	monitoraggio per area (Ausl+Aou+IRCSS)
AUSL Piacenza	30.949.709	2,0%	84.932.933	6,2%	7,3%
AUSL Parma	48.808.831	2,9%	79.742.098	5,3%	
AOU Parma			83.082.575	9,4%	
AUSL Reggio E.	57.898.698	5,2%	173.444.886	6,7%	6,7%
AUSL Modena	80.153.466	2,9%	178.599.642	6,0%	8,0%

AOU Modena			57.283.031	14,7%	
AUSL Bologna	112.360.866	3,7%	165.454.348	8,4%	8,0%
AOU Bologna			198.500.896	7,7%	
IOR			3.131.503	4,1%	
AUSL Imola	17.314.480	4,0%	33.597.920	5,8%	5,8%
AUSL Ferrara	49.665.463	5,1%	57.580.660	7,3%	7,6%
AOU Ferrara			62.244.647	8,0%	
AUSL Romagna	144.946.636	6,1%	336.098.050	8,1%	8,1%
IRST			35.019.810	-7,4%	-7,4%
Emilia-Romagna	542.098.149	4,3%	1.548.712.998	7,2%	7,2%

* esclusi farmaci innovativi, antibiotici "reserve", ossigeno, vaccini. Include anche i farmaci oncologici ad alto costo per le indicazioni terapeutiche prive del requisito di innovatività. I dati di AUSL Modena e AUSL Imola sono comprensivi di Sassuolo e Montecatone. *Fonte dati: flussi amministrativi della farmaceutica.*

Indicatori	Target
IND0352 - Variazione della spesa per farmaci ad acquisto ospedaliero rispetto all'anno precedente	Specifico per ogni Azienda Sanitaria (vd. tabella "Obiettivi di spesa farmaceutica")
IND0696 - Spesa farmaceutica convenzionata pro-capite	Media regionale
IND0732 - Spesa farmaceutica territoriale pro-capite (convenzionata e diretta)	Media regionale

4.2. Obiettivi di appropriatezza dell'assistenza farmaceutica

Per il 2026 le Aziende proseguono nel promuovere il ricorso ai farmaci privi di copertura brevettuale, generici e biosimilari.

Per quanto riguarda le classi di farmaci ad uso prevalentemente territoriale, è richiesto uno specifico impegno nell'uso corretto delle molecole a maggior rischio di inappropriata. In particolare:

- **Antibiotici:** contenimento del consumo degli antibiotici sistemici, attraverso la promozione dell'uso appropriato al fine di contrastare l'antimicrobico-resistenza, in linea con gli obiettivi del PrCAR (Piano regionale di contrasto alla antibiotico-resistenza) 2022-2025 la cui chiusura è stata rimandata al 31/12/2026. Viene pertanto confermato, anche per il 2026, l'indicatore combinato che valuta diversi aspetti della prescrizione di antibiotici in ambito territoriale. Tale indicatore potrà raggiungere un valore massimo di 20 punti, ottenibili sommando i punteggi (da un minimo di 1 a un massimo di 5) di ciascuna delle quattro dimensioni che lo compongono.

Indicatore		Target
IND1012 - Indicatore composito sui consumi di antibiotici in ambito territoriale		≥ 15 punti
1	IND0340 - Consumo giornaliero antibiotici sistemici (DDD*1000 ab. die)	< 12,5
2	IND1011 - % consumo antibiotici Access in base alla classificazione AWARE sul consumo territoriale totale di antibiotici per uso sistemico (% DDD)	≥ 60%
3	IND0793 - Consumo giornaliero fluorochinoloni negli over 75 (DDD*1000 ab. die)	< 2
4	IND0343 - Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti (prescrizioni*1000 bambini/anno)	< 800

L'indicatore combinato viene considerato in aggiunta a quello del Nuovo Sistema di Garanzia; si riporta il nuovo valore target.

Indicatore	Target
D14C - NSG - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti: antibiotici	< 4.762,74

Gli ulteriori indicatori con i relativi target presenti nel pannello in uso a livello regionale costituiscono un importante patrimonio informativo a integrazione dell'attività di monitoraggio del consumo degli antibiotici sistemici.

Indicatori	Target
IND0341 - Consumo giornaliero di fluorochinoloni x 1.000 residenti	< 1,5 DDD per 1.000 ab.
IND0342 - Consumo giornaliero di fluorochinoloni in donne di età 20-59 anni x 1.000 residenti	< 1,2 DDD per 1.000 ab.
IND0344 - Rapporto fra prescrizioni di amoxicillina non associata e prescrizioni di amoxicillina associata a inibitori enzimatici in età pediatrica	> 1,5

Prescrizione ed erogazione del numero adeguato di dosi in relazione alla durata di terapia.

- Vitamina D: tenuto conto della variabilità di utilizzo territoriale della vitamina D, si conferma anche per il 2025 un obiettivo di contenimento modulato sulla base dei livelli di consumo osservati per ciascuna Azienda sanitaria, al fine di raggiungere il seguente target medio regionale

Indicatore	Target
IND0922 - Consumo giornaliero di Vitamina D per 1.000 residenti - ATC A11CC05	≤ 107 DDD/1000 ab die

Si riconferma, inoltre, l'obiettivo mirato all'uso prevalente delle formulazioni multidose in gocce e quelle in compresse/capsule a minor costo rispetto alla soluzione monodose

Indicatore	Target
IND1082 - Consumo in DDD formulazioni a minor costo (GTT/CPR/CPS) sul totale del consumo in DDD di vitamina D -ATC A11CC05	≥ 80%

- Formazione sulla vitamina D

Anche per l'anno 2026 è reso disponibile un corso FAD gratuito rivolto ai professionisti sanitari della regione Emilia-Romagna, fruibile in modalità asincrona sulla piattaforma SELF, a cui è auspicabile acceda almeno il 30% dei medici di medicina generale e il 30% dei farmacisti convenzionati/ospedalieri (calcolato complessivamente nel periodo 2025-2026).

- PPI e Omega 3: tenuto conto delle azioni realizzate da parte delle Aziende sanitarie che hanno consentito un contenimento dei consumi, si chiede per il 2026 di mantenere l'attenzione su tale classe di farmaci al fine di consolidare i risultati raggiunti localmente.

Indicatore	Target
IND0695 - Consumo giornaliero di farmaci Inibitori di pompa protonica (PPI) x 1.000 residenti - ATC A02BC	mantenimento valori raggiunti nel 2025
IND0794 - Consumo giornaliero di farmaci Omega 3 per 1.000 residenti - ATC C10AX06	mantenimento valori raggiunti nel 2025

Si chiede, inoltre, ai fini di individuare interventi volti a migliorarne l'appropriatezza prescrittiva, di monitorare gli psicoanalettici, in particolare le molecole di più recente inserimento in PTR per le quali si è osservato un incremento rilevante di prescrizione e spesa, e l'uso dei farmaci respiratori nelle terapie a breve termine delle patologie acute delle prime vie aeree.

Per quanto riguarda i farmaci con uso/prescrizione prevalentemente ospedaliera, è richiesta l'adesione ai risultati di gara. Inoltre, una particolare attenzione deve essere posta alle classi di farmaci di seguito elencate al fine di garantirne un uso ottimale:

- Antibiotici: monitoraggio periodico dei consumi in ambito ospedaliero, condivisione e valutazione degli esiti con i prescrittori;
- monitoraggio semestrale dell'uso dei farmaci con indicazione nel trattamento di infezioni nosocomiali da germi difficili multiresistenti, che sono compresi nella lista di farmaci "watch" e "reserve" della classificazione AWaRe dell'OMS, per i quali AIFA ha definito schede di prescrizione ⁷.

⁷ Antibiotici "watch" con Scheda di prescrizione AIFA: delafloxacin. Antibiotici "reserve" con Scheda di prescrizione AIFA ed eventuali aggiornamenti in corso di anno: cefiderocol, ceftazidima/avibactam, ceftolozano/tazobactam, dalbavancina, imipenem/cilastatina/relebactam, meropenem/vaborbactam, oritavancina, aztreonam/avibactam, eravaciclina, tedizolid, cefepime/enmetazobactam

- *Antisepsi:* le Aziende sanitarie dovranno aggiornare i propri protocolli sulle procedure di antisepsi e disinfezione, sulla base delle indicazioni contenute nella relativa guida regionale.
- *Antidiabetici:* tenuto conto della disponibilità in nota AIFA 100 della nuova classe degli agonisti recettoriali del GIP e del GLP-1, il Gruppo di lavoro regionale multidisciplinare sui farmaci per il diabete conferma l'uso raccomandato per gli SGLT2 inibitori in almeno il 70% dei nuovi pazienti che associano a metformina un secondo ipoglicemizzante fra SGLT2 inibitore, GLP1 RA, GIP/GLP1 RA.

Indicatore	Target
IND1206 - % di pazienti che associano a metformina una gliflozina rispetto al totale dei pazienti con metformina che associano una gliflozina o un GLP-1° o un'agonista recettoriale del GIP e del GLP-1	≥ 70%

- *Farmaci cardiovascolari:*

Nuovi anticoagulanti orali (DOAC): si raccomanda di privilegiare la scelta dei farmaci con il miglior rapporto costo/opportunità, sia per quanto riguarda il trattamento della FANV che della TVP/EP.

Viene definito rispetto ai pazienti incidenti alla terapia con un DOAC il seguente indicatore:

Indicatore	Target
IND1180 - % di pazienti incidenti che utilizzano i DOAC con il miglior rapporto costo/opportunità* * secondo semestre dell'anno	≥ 70%

Infine, per quanto riguarda il trattamento della TVP/EP si sottolinea l'importanza dell'ottimizzazione della terapia – con particolare riferimento alla durata del trattamento.

Farmaci ipolipemizzanti (acido bempedoico, iPCSK9 – anticorpi monoclonali e inclisiran -, ezetimibe e statine, icosapent etile): si chiede il rispetto delle considerazioni contenute nel Documento PTR n. 352 "Considerazioni sulla prescrivibilità dei farmaci per il trattamento delle dislipidemie. Documento di commento all'attuale Nota AIFA n. 13", con particolare riferimento al ruolo delle statine. Verrà effettuato un monitoraggio specifico al fine di verificare l'aderenza alle indicazioni contenute nel Documento.

- *Farmaci intravitreali anti VEGF:* nel rispetto della Nota AIFA 98, si raccomanda per l'uso prevalente di privilegiare la scelta della somministrazione economicamente più vantaggiosa. Inoltre, nei pazienti incidenti, che rientrano nelle indicazioni oggetto della Nota AIFA, è atteso che la percentuale di somministrazioni economicamente più vantaggiose raggiunga almeno l'85% del totale. Al fine di favorire l'uso ottimale dei diversi farmaci, si fa presente che da quest'anno è disponibile il prodotto biosimilare di aflibercept 2mg.
- *Farmaci oncologici e oncoematologici:* è richiesta l'adesione alle raccomandazioni regionali sui farmaci oncologici formulate dal gruppo GReFO e approvate dalla Commissione regionale del farmaco. Sono definiti i seguenti indicatori relativi alle raccomandazioni di pari direzione e forza, sulla scelta del farmaco, per l'uso prevalente, che considerano anche il rapporto costo/opportunità oppure un'ottimizzazione delle risorse.

Indicatori	
Area clinica	Relativamente ai farmaci per i quali le raccomandazioni GReFO prevedono un costo/opportunità o un'ottimizzazione delle risorse vengono definiti i seguenti obiettivi:*
Polmone	IND1241 - Tumore del polmone NSCLC - strategia di trattamento in fase precoce nei pazienti ad alto rischio di recidiva che a parità di efficacia e sicurezza, per l'uso prevalente, permette un'ottimizzazione delle risorse: <i>terapia neoadiuvante (nivolumab+chemio) vs perioperatoria (neoadiuvante: pembrolizumab+chemio, seguito da pembrolizumab adjuvante).</i> IND1064 – Immunoterapia + chemio a minor costo nel trattamento ES- SCLC, 1° linea: <i>Tumore del polmone a piccole cellule (ES- SCLC) avanzato, 1° linea di terapia immunoterapia a minor costo serplulimab + chemio vs atezolizumab + chemio vs durvalumab + chemio (escluso pazienti con metastasi cerebrali) (Ref. Determina in aggiornamento)</i>
Melanoma	IND1066 - Melanoma metastatico AntiBRAF+antiMEK a minor costo fra (encorafenib+binimetinib vs dabrafenib+trametinib) (Ref. Determina aggiornamento PTR n. 7621 del 06/05/2020)
Tratto urologico	IND1242 - Tumore della prostata - Utilizzo dell'inibitore del recettore androgenico a minor costo (abiraterone generico vs enzalutamide, apalutamide, darolutamide; nei pazienti incidenti target $\geq 35\%$) (Ref. Det. aggiornamento PTR n. 6822 del 10/05/2018)
Vie biliari	IND1243 - Tumore delle vie biliari - Immunoterapia + chemio a minor costo in 1° linea di terapia (pembrolizumab vs durvalumab)
Linfomi	IND1197 - Linfoma diffuso a grandi cellule B (DLBCL) recidivante/refrattario, dopo due o più linee di terapia - Utilizzo dell'anticorpo bispecifico (CD20/CD3) a minor costo (glofitamab vs epcoritamab) (Ref. Determina di aggiornamento PTR In fase di pubblicazione - CRF del 15/05/2025)
Mieloma multiplo	IND1244 - Mieloma multiplo - anticorpo monoclonale anti CD-38 a minor costo (isatuximab vs daratumumab)

* il monitoraggio sarà basato sui flussi FED o DBO per gli indicatori che richiedono le le informazioni sull'indicazione e la linea terapeutica; gli indicatori potranno essere di valutazione o di osservazione in funzione dell'impatto economico dei vari trattamenti. A tal proposito dovrà essere sempre compilato il flusso DBO per le terapie infusionali e orali.

Al fine di favorire il raggiungimento dell'obiettivo, si richiede un monitoraggio costante della spesa per i farmaci a maggior costo da analizzare mediante incontri periodici di confronto tra direzioni sanitarie, dipartimenti/servizi farmaceutici, unità operative di governo clinico e medici prescrittori.

- **Farmaci a brevetto scaduto in ambito onco-ematologico:** impiego prevalente dei prodotti generici rispetto ai farmaci originator tenuto conto delle nuove generizzazioni e recenti aggiudicazioni di gara (i.e. axitinib ed eltrombopag).

In particolare, per quanto riguarda per i principi attivi dasatinib, bosutinib e nilotinib utilizzati nella leucemia mieloide cronica, impiego dei prodotti generici, già disponibili da almeno un anno, secondo quanto sotto riportato:

Indicatore	Target
<i>Impiego atteso</i>	
IND1245 - % consumo farmaci generici dasatinib, bosutinib e nilotinib sul totale dei principi attivi (ATC L01EA02, L01EA03, L01EA04)	$\geq 75\%$

- **Farmaci biologici:** in presenza di un biosimilare di recente disponibilità, impiego del farmaco biologico/biosimilare secondo quanto sotto riportato.

Indicatori	Target
<i>Impiego atteso del/dei biosimilare/i sul totale del consumo</i>	
IND1182 - % di consumo di ustekinumab biosimilare	≥ 60%
IND1246 - % di consumo di aflibercept biosimilare 2mg	≥ 50%
IND1247 - % di consumo di denosumab biosimilare 60mg (uso osteoporosi)	≥ 50%
IND1248 - % di consumo di denosumab biosimilare 120mg (uso oncologico)	≥ 50%
IND1249- % di consumo di omalizumab biosimilare	≥ 50%

Si conferma inoltre il monitoraggio dei consumi per i prodotti biosimilari disponibili da più tempo. Anche per quanto riguarda il farmaco eculizumab, si chiede di continuare a rispettare l'esito della gara.

- Terapia immunosoppressiva con i farmaci biologici: in assenza di specifiche condizioni cliniche, in linea con le indicazioni contenute nelle raccomandazioni regionali, sono definiti i seguenti indicatori:

Indicatori	Target
IND1183 - Nei pazienti incidenti affetti da malattia reumatologica (artrite psoriasica, artrite reumatoide, spondiloartriti) impiego prevalente di farmaci anti-TNF alfa economicamente più vantaggiosi come biologici di prima scelta rispetto al totale dei biologici	≥ 80%
IND1184 - Nei pazienti incidenti affetti da psoriasi impiego prevalente di farmaci anti-TNF alfa economicamente più vantaggiosi come biologici di prima scelta rispetto al totale dei biologici	≥ 80%
IND1071 - Nei pazienti prevalenti affetti da malattia reumatologica (artrite psoriasica, artrite reumatoide, spondiloartriti) già in trattamento con biologico che effettuano per la prima volta un cambio di terapia ad altro biologico, impiego prevalente di anti-TNF alfa	≥ 60%
IND1072 - Nei pazienti prevalenti affetti da malattia cutanea (psoriasi) già in trattamento con biologico che effettuano per la prima volta un cambio di terapia ad altro biologico, nei casi in cui è clinicamente indicato, impiego prevalente di anti-TNF alfa e, nei casi in cui non è clinicamente appropriato l'uso di anti-TNF alfa, impiego di inibitori dell'interleuchina economicamente più vantaggiosi	≥ 60%

- Anticorpi monoclonali per il trattamento della dermatite atopica grave

In linea con le considerazioni contenute nel Documento PTR n. 340 "I nuovi farmaci per il trattamento della Dermatite atopica grave nella popolazione adulta e pediatrica. Anticorpi monoclonali e JAK inibitori. Documento di indirizzo regionale", si richiede di privilegiare l'uso dei farmaci con il miglior rapporto costo/opportunità, in assenza di specifiche motivazioni cliniche. Si effettuerà un monitoraggio specifico al fine di verificare l'aderenza alle indicazioni contenute nel Documento.

4.3. Attività trasfusionale

Per l'anno 2026 si conferma un valore in lieve calo dei livelli di raccolta di sangue intero, coerente con le esigenze regionali e delle regioni convenzionate, ma tale da permettere l'autosufficienza e garantire le necessarie specifiche terapie a tutte le tipologie di pazienti durante tutto l'anno, mentre è stato programmato l'obiettivo di un ulteriore incremento del totale dei chilogrammi di plasma avviati all'industria, pur con la diminuzione del plasma ottenuto dalla scomposizione del sangue intero, stimolando la raccolta in aferesi anche con l'utilizzo di fondi dedicati.

Indicatori	Target
H08Za – NSG - Autosufficienza di emocomponenti driver (globuli rossi, GR)	compreso tra -3% e +3%
H08Zb - NSG - Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina)	≤ 5%
IND1057 - Variazione % dei consumi (gr/100 punti DGR) di albumina umana nell'anno corrente rispetto all'anno precedente (2026 vs 2025)	-2,5%
IND1058 - Variazione % dei consumi (gr/100 punti DGR) di immunoglobulina umana endovenosa nell'anno corrente rispetto all'anno precedente (2026 vs 2025)	+1,6%

Gli obiettivi per Struttura sanitaria sono di seguito riportati:

Aziende sanitarie	Consumo 2025 Albumina GR/100 punti DRG	Obiettivo 2026 (var %)	Consumo 2025 Immunoglobuline polivalenti ev GR/100 punti DRG	Obiettivo 2026 (%)
AUSL PIACENZA	328,7	mantenimento	63,1	2,0%
AUSL PARMA	154,7	mantenimento	26,4	3,0%
AOU PARMA	421,2	- 2,0	110,1	1,0%
AUSL REGGIO EMILIA IRCCS	408,9	mantenimento	115,7	1,0%
AUSL MODENA	167,6	mantenimento	28,0	3,0%
AOU MODENA	508,7	- 3,0	131,0	1,0%
AUSL BOLOGNA	228,7	mantenimento	146,9	1,0%
IRCCS AOU S. ORSOLA	1248,5	- 5,0	57,3	3,0%
I.O.R.	31,5	mantenimento	0,0	0,0%
AUSL IMOLA	237,3	mantenimento	62,0	3,0%
AUSL FERRARA	253,9	mantenimento	4,4	3,0%
AOU FERRARA	404,5	mantenimento	108,7	1,0%
AUSL ROMAGNA	207,7	mantenimento	55,1	3,0%
IRST Meldola	98,4	mantenimento	296,0	1,0%
E-R	412,3	- 2,5	80,0	1,6%

4.4. Dispositivi medici e dispositivo-vigilanza

Nel 2026, la Regione Emilia-Romagna consolida e rilancia le strategie di governo in materia di dispositivi medici, con l'obiettivo di garantire ai cittadini un accesso omogeneo, appropriato e tempestivo alle tecnologie sanitarie di comprovata efficacia e sicurezza, valorizzandone l'impatto sugli esiti e sulla qualità dell'assistenza, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica. Il governo del settore si fonda sull'integrazione tra qualità clinica, innovazione tecnologica e sostenibilità economica, in coerenza con il quadro normativo nazionale. I dispositivi medici, rilevanti per l'impatto sulla spesa sanitaria, sono soggetti al vincolo del tetto del Fondo Sanitario Regionale, come da d.l. 95/2012, art. 15 comma 13 lett. f, rideterminato nella misura del 4,6% a decorrere dal 2026 (LEGGE 30 dicembre 2025, n. 199).

Al fine di rafforzare in modo strutturale i processi di governo clinico ed economico dei dispositivi medici, per l'anno 2026 sono individuati i seguenti obiettivi organizzativi prioritari:

- *Governo dell'innovazione percorso di valutazione regionale.* L'introduzione di nuovi dispositivi medici deve avvenire nel rispetto del percorso regionale strutturato di valutazione delle tecnologie sanitarie, in coerenza con le evidenze nazionali e internazionali che riconoscono il valore dell'Health Technology Assessment (HTA) quale supporto alle decisioni in sanità, come previsto dal Programma Regionale HTA-DM (Determinazione n. 2048 del 03/02/2026). Le Aziende sanitarie sono tenute a garantire l'utilizzo sistematico dell'applicativo web regionale per la richiesta e la valutazione delle nuove tecnologie, assicurando la completezza e la qualità dei dati clinici, economici e organizzativi inseriti. Le Direzioni aziendali devono inoltre prevedere specifici interventi formativi rivolti ai professionisti sanitari sull'uso appropriato dei campioni gratuiti, assicurando la tracciabilità interna delle forniture e il monitoraggio degli impatti clinici ed economici, al fine di prevenire utilizzi impropri e ridurre i rischi per la sicurezza dei pazienti.
- *Programmazione degli acquisti e criteri di selezione.* La gestione degli acquisti deve essere coerente con la programmazione regionale e aziendale e basarsi su criteri trasparenti di qualità, valore clinico, sostenibilità economica e innovazione. È richiesta la piena adesione alle gare regionali, sia sotto il profilo quantitativo sia qualitativo. Gli acquisti fuori contratto devono essere limitati a situazioni e adeguatamente motivati e documentati. Devono essere applicati criteri rigorosi e verificabili per la definizione di esclusività e infungibilità, con valutazione tecnico-clinica formalizzata e monitoraggio periodico delle relative incidenze di spesa.
- *Appropriatezza prescrittiva e uniformità dei percorsi.* È richiesta la piena implementazione delle linee di indirizzo e dei protocolli regionali relativi all'utilizzo appropriato dei dispositivi medici, in ambito ospedaliero e territoriale. Le Direzioni aziendali devono garantire il recepimento formale e la diffusione operativa dei documenti regionali (es. ERCP, autogestione del diabete, chirurgia robotica ...), assicurando la coerenza tra indicazioni cliniche, criteri prescrittivi e modalità di erogazione. Con particolare riferimento all'assistenza integrativa, le Aziende sono chiamate a:
 - strutturare percorsi prescrittivi omogenei e tracciabili;
 - assicurare la coerenza tra prescrizione specialistica, autorizzazione ed erogazione;
 - monitorare volumi e tipologie di dispositivi anche ai fini del contenimento della variabilità prescrittiva interaziendale.L'uniforme applicazione dei percorsi rappresenta condizione essenziale per garantire equità di accesso, controllo della spesa e miglior rapporto costo-beneficio.
- *Tracciabilità dei dispositivi medici e transizione verso UDI.* Le Aziende sanitarie devono garantire la piena tracciabilità dei dispositivi medici lungo tutto il percorso di utilizzo ed erogazione, dall'acquisto all'impiego clinico o alla consegna al paziente. In ambito ospedaliero, deve essere assicurata la corretta associazione tra dispositivo, assistito e intervento/procedura. In ambito territoriale e di assistenza integrativa, è necessario implementare sistemi informativi che consentano la tracciabilità dei dispositivi consegnati al paziente, con registrazione del prodotto, del lotto (ove previsto), della data di consegna e del collegamento alla prescrizione, anche ai fini di eventuali azioni di richiamo o vigilanza.

Nel corso del 2026 le Aziende dovranno inoltre avviare le attività propedeutiche alla transizione dal codice di repertorio al sistema UDI (Unique Device Identification), in coerenza con l'evoluzione della Banca Dati Nazionale dei Dispositivi Medici verso la piattaforma BD 2.0, che prevede l'integrazione dell'attuale sistema nazionale con i dati Eudamed ed il progressivo superamento dell'attuale identificativo di repertorio a favore dell'UDI quale chiave primaria di identificazione. Pur in assenza, allo stato attuale, di un cronoprogramma nazionale definitivo, le Aziende sono chiamate a:

- adeguare progressivamente i sistemi gestionali e logistici alla gestione dell'UDI;
- verificare la qualità dei dati anagrafici dei dispositivi;
- promuovere la formazione del personale amministrativo, logistico e sanitario sulle nuove modalità di identificazione e tracciabilità.

Obiettivi di spesa dispositivi medici Regione Emilia-Romagna

Nel 2026 la spesa prevista per dispositivi medici è di 783,4 milioni di euro. Le aziende devono rispettare i budget assegnati, sottoposti a monitoraggio bimestrale.

Indicatore	Target
IND1213 - Spesa Dispositivi Medici - scostamento dall'obiettivo economico assegnato	Target aziendali

Obiettivi di appropriatezza dispositivi medici Regione Emilia-Romagna

In considerazione dell'impegno di risorse stimato per il 2026 per i dispositivi medici è richiesto alle Aziende uno specifico impegno nell'uso appropriato di dispositivi medici sia di impiego diffuso che specialistici. In particolare:

- *Ambito cardiologico, cardiovascolare e cardiocirurgico:* la spesa per prodotti impiantabili e dispositivi per procedure specialistiche in queste branche è in forte incremento negli ultimi anni, sia per l'aumento della casistica che per il ricorso a nuovi prodotti con importante impatto sul bilancio aziendale e regionale.
 - Per l'anno 2026 è previsto un aumento economico massimo del 3,5% per l'acquisto di Valvole aortiche transcateretere (TAVI), tale incremento è attribuito alle differenti piattaforme in ragione del tasso di trattamento storico, favorendo lo sviluppo nelle aree dove tale valore risulta più contenuto e inferiore alla media regionale. Le aziende sanitarie devono garantire un utilizzo appropriato⁸ dei device, favorendo scelte che massimizzino il rapporto costo-beneficio e che consentano di ampliare l'accesso a questa tecnologia al maggior numero di pazienti.
 - La spesa per dispositivi per ablazione di foci aritmogeni nell'anno 2025 è stata pari a 8,3 milioni in incremento del 29,8% rispetto al 2024, a fronte di un incremento del numero di pazienti trattati del 5,9%. Per l'anno 2026 è prevista la disponibilità di un'iniziativa di acquisto centralizzata per i dispositivi a campo pulsato che consente l'accesso a tale tecnologia in modo omogeneo sul territorio regionale. Per l'anno 2026 è stimato un incremento economico massimo del 13,1% attribuito alle

⁸ DGR 2185/2019 "Definizione della rete della Cardiologia Interventistica Strutturale dell'Emilia-Romagna - Approvazione di indicazioni regionali per il trattamento della stenosi aortica avanzata con impianto transcateretere di protesi valvolare aortica (TAVI)" e successive modifiche

differenti aziende in ragione del tasso di trattamento, favorendo lo sviluppo nelle aree dove tale valore risulta più contenuto e inferiore alla media regionale. Si invitano le aziende sanitarie a garantire un utilizzo appropriato dei dispositivi ricompresi in questa categoria, favorendo l'approccio economicamente più favorevole a parità di esiti clinici attesi.

- In crescita nel 2025 del 9,6% anche la spesa per *protesi endovascolari*, condizionata anche dall'avvio di alcune unità operative specialistiche nelle aziende della regione. Tale andamento è fortemente condizionato anche dall'impiego di dispositivi medici personalizzati (cd. custom made) che rappresentano circa il 22% della spesa sostenuta per endoprotesi vascolari addominali e toraciche. Si invitano le aziende sanitarie a garantire un utilizzo appropriato dei dispositivi personalizzati, riservandoli alle effettive casistiche in cui il rapporto costo-beneficio risulti favorevole. Nel corso del 2026 sarà reso disponibile un approfondimento normativo che favorirà il corretto inquadramento dei prodotti personalizzati a supporto delle attività clinico-amministrative e alle eventuali iniziative d'acquisto.
- *Ambito chirurgico:*
 - *Robotica:* Per il 2026, considerando l'impatto economico stimato del nuovo robot installato presso l'Azienda Usl di Reggio Emilia, e il raggiungimento dei volumi di attività a regime per alcune attrezzature già presenti nelle aziende ma non pienamente utilizzate nel 2025, è previsto un incremento complessivo dell'8,8% a livello regionale, l'obiettivo di spesa sarà modulato tra le diverse aziende sanitarie: tenendo conto dei volumi di attività, delle specificità organizzative locali e degli effetti delle ricontrattazioni di prezzo effettuate nel 2025, che hanno migliorato il quadro economico pur non essendo ancora pienamente a regime.
 - *Dispositivi da elettrochirurgia:* Nel secondo semestre 2025 sono state rese disponibili le convenzioni derivanti dall'iniziativa d'acquisto centralizzata "Dispositivi a ultrasuoni e radiofrequenza 3", la procedura per la fornitura di dispositivi medici a ultrasuoni e a radiofrequenza per la coagulazione vasale e dissezione tissutale che prevedeva la sottoscrizione di accordi quadro senza quote, a tali condizioni si invitano le aziende sanitarie a massimizzare gli effetti economici della gara favorendo l'utilizzo dei prodotti con il miglior rapporto costo-efficacia tra quelli offerti in gara.
- *Diabete:* A seguito dell'emanazione delle Linee di indirizzo regionali sull'uso appropriato dei dispositivi per l'automonitoraggio del diabete, a dicembre 2024, si chiede alle aziende sanitarie di garantire un'adozione corretta anche degli strumenti prescrittivi per l'ambito pediatrico e dell'adulto. Nel 2025, la spesa registra un mantenimento rispetto al 2024, segnando per i dispositivi ad alta tecnologia una flessione. Si chiede alle Aziende sanitarie di mantenere l'attenzione su questo capitolo di spesa, monitorando l'introduzione graduale di tali tecnologie, promuovendo un uso appropriato, in coerenza con le indicazioni delle Linee di indirizzo regionali, al fine di evitare spese ingiustificate e garantire equità di accesso. Sono disponibili tre gare IntercentER che garantiscono l'accesso a tutte le tipologie di dispositivi: dispositivi per la gestione del diabete Lancette pungidito, strisce reattive e sistemi per la diagnostica rapida della glicemia (ambito territoriale e ospedaliero) 3; sistemi di monitoraggio in continuo, sistemi HCL e microinfusori per Aziende Sanitarie; acquisto di sistemi di monitoraggio del glucosio. Le aziende sanitarie della regione sono invitate ad impiegare i prodotti con il miglior rapporto costo-efficacia tra quelli offerti e a rispettare le percentuali previste dal disegno di gara nei lotti che prevedono accordi quadro.
- *Guanti non chirurgici per uso sanitario o da esplorazione:* l'uso dei guanti per attività assistenziale è da tempo oggetto di governo a livello regionale, con la pubblicazione del documento di appropriatezza e mediante convenzioni regionali.

Le azioni richieste alle Aziende sono:

- Adesione al documento regionale di appropriatezza «Indicazioni operative sui guanti monouso per uso sanitario»;
- Consolidamento della collaborazione tra Referenti SPP, Farmacista, Professionisti dell'area Igiene Ospedaliera, anche in ambito di Area vasta/Ausl Romagna;
- Mantenimento rispetto al 2025 dei quantitativi consumati in rapporto all'attività ospedaliera.
- ***Medicazioni avanzate:*** Si conferma la richiesta d'impegno per un uso sostenibile e conveniente di questi dispositivi, rinnovando per il 2026 l'obiettivo di adesione alle gare regionali, alla luce del forte incremento di spesa registrato nel 2025 (+19,7%) generato tra le altre motivazioni dall'impiego di prodotti sostitutivi e fuori gara. Le aziende sanitarie saranno supportate dal gruppo regionale MedicRER nell'individuazione dei prodotti che per le loro caratteristiche devono essere impiegati solo a fronte di richieste motivate. Si chiede alle aziende di impiegare gli strumenti in loro possesso al fine di limitare la richiedibilità dei prodotti ad alto costo e ad alto rischio di inappropriatazza.

Strategie di approvvigionamento e monitoraggio consumi di dispositivi medici Regione Emilia-Romagna

- **Adesione alle gare regionali**

Per l'anno 2026 sono individuate le seguenti convenzioni Intercenter oggetto di monitoraggio, per la valutazione di una puntuale adesione alle strategie di gara:

- Medicazioni per ferite, piaghe e ulcere (M0404);
- Dispositivi da elettrochirurgia (K02);
- Protesi d'anca (P0908);
- Dispositivi per la gestione del diabete Lancette pungidito, strisce reattive e sistemi per la diagnostica rapida della glicemia (ambito territoriale e ospedaliero) 3;
- Guanti monouso sterili e non, per attività assistenziale, somministrazione farmaci antitumorali, emergenza/urgenza/laboratorio
- Dispositivi da cardioablazione a campo pulsato (C020303);
- TAVI.

Indicatori	Target
IND0991 - Impiego di medicazioni avanzate per ferite, piaghe e ulcere afferenti alla gara regionale	> 80%
IND0973 - % di utilizzo di prodotti a radiofrequenza (lotto 1) sul totale dei consumi dei prodotti in gara «Dispositivi a ultrasuoni e a radiofrequenza per la coagulazione vasale e la dissezione tissutale 2» ed edizioni successive della gara con il medesimo disegno di gara	>= 40%
IND1250 - % di utilizzo dei prodotti afferenti alla gara «Dispositivi a ultrasuoni e a radiofrequenza per la coagulazione vasale e la dissezione tissutale 3» con il miglior rapporto costo-efficacia	>=30%
IND0992 - Impiego di protesi d'anca afferenti alla gara regionale	> 80%
IND1079 - Impiego di prodotti per la gestione del diabete afferenti alla gara "Lancette pungidito, strisce reattive e sistemi per la diagnostica rapida della glicemia (ambito territoriale e ospedaliero)" sul totale dei consumi	> 70%
IND1080 - Impiego di guanti afferenti alla gara "Guanti monouso sterili e non, per attività assistenziale, somministrazione farmaci antiblastici, emergenza/urgenza/laboratorio" sul totale dei consumi dei guanti non chirurgici	> 80%
IND1251 - % di utilizzo dei prodotti afferenti alla gara «Sistemi di ablazione a campo pulsato per il trattamento della fibrillazione atriale» con il miglior rapporto costo-efficacia	>=20%
IND1252 - % di utilizzo dei prodotti afferenti alla gara «Valvole aortiche percutanee 4» con il miglior rapporto costo-efficacia	>=30%

Rendicontazione nel flusso DiMe e obiettivi di tracciabilità

Per il 2026, si conferma l'obiettivo di copertura del flusso degli acquisti di dispositivi medici rendicontati nei conti economici, al fine di valutare l'allineamento tra l'alimentazione del flusso e i costi rendicontati, tenendo conto delle modalità di acquisto e delle regole di tracciabilità dei dispositivi medici. Si stabilisce il target del 90% per i dispositivi medici. Per i diagnostici in vitro si conferma il target del 60%, apportando una correzione al calcolo che contempli la spesa sostenuta per i prodotti codificati in anagrafica GAAC come Kit IVD per prest.refertata/analisi.refertata privi di codice di repertorio, conformemente alle indicazioni della Linea Guida "Anagrafiche centralizzate GAAC" v.1.1/2024.

Indicatori	Target
IND0363 - Tasso di copertura del flusso consumi DiMe sul conto economico	>= 90%
IND0713 - Tasso di copertura del flusso consumi Di.Me. (IVD) sul conto economico	>= 60%

Dispositivo Vigilanza

In Emilia-Romagna è attiva la Rete regionale dei referenti di dispositivo-vigilanza, caratterizzata da un'articolazione omogenea su tutto il territorio e in costante interfaccia con la Rete Nazionale

coordinata dal Ministero della Salute. La rete della vigilanza rientra nel sistema di vigilanza, inteso come l'insieme delle attività finalizzate a garantire la circolazione di dispositivi sicuri ed efficaci per utenti, pazienti e operatori sanitari. Tale obiettivo è perseguito attraverso la valutazione degli incidenti segnalati e la diffusione di informazioni utili a prevenire il verificarsi di ulteriori incidenti dello stesso tipo. Gli operatori sanitari che utilizzano dispositivi medici e dispositivi medico diagnostici in vitro sono tenuti a segnalare incidenti, incidenti gravi e reclami.

Obiettivo:

Monitorare la trasmissione della segnalazione di incidente grave entro i tre giorni lavorativi dalla data di ricezione del messaggio automatico generato al momento dell'inserimento delle informazioni da parte dell'operatore sanitario.

Indicatori LEA dedicati al monitoraggio dell'attività di Dispositivo Vigilanza - Monitoraggio sulla piattaforma Dispovigilance

Gli adempimenti LEA previsti per l'attività di Dispositivo Vigilanza sono adempimenti obbligatori, monitorabili attraverso la piattaforma ministeriale Dispovigilance ed hanno l'obiettivo di promuovere un atteggiamento responsabile e migliorare il sistema di vigilanza, armonizzando i comportamenti nel territorio nazionale

Indicatore:	Target
IND1190 - % di segnalazioni di incidente gravi validate entro i 3 giorni su segnalazioni di incidente grave ricevute (Numero di segnalazioni di incidente grave validate entro i 3 giorni / numero di segnalazione di incidente grave inserite)	100%

Registro Protesi Mammarie

Il decreto del Ministero della Salute del 19 ottobre 2022 (G.U. n. 14 del 18/01/2023) ha istituito il Registro nazionale, alimentato dai Registri regionali.

Il Registro degli impianti protesici mammari costituisce un sistema di raccolta dei dati relativi all'utilizzo delle protesi mammarie impiantate ed espianate, sia con finalità estetiche sia ricostruttive.

La registrazione è obbligatoria per gli operatori sanitari che impiantano o rimuovono protesi mammarie sul territorio nazionale.

Obiettivo:

Per l'anno 2026 si è scelto di focalizzare il monitoraggio sulle protesi mammarie impiantate, sia nelle strutture pubbliche sia in quelle private accreditate; il monitoraggio sarà effettuato a livello regionale.

Indicatore	Target
IND1191 – Copertura percentuale Registro protesi mammarie sul totale degli interventi registrati in SDO (strutture pubbliche) [Numero di interventi di impianto ed espianto di protesi mammarie caricati nel Registro/Numero di interventi di impianto ed espianto tracciati nelle SDO con i seguenti codici: • Intervento monolaterale: 8533 – 8553 • Intervento bilaterale 8535 – 8554 *100]	100%

5. Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa

5.1. Miglioramento nella produttività e nell'efficienza degli Enti del SSN, nel rispetto del pareggio di bilancio e della garanzia dei LEA

Gli obiettivi di mandato assegnati alle Direzioni Generali impegnano le stesse a raggiungere gli obiettivi economico-finanziari annualmente definiti dalla programmazione regionale ed il mancato conseguimento comporta la risoluzione del rapporto contrattuale.

Per l'anno 2026 le Direzioni aziendali dovranno garantire:

- Il rispetto del vincolo di bilancio assegnato, concorrendo al raggiungimento dell'obiettivo del pareggio di bilancio del Servizio Sanitario Regionale;
- Il costante monitoraggio della gestione e dell'andamento economico-finanziario.
- La partecipazione al sistema di monitoraggio bimestrale dell'andamento delle gestioni aziendali e in particolare alle verifiche sul rispetto degli obiettivi di budget definiti dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare; sistema di monitoraggio attivato fin dall'anno 2022 con DGR 407/22;
- La presentazione alla Regione della certificazione prevista dall'art. 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/3/2005, attestante la coerenza degli andamenti trimestrali all'obiettivo assegnato; in presenza di certificazione di non coerenza, presentazione di un piano contenente le misure idonee a ricondurre la gestione all'interno dei limiti assegnati entro il trimestre successivo.

A livello regionale sarà valutata sia la capacità della Direzione Generale di rispettare l'obiettivo economico-finanziario assegnato e in particolare gli obiettivi di budget specificamente assegnati con riferimento ai principali fattori produttivi che concorrono al maggior assorbimento di risorse, sia la capacità di perseguire tale obiettivo individuando e realizzando con tempestività tutte le azioni possibili a livello aziendale, assicurando contestualmente il rispetto della programmazione sanitaria regionale e degli obiettivi di salute ed assistenziali assegnati quali obiettivi di mandato.

Il mancato rispetto degli impegni di cui sopra comporta l'applicazione delle disposizioni contenute nell'art. 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

Le Aziende sanitarie sono tenute ad applicare la normativa nazionale in materia sanitaria, con particolare riferimento alle disposizioni che definiscono misure di razionalizzazione, riduzione e contenimento della spesa sanitaria, ancorché non espressamente richiamata in sede di programmazione regionale, fermo restando l'obbligo di assicurare l'erogazione dei LEA e la possibilità di individuare misure alternative di riduzione della spesa sanitaria, purché equivalenti sotto il profilo economico.

Indicatori	Target
IND1151 – Accuratezza di predisposizione delle stime per il monitoraggio economico bimestrale delle gestioni aziendali e rispetto delle tempistiche di trasmissione	100%

5.1.1. Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR

Nel corso del 2026 proseguirà l'impegno per consolidare il rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi del SSR in conformità alle disposizioni del D.Lgs. n. 231/2002 e s.m.i, (pagamenti entro i 60gg) attraverso un impiego efficiente della liquidità disponibile a livello regionale e un utilizzo ottimale dell'indebitamento a breve (anticipazione di tesoreria).

La Circolare n. 1, MEF-RGS-prot. 2449 del 03/01/2024, fornisce indicazioni in merito all'applicazione dell'art.4 bis del D.L. 24 febbraio 2023, n. 13, convertito con modificazioni dalla L. 21 aprile 2023, n. 41 recante "Disposizioni in materia di riduzione dei tempi di pagamento delle Pubbliche Amministrazioni".

Tra le riforme abilitanti del PNRR che l'Italia si è impegnata a realizzare, in linea con le indicazioni della Commissione Europea, è prevista la Riforma n. 1.11 relativa alla "Riduzione dei tempi di pagamento delle pubbliche amministrazioni e delle autorità sanitarie".

Tale riforma, anche a seguito delle ultime modifiche apportate al PNRR ed approvate dal Consiglio Ecofin in data 8/12/2023 prevede che entro il primo trimestre 2025 (Q1 2025), con conferma al primo trimestre 2026 (Q1 2026), siano conseguiti specifici obiettivi quantitativi (target) in termini di tempo medio di pagamento e di tempo medio di ritardo.

La Circolare prevede che le indicazioni valgono anche per gli Enti del SSN.

I target da raggiungere sono fissati in 60 giorni, per l'indicatore del tempo medio di pagamento degli Enti del Servizio sanitario nazionale e pari a zero per l'indicatore del tempo medio di ritardo.

È evidente, pertanto, l'importanza di una puntuale e corretta alimentazione dei dati in PCC da parte delle Aziende sanitarie, presidiando in modo costante i seguenti processi:

- la corretta gestione dei pagamenti effettuati, avendo cura di verificare che detti pagamenti siano stati correttamente registrati nel sistema PCC. Ciò, anche in considerazione che gli indicatori del tempo medio ponderato di pagamento e di ritardo devono essere calcolati su un volume di pagamenti almeno pari alle percentuali sopra indicate per le fatture ricevute negli anni 2024 e 2025;
- la corretta gestione delle sospensioni. È bene rammentare che tali importi non rilevano ai fini del calcolo dei tempi di pagamento e dello stock di debito (così ad es. i periodi in cui una fattura risulta sospesa saranno esclusi dal calcolo dei tempi medi di pagamento e di ritardo). Pertanto, è opportuno che le Aziende verifichino l'eventuale esistenza di condizioni di sospensione e/o non liquidabilità non ancora comunicate alla PCC, aggiornando quanto prima le informazioni mancanti;
- la corretta implementazione della data di scadenza delle fatture. In proposito, si segnala che la Commissione europea avrà a disposizione la base dati di tutte le fatture (con evidenza anche della data di scadenza) ricevute dalle Aziende e registrate in piattaforma.

Si conferma pertanto, per l'anno 2026, l'obiettivo di provvedere a eseguire i pagamenti delle transazioni commerciali nel più rigoroso rispetto dei termini previsti dall'articolo 4 del decreto legislativo n. 231 del 2002, garantendo, altresì, l'aggiornamento dei dati e la corretta implementazione delle informazioni nel sistema PCC.

La Direzione aziendale dovrà pertanto garantire un utilizzo efficiente della liquidità disponibile ed il mantenimento dei tempi di pagamento previsti dalla normativa vigente anche ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato, in conformità a quanto prescritto dall'art. 1, comma 865 della L. 145/2018 (Legge di bilancio 2019), misura di garanzia che resta confermata, per gli Enti del SSN.

Le Aziende sanitarie sono tenute all'applicazione delle disposizioni contenute: agli art.li 33 e 41 del D.L. n. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. 97/2016; all'art. 41 del D.L. n. 66/2014, convertito con modificazioni dalla L. n. 89/2014; nella circolare n.1 MEF-RGS-prot. 2449 del 03/01/2024; nella circolare n.36 MEF-RGS-prot. 232998 del 08/11/2024; nella circolare n.12 MEF-RGS-prot.95114 del 22/04/2025; scheda tematica B Misure per la riduzione dei tempi di pagamento dei debiti commerciali delle pubbliche amministrazioni.

Indicatori	Target
IND0220 – Indice di tempestività dei pagamenti	≤ 0
IND1153 – Tempo medio di pagamento	≤ 60
IND1154 – Tempo medio di ritardo	≤ 0

Le Aziende sanitarie sono tenute al rispetto dell'invio trimestrale delle tabelle, debitamente compilate, riferite ai pagamenti relativi a transazioni commerciali effettuati nel 2026. La compilazione di tali tabelle costituisce adempimento regionale in sede di Tavolo di verifica degli adempimenti presso il MEF.

Indicatore	Target
DES0063 – Compilazione delle tabelle riferite ai pagamenti relativi alle transazioni commerciali	100%

La legge 30 dicembre 2018, n. 145, come novellata dal decreto-legge 6 novembre 2021, n.152, introduce per gli enti e organismi di cui all'articolo 1, comma 2, della legge 31 dicembre 2009, n.196, diversi dalle amministrazioni dello Stato, misure tese a garantire sia il rispetto dei tempi di pagamento previsti dalla direttiva europea sia lo smaltimento dello stock dei debiti pregressi.

Si ricorda che il dato dello stock di debito residuo, oltre ad essere oggetto di valutazioni comparative con le registrazioni comunicate in PCC, è la base di riferimento per l'applicazione delle analisi metodologiche condotte sui debiti commerciali e necessarie anche a rispondere alle richieste che pervengono da parte della Commissione europea nell'ambito della procedura d'infrazione UE per i ritardi dei pagamenti nei debiti commerciali delle PA.

Nel 2026 le Aziende sono invitate a garantire l'allineamento dei dati contabili ai dati presenti nella PCC con particolare riferimento alla corretta gestione delle sospensioni finalizzate alla corretta rilevazione dello stock del debito calcolato dalla PCC, che dall'anno 2025 resta l'unico riferimento.

Indicatore	Target
IND1155 – Stock del debito risultante all'Ente dai propri sistemi contabili/stock del debito calcolato dalla PCC	1

Per rafforzare ulteriormente le misure già previste per la riduzione dei tempi di pagamento, nell'ambito della riforma PNRR, milestone M1C-M1C1-72bis del PNRR, con decreto-legge 155/2024 art. 6 comma 1 è stato pubblicato il modello del Piano annuale dei flussi di cassa che è stato successivamente deliberato dalle singole Aziende sanitarie entro il 28 febbraio e che dovranno aggiornare trimestralmente.

Anche per il 2026 le Aziende dovranno garantire il rispetto dell'adempimento.

Indicatore	Target
DES0040 – Piano dei flussi di cassa: annuale e trimestrali	5

5.1.2. Le buone pratiche amministrativo-contabili

Nel 2017 si è concluso il Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) nel rispetto delle azioni e della tempistica previste dalle disposizioni nazionali e regionali; le Aziende Sanitarie hanno superato con giudizio complessivamente positivo le Revisioni Limitate effettuate dai Collegi Sindacali.

Con determina n. 24526 del 23/12/2021(ultima modifica n.14346 del 24/07/2025) avente ad oggetto "Costituzione della "Cabina di Regia PAC" per l'aggiornamento delle Linee Guida Regionali del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) di cui alle deliberazioni di giunta regionale n. 1562/2017 e n.2119/2017" è stata istituita la Cabina di Regia PAC.

In continuità con l'esercizio 2025, nel 2026 le Aziende sanitarie sono tenute: all'applicazione delle Linee Guida regionali; a partecipare alla Cabina di Regia PAC; a partecipare ai gruppi di lavoro operativi necessari per l'aggiornamento delle Linee Guida regionali; nel rafforzamento dei controlli operativi connessi alle fasi di predisposizione del bilancio di esercizio e dei documenti a corredo.

Con riferimento al miglioramento del sistema informativo contabile, nel corso del 2026 le Aziende sanitarie, tenuto anche conto delle indicazioni e delle Linee Guida regionali, sono impegnate nel miglioramento dell'omogeneità, della confrontabilità e dell'aggregabilità dei rispettivi bilanci attraverso un'accurata compilazione degli schemi di bilancio previsti dal D.Lgs. n. 118/2011 (Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario); la verifica della correttezza delle scritture contabili tenuto conto delle disposizioni del D.Lgs. n. 118/2011, della relativa Casistica applicativa e delle indicazioni regionali; il corretto utilizzo del Piano dei conti regionale, economico e patrimoniale; la puntuale e corretta compilazione dei modelli ministeriali CE, SP, LA e CP (così come definiti dal decreto 24 maggio 2019). Con riferimento in particolare al modello CP, di rilevazione dei costi dei presidi ospedalieri articolato in ricavi e costi in analogia con il modello CE, le Aziende dovranno porre particolare attenzione alla corretta alimentazione del modello al fine di garantire l'equilibrio della gestione dei presidi ospedalieri.

Indicatori	Target
IND1156 – Coerenza nella compilazione degli schemi di bilancio	≥ 95%

Con riferimento alle partite vetuste anni 2023 e precedenti, nel corso del 2026 le Aziende sanitarie devono procedere ad un'attenta valutazione sul mantenimento a bilancio di tali partite, tenuto anche conto che le partite pregresse (crediti, debiti, quote inutilizzate di contributi, ecc..) sono attentamente analizzate dal MEF, in sede di verifica degli adempimenti e dalla Corte dei Conti in sede di controllo sui bilanci aziendali.

Le Aziende dovranno pertanto verificare:

- la sussistenza del presupposto giuridico per il mantenimento a bilancio di tali partite e, in mancanza di esso, provvedere a rilevare un'insussistenza dell'attivo, valutando l'impatto sul proprio bilancio;
- fornire puntuali motivazioni sulla necessità di mantenere tali partite nel bilancio d'esercizio 2026.

Indicatore	Target
IND1157 – Coerenza con la sussistenza a bilancio delle partite vetuste anni 2023 e precedenti	100% delle partite vetuste verificate

Con riferimento alle fatture e note di credito da ricevere 2025 e precedenti, nel corso del 2026 le Aziende sanitarie devono procedere ad un'attenta valutazione sul mantenimento a bilancio di tali debiti, tenuto anche conto delle risultanze di magazzino (ordini emessi e bolle caricate nei relativi esercizi di competenza e non fatturati).

Indicatore	Target
IND1158 – Coerenza con la sussistenza a bilancio delle fatture e note di credito da ricevere anno corrente e precedenti (anno corrente 2026)	100% delle fatture da ricevere verificate

Con riferimento ai *ticket*, si raccomanda l'iscrizione a bilancio per competenza, in applicazione delle linee guida regionali in materia di crediti e ricavi (vedi paragrafo 6 Compartecipazioni alla spesa sanitaria dell'allegato 5 della DGR 1562/2017), un'attenta valutazione dei crediti in essere al 31 dicembre e l'alimentazione dell'apposito fondo.

In particolare, con riferimento ai ticket non riscossi al 31/12/2025, nel corso del 2026 le Aziende sanitarie devono procedere all'invio del primo sollecito e del secondo sollecito con PEC o raccomandata A/R e, almeno per i crediti sorti nel 2024 e antecedenti, all'iscrizione a ruolo secondo le procedure individuate nei regolamenti aziendali aggiornati secondo i contenuti minimi previsti nelle linee guida PAC regionali approvate. Saranno attivate verifiche infrannuali sullo stato dei ticket non riscossi (sollecitato, iscritto a ruolo) anche con riferimento ai ticket di competenza 2026.

Indicatore	Target
IND1196 - Attivazione della procedura di recupero sui ticket non riscossi di competenza 2025	>=80%
DES0041 - Attivazione del monitoraggio dell'andamento dell'invio dei solleciti e iscrizione a ruolo per i ticket non riscossi 2025 e antecedenti (al 30 giugno 2026, al 30 settembre 2026, 31 dicembre 2026 e 31 marzo 2027)	3 nel 2026
DES0042 - Attivazione del monitoraggio dell'andamento dell'invio dei solleciti per i ticket non riscossi su prestazioni erogate nel 2026 (al 30 giugno 2026, al 30 settembre 2026, 31 dicembre 2026 e 31 marzo 2027)	3 nel 2026
IND1198 - Iscrizione al ruolo dei ticket relativi a prestazioni erogate del 2024 e antecedenti	=100%

Con riferimento alle sanzioni per mancata disdetta (di cui alla Legge regionale 2 /2016 e successive indicazioni) si raccomanda l'elevazione delle sanzioni relative a tutte le mancate disdette fino al 30-06-2026 entro il 31/12/2026. Si invitano le aziende a sollecitare tempestivamente le sanzioni elevate e non rimosse.

Indicatore	Target
DES0043 - Elevazione sanzioni per mancata disdetta delle prenotazioni fino al 30/06/2026 entro il 31/12/2026	90%

Il percorso delle procedure di recupero per i ticket sorti entro il 31/12/2024 dovrà concludersi entro l'esercizio 2026.

Con riferimento ai *contratti di service*, nel corso del 2026 le Aziende sanitarie devono garantire una corretta modalità di contabilizzazione, funzionale a monitorare ed analizzare la spesa sanitaria nelle diverse componenti di spesa, a valutare l'andamento economico aziendale nei diversi esercizi, a consentire la comparazione economica delle Aziende sanitarie. A tal fine si richiede una disaggregazione dei costi e una loro separata imputazione contabile a seconda della natura delle prestazioni acquisite.

Si ricorda che con riferimento particolare alla *spesa di Dispositivi Medici* questo obbligo è ancora più stringente e richiesto da norme specifiche. La circolare ministeriale 7435 del 17 marzo 2020 avente ad oggetto "Fatture elettroniche riguardanti Dispositivi Medici - Individuazione delle fatture di interesse per l'applicazione delle disposizioni previste dall'art. 9 ter del Decreto Legge 19 giugno 2015 n.78, come modificato dalla Legge 30 dicembre 2018, n. 145, art. 1, comma 557" fa specifico riferimento alla norma che prevede che il superamento del tetto di spesa a livello nazionale e regionale per l'acquisto di dispositivi medici, rilevato sulla base del fatturato di ciascuna azienda a lordo dell'IVA, sia dichiarato con decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, e che la rilevazione, per l'anno 2019 e successivi, sia effettuata sulla base dei dati risultanti dalla fatturazione elettronica relativi all'anno solare di riferimento. La circolare richiamata fa inoltre presente che il legislatore ha esplicitato che, nell'esecuzione dei contratti anche in essere, è fatto obbligo di indicare nella predetta fatturazione "in modo separato il costo del bene e il costo del servizio".

Il Decreto-legge 30 marzo 2023, n. 34 convertito con legge 26 maggio 2023, n. 56 recante: «Misure urgenti a sostegno delle famiglie e delle imprese per l'acquisto di energia elettrica e gas naturale, nonché in materia di salute e adempimenti fiscali», all'art. 8 "Contributo statale per il ripiano del superamento del tetto di spesa dei dispositivi medici" al comma 4 ribadisce l'obbligo di indicare nella fattura elettronica riguardante i dispositivi medici in modo separato il costo del bene e il costo del servizio;

Indicatore	Target
IND1159 – Riduzione della contabilizzazione dei conti di bilancio inerenti i service sanitari	100% attinenza delle indicazioni Regionali

5.1.3. Contabilità ACCRUAL

La Riforma 1.15 del PNRR prevede l'adozione di un sistema unico di contabilità economico-patrimoniale accrual per tutte le amministrazioni pubbliche.

La Riforma 1.15, nella versione aggiornata alla Decisione del Consiglio dell'UE del 27 novembre 2025, prevede il raggiungimento di due milestone (M1C1-108 e M1C1-118) e un target (M1C1-117):

- il target M1C1-117 stabilisce che, entro il primo trimestre del 2026, si concluda il primo ciclo di formazione per la transizione al nuovo sistema di contabilità economico-patrimoniale a base accrual, rivolto ai rappresentanti di un numero di amministrazioni pubbliche che coprano almeno il 90% della spesa primaria dell'intero settore pubblico;
- la milestone M1C1-118 prevede entro il secondo trimestre del 2026 una fase pilota, con la predisposizione degli schemi di bilancio (stato patrimoniale e conto economico) per gli enti pubblici che coprono almeno il 90% della spesa primaria dell'intero settore pubblico, ad eccezione delle società a partecipazione pubblica.

Si rimanda al contenuto della nota prot. 0091401 del 29/01/2025 avente ad oggetto "Sistema unico di contabilità economico-patrimoniale ACCRUAL".

Con determina del Ministero del Ragioniere Generale dello Stato del 25/07/2025 sono stati adottati i modelli di raccordo fra i piani dei conti adottati dalle amministrazioni e il Piano dei conti unico per

tutte le amministrazioni pubbliche, tra cui gli enti e le aziende del servizio sanitario nazionale, oltre alle linee guida inerenti alla fase pilota con gli obiettivi, riferimenti normativi, tempistiche e modalità attuative.

Nel corso del 2026 le Aziende sono tenute a concludere il primo ciclo di formazione (formazione di base rivolto agli esperti contabili delle amministrazioni destinatarie della riforma, previsto dal target M1C1 -117 (da conseguire entro il primo trimestre 2026) e alla realizzazione della fase pilota inclusa nella milestone M1C1 -118 (da conseguire entro il secondo trimestre 2026) che prevede una prima predisposizione degli schemi di bilancio di ITAS1 Stato Patrimoniale e Conto Economico, con finalità puramente sperimentali.

Indicatori	Target
DES0182 – Conclusione primo ciclo di formazione entro 31/03/2026	100%
DES0183 – Predisposizione e invio degli schemi di bilancio (stato patrimoniale e conto economico) entro il 30/06/2026	100%

5.1.4. Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile

Il progetto GAAC ha visto la realizzazione di un Sistema unitario per la Gestione dell'Area Amministrativo Contabile (GAAC) in tutte le Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna e continua a rappresentare uno degli obiettivi strategici di questa Regione.

Si ricorda alcuni elementi caratterizzanti il progetto GAAC:

L'organizzazione del progetto prevede una Cabina di Regia GAAC strategica istituita con determina n. 8834 del 12/05/2025 finalizzata a potenziare il ruolo di committenza regionale nei confronti del fornitore e a definire le linee di sviluppo strategiche del sistema informativo GAAC; una Cabina di Regia GAAC, la cui composizione è stata rivista con determina regionale n. 25120 del 19 dicembre 2025 a cui partecipano tutte le Aziende Sanitarie al fine di ricoprire tutte le competenze necessarie finalizzate allo sviluppo. Entrambe le Cabine di Regie sono dotate di un regolamento di funzionamento interno.

Si ricorda che ricopre un ruolo strategico l'Anagrafica Centralizzata per la quale è stata redatta la Linea guida regionale "Anagrafiche Centralizzate GAAC", il cui ultimo aggiornamento è stato trasmesso con nota Prot. 11.02.2025.0134419.U.

Anche per l'esercizio 2026 si confermano le attività di governo dell'anagrafica centralizzata degli articoli di beni e servizi in capo ai 3 Poli di Governo, confermati nella Linea Guida "Anagrafiche centralizzate GAAC" citata, i cui referenti risultano comunicati con l'ultimo aggiornamento nella nota Prot. 1230647 del 09 dicembre 2025:

- Azienda Usl di Reggio Emilia per i beni e i cespiti/investimenti;
- Azienda Usl della Romagna principalmente per i servizi non sanitari e alcuni servizi sanitari (es. trasporti sanitari);
- Azienda Usl di Bologna principalmente per i servizi sanitari e alcuni servizi non sanitari (es. consulenze non sanitarie, lavoro autonomo non sanitario).

Nel 2026 le attività di progetto dovranno essere orientate al consolidamento del sistema informativo e agli sviluppi evolutivi approvati dalla Cabina di Regia GAAC.

Nel 2026, le Aziende sanitarie sono impegnate:

- a garantire la partecipazione dei referenti aziendali alla Cabina di Regia;

- ad assicurare alla Cabina di Regia, al Direttore Esecutivo del Contratto (DEC) e al fornitore aggiudicatario (RTI) la collaborazione dei Referenti GAAC nelle attività necessarie all'implementazione e alla gestione del sistema informativo;
- ad assicurare la partecipazione di altri collaboratori delle Aziende Sanitarie a gruppi di lavoro a supporto delle attività della Cabina di Regia, di volta in volta individuati, anche per il tramite dei Referenti GAAC;
- assicurare le attività necessarie al consolidamento delle funzionalità del nuovo sistema informativo;
- assicurare le attività necessarie all'invio dei flussi per assolvere ai debiti informativi regionali e ministeriali;

Anche per l'anno 2026, le Aziende Usl di Bologna, Usl di Reggio Emilia e Usl della Romagna in qualità di Poli di Governo dell'anagrafica centralizzata dei beni/cespiti e dei servizi dovranno garantire l'attività di governo dell'anagrafica centralizzata con particolare riferimento:

- all'applicazione della Linea Guida PAC "Anagrafiche Centralizzate GAAC" di cui alla nota Prot. 11.02.2025.0134419.U; si richiama in particolare l'attenzione sulla "codifica articoli delle Gare Regionali e nomina Referente Tecnico" e precisamente alle specifiche sulla gestione della codifica degli articoli inerenti le procedure d'acquisto effettuate sulla Piattaforma SATER e il ruolo del Referente Tecnico.
- all'aggiornamento della linea guida sul processo di candidatura e governo dell'anagrafica di propria competenza, anche alla luce dell'aggiornamento delle linee guida regionali sul Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC).

Ulteriori obiettivi specifici per le Aziende in GAAC:

- partecipazione e collaborazione alle attività di Bonifica delle anagrafiche soggetti coordinate dal livello regionale;
- partecipazione e collaborazione alle attività di Bonifica degli anagrafici beni (Farmaci e Dispositivi Medici) coordinate dal livello regionale;
- partecipazione e collaborazione alle attività volte all'aggiornamento delle anagrafiche centralizzate del dato identificativo unico UDI DI per i Dispositivi Medici così come previsto dai Regolamenti (UE) 2017/745 e 2017/746, usato per identificare e tracciare i dispositivi medici lungo la supply chain sanitaria nell'Unione europea e all'implementazione delle funzionalità GAAC necessarie alla gestione del codice UDI completo a seguito del dettato normativo;
- partecipazione e collaborazione nelle attività finalizzate all'efficientamento degli SPOC e al miglioramento della gestione dei rilasci coordinate dal livello regionale di cui al regolamento della Cabina di Regia GAAC (ultimo aggiornamento determina n.25120 del 19 dicembre 2025);

Indicatori	Target
IND1163 - Alimentazione del modulo Gestione Regionale Dati – Piattaforma degli Scambi tra Aziende Sanitarie della regione e Flussi regionali e ministeriali	100%
IND1166 - Allineamento alla BDR degli articoli Farmaci e Dispositivi Medici attivi	90%

Si evidenziano inoltre i seguenti adempimenti normativi la cui applicazione ha impatto sul GAAC e sui sistemi informativi aziendali attualmente in uso:

Legge 27 dicembre 2017 n. 205 (Finanziaria 2018)

I commi da 411 a 415 – art.1 della Legge n.205/2017 dettano disposizioni finalizzate a consentire un monitoraggio completo dell'intero ciclo degli acquisti.

Con decreto 7 dicembre 2018 del Ministero dell'Economia e delle Finanze modificato successivamente con decreto del 27 dicembre 2019 sono state definite modalità e tempi di attuazione delle norme di cui sopra.

Nel 2026, le Aziende sono invitate

- a garantire l'emissione degli ordini per l'acquisto di beni e servizi, utilizzando la piattaforma NoTI-ER, quale intermediario per l'invio a NSO;
- all'applicazione della Linea Guida regionale NSO (ultima versione: NSO_LG_RER v.0.5 del 25/10/2021);
- alla verifica dei dati risultanti dal monitoraggio periodico sullo stato di avanzamento di NSO finalizzata alla corretta emissione dell'ordine NSO;

Indicatore	Target
IND1199 - Emissione ordine NSO sui beni comprese le Aziende intercompany	100%
IND1189 - Emissione ordine NSO sui servizi comprese le Aziende intercompany	100%

Documenti di Trasporto elettronico

Al fine di pre-acquisire i dati dal DDT elettronico, inerenti le informazioni di lotto, scadenza, seriale e UDI (in caso di Dispositivi Medici), si invitano le Aziende, per tutti i contratti stipulati inerenti beni di consumo ad effettuare il carico di magazzino attraverso il recupero di suddette informazioni dal documento di trasporto elettronico scaricato da Noti-ER e in seconda istanza (solo laddove i dati non siano disponibili) tramite strumenti alternativi (lettore barcode, ddt cartaceo).

Indicatore	Target
IND1200 - Acquisizione automatica dei documenti di trasporto elettronici ricevuti tramite NoTIER	30%

Fatturazione Elettronica

Anche per l'anno 2026 proseguono le attività di controllo dei dati che il fornitore è obbligato ad inserire in Fatturazione Elettronica:

1. Controllo ordine NSO: le disposizioni contenute all'art.3, comma 4 del DM 7 dicembre 2018, come modificato e integrato dal DM 27 dicembre 2019, prevedono che l'associazione tra Ordine e fattura è assicurata mediante l'indicazione sulla fattura degli estremi dell'ordine di acquisto, che sono contenuti nella Tripletta di identificazione.

Le Aziende devono assicurare adeguati controlli finalizzati all'applicazione del dettato normativo.

2. Controllo sui Farmaci: a partire dal 1° gennaio 2018 all'interno delle fatture elettroniche emesse nei confronti degli enti del SSN relative ad acquisti di prodotti farmaceutici devono essere fornite indicazioni in merito alle informazioni relative al Codice di Autorizzazione all'Immissione in Commercio (AIC) e al corrispondente quantitativo di cui al comma 2 dell'art. 29 del decreto-legge 24 aprile 2017, n. 50, convertito, con modificazioni, dalla legge 21 giugno 2017, n. 96.

Il comma citato prevede inoltre l'obbligo di non procedere con il pagamento dei corrispettivi indicati nelle fatture nell'ipotesi in cui all'interno delle medesime non siano riportate le succitate indicazioni.

In continuità con gli esercizi precedenti anche nel 2026 le Aziende devono assicurare l'istituzione di idonei strumenti di controllo finalizzati all'applicazione del dettato normativo.

3. Controllo sui Dispositivi Medici: si richiamano:
 - a. i contenuti dell'art. 1, comma 557 della legge 30 dicembre 2018, n. 145 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021;
 - b. le indicazioni operative da parte del Ministero della salute (nota DGSISS 0002051-P-del 08/02/2019) avente ad oggetto "*Fatture elettroniche riguardanti dispositivi medici – Indicazioni operative per l'applicazione delle disposizioni previste dall'articolo 9-ter, comma 8, del Decreto Legge 19 giugno 2015 n.78, come modificato dall'articolo 1, comma 557 della legge 30 dicembre 2018, n. 145*", trasmesse alle Aziende Sanitarie della Regione con nota regionale PG/2019/0241311, avente medesimo oggetto, con preghiera di darne applicazione;
 - c. la circolare Ministeriale n.7435 del 17 marzo 2020 trasmessa alle Aziende Sanitarie della Regione con nota prot. PG/2020/0279525 del 08/04/2020;
 - d. il Decreto-legge 30 marzo 2023, n. 34 convertito con legge 26 maggio 2023, n. 56 recante: «Misure urgenti a sostegno delle famiglie e delle imprese per l'acquisto di energia elettrica e gas naturale, nonché in materia di salute e adempimenti fiscali», all'art. 8 "Contributo statale per il ripiano del superamento del tetto di spesa dei dispositivi medici" al comma 4 ribadisce l'obbligo di indicare nella fattura elettronica riguardante i dispositivi medici in modo separato il costo del bene e il costo del servizio e i dati identificativi dei DM.

Nel 2026 le Aziende Sanitarie della Regione devono assicurare l'applicazione del dettato normativo attraverso l'utilizzo di idonei strumenti di controllo finalizzati a consentire la verifica della correttezza dei dati riportati nella fattura elettronica con riferimento ai dati identificativi dell'ordine NSO, dei farmaci e dei Dispositivi Medici, così come previsto dalla normativa di riferimento.

Al fine di favorire la liquidazione delle fatture e conseguentemente ridurre i tempi di pagamenti, si invitano le Aziende ad implementare il DDT elettronico con l'obiettivo di incrementare i livelli di quadratura ordine elettronico, DDT elettronico e fattura elettronica.

Le Aziende nel 2026 dovranno garantire partecipazione e collaborazione nelle attività finalizzate all'implementazione degli sviluppi volti a migliorare la registrazione delle fatture elettroniche e la liquidazione delle fatture a esercizio chiuso.

Nell'ambito del progetto GAAC, essendo lo stesso in una fase avanzata e matura, si ravvisa la necessità di focalizzare l'attenzione in modo sistematico sullo sviluppo dei sistemi informativi di questa area, revisionando coerentemente l'organizzazione attuale di gestione e sviluppo dei dati esposti e della loro rappresentazione.

A tal fine, nel 2025 è stato dato avvio all'implementazione di un sistema informativo per il reporting dell'area amministrativa contabile al fine di garantire con tempestività il monitoraggio della spesa del SSR. Le Aziende saranno impegnate per il 2026 a garantire il supporto necessario all'implementazione di tale progetto.

5.2. Il Governo dei processi di acquisto di beni e servizi

L'efficiamento della spesa per beni e servizi rientra fra gli interventi prioritari per garantire la sostenibilità complessiva del sistema sanitario regionale. Al fine di coinvolgere tutti gli stakeholder che a vario titolo intervengono nei processi di acquisizione di beni e servizi, con determina della DG Cura della Persona e Welfare n. 22152 del 13/11/2025, è stato istituito il Coordinamento Regionale Acquisti in Sanità (CRAS) di cui fanno parte la stessa Direzione, Intercent-ER e rappresentati delle Aziende Sanitarie e delle Aree Vaste. Al CRAS sono attribuiti i seguenti compiti:

1. supportare Intercent-ER nella definizione del Masterplan degli acquisti;
2. supportare la programmazione degli acquisti dell'intero SSR garantendo l'integrazione dei tre livelli (regionale, Area Vasta, aziendale);
3. proporre le priorità nell'ambito della programmazione degli acquisti dell'intero SSR, in linea con gli indirizzi e le strategie della Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare;
4. proporre obiettivi strategici basati su criteri di qualità, sostenibilità, innovazione ed appropriatezza per il governo dei beni sanitari caratterizzati da: elevati costi, alta complessità, significativo impatto d'uso e grandi volumi di distribuzione;
5. collaborare con Intercent-ER nel monitoraggio del sistema degli acquisti, attraverso la raccolta dei dati relativamente all'avanzamento delle iniziative di gara realizzate ai vari livelli regionali ed evidenziando eventuali ritardi, criticità, ecc.;
6. collaborare con Intercent-ER nello svolgimento delle singole gare regionali
7. proporre strumenti per un efficace governo della spesa sanitaria

L'istituzione di tale organismo di coordinamento che realizza una stretta correlazione tra gli obiettivi di governo della spesa sanitaria e le strategie di acquisto della Centrale regionale appalti pone le basi per conseguire una migliore qualificazione della spesa intervenendo in maniera puntuale su specifiche aree critiche nei processi di approvvigionamento ovvero attraverso l'implementazione di modalità di fruizione dei beni e servizi più innovative e che prevedono forme di compartecipazione dei fornitori ai risultati clinici (Value Based Procurement).

Parallelamente agli interventi in materia di appropriatezza nell'utilizzo di Dispositivi Medici e Farmaci messi in campo della DG Cura della persona e welfare, nel corso del 2026 verranno implementati strumenti di monitoraggio della capacità di pianificazione e acquisizione delle aziende del sistema sanitario regionale. In particolare, sarà valutata la capacità delle strutture di esprimere fabbisogni congrui rispetto ai volumi di prestazioni da eseguire, di contrattualizzare le corrette quantità e di gestire i contratti in modo da evitare inefficienze e/o ridondanze, con l'obiettivo, a partire dal 2027, di definire specifici indicatori in grado di valutare l'effettivo controllo sul processo di acquisizione.

Grazie anche al contributo del CRAS, si prevede un rafforzamento della centralizzazione delle procedure di gara con un ruolo sempre più rilevante dell'Agenzia Intercent-ER, la centrale acquisti della Regione Emilia-Romagna, individuata quale Soggetto Aggregatore ai sensi dell'articolo 9 del DL 66/2014, convertito con modificazioni dalla L 89/2014, e un ampliamento del perimetro di spesa gestita, aggredendo anche beni o servizi caratterizzati da esclusive o infungibilità, con l'obiettivo di garantire a tutte le Aziende Sanitarie le migliori condizioni di acquisto.

Gli obiettivi saranno perseguiti anche attraverso il potenziamento degli strumenti di analisi dei dati relativi all'attività delle Aziende Sanitarie. In particolare, dovrà essere perseguita una maggiore integrazione dei sistemi informativi coinvolti nel ciclo degli acquisti (e-procurement, sistema

amministrativo contabile, nodo di interscambio) al fine rendere sempre più efficienti le procedure di acquisto e massimizzare le possibilità di analisi derivanti da una lettura integrata dei dati nelle diverse fasi.

Indicatore	Target
IND0818 - Percentuale di spesa di beni e servizi gestiti attraverso iniziative centralizzate rispetto alla spesa complessiva per beni e servizi (per iniziative centralizzate si intendono le convenzioni/accordi quadro messi a disposizione da Intercent-ER o, in caso di assenza di iniziative regionali, da Consip S.p.A. e gli acquisti di beni legati all'emergenza Covid-19 effettuati tramite le Aziende Sanitarie Capofila delegate dalla Direzione Generale cura della persona, salute e welfare)	62% per ASL 60% per Aziende Ospedaliere 37% per IOR

5.3. Il Governo delle Risorse Umane

In analogia agli anni precedenti, gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale per l'anno 2026 sono definiti a partire dagli obiettivi contenuti nel Documento di economia e finanza regionale (DEFR) che la Giunta e gli Assessori assumono come prioritari per l'anno in corso, in coerenza con le linee di indirizzo per il Servizio Sanitario Regionale contenute nel programma di mandato della Giunta per la XII legislatura regionale.

In applicazione della disciplina e delle linee guida regionali relative alla predisposizione del Piano integrato di attività e di organizzazione (PIAO), di cui alla DGR n. 990/2023, così come modificata dalla DGR n. 973/2025, le Aziende ed enti del SSR dovranno procedere a predisporre la specifica sottosezione relativa al Piano dei fabbisogni.

Come noto, per effetto delle modifiche introdotte dal D.lgs. 75/2017 alla disciplina dettata dall'art. 6 del D.lgs. 165/2001, è stata modificata la logica e la metodologia per la programmazione e determinazione dei fabbisogni di personale da parte delle pubbliche amministrazioni. In particolare, le scelte relative alla determinazione degli assetti organizzativi non sono più collegati ad uno strumento di tipo statico come la dotazione organica, ma ad uno strumento di programmazione prettamente gestionale, di natura dinamica, come il Piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP), che consente una maggiore responsabilizzazione di ciascuna amministrazione, nell'ambito del budget di spesa assegnato, nel distribuire il personale, sotto il profilo qualitativo e quantitativo, in modo flessibile, in base alle effettive esigenze e non ad aprioristici limiti di organico.

Rispetto a questo specifico strumento di programmazione vanno considerati anche alcuni aspetti che scaturiscono dalla disciplina statale di riferimento. Va evidenziata, in particolare, la previsione dell'approvazione annuale del PTFP, che quindi tende a configurarlo come piano triennale, con aggiornamento annuale, a scorrimento (si veda l'art. 6, comma 4, del D.lgs. 165/2001). Inoltre, le linee di indirizzo per la pianificazione dei fabbisogni adottate, ai sensi dell'art. 6-ter del D.lgs. 165/2001, con il D.M. 8 maggio 2018, nel § 7 rivolto nello specifico alle aziende ed enti del SSN, prevedono, sotto il profilo procedurale, che i PTFP siano approvati dalle rispettive regioni di appartenenza, secondo quanto eventualmente previsto dalla disciplina regionale in materia.

Tenuto conto del contesto normativo di riferimento, come appena descritto, nonché della natura del PIAO quale documento di programmazione strategica, il quale può operare un rinvio ad altri atti di programmazione per gli aspetti attuativi delle scelte strategiche, la disciplina regionale definisce nei termini seguenti l'articolazione della sottosezione del PIAO relativa al Piano dei fabbisogni.

La sottosezione "Piano dei fabbisogni" del PIAO indica le scelte strategiche relative all'organizzazione degli uffici e dei servizi, in coerenza con la programmazione pluriennale della performance, relative al triennio di riferimento, per la programmazione dei fabbisogni.

Il "Piano attuativo del PIAO relativo alla programmazione triennale dei fabbisogni di personale", indica, annualmente, la programmazione dei fabbisogni, in coerenza con le scelte strategiche aziendali e della programmazione regionale, ed è soggetto all'approvazione regionale. Esso fa quindi riferimento ad un arco temporale pluriennale non necessariamente coincidente con quello proprio del PIAO (essendo, in base alla normativa prima richiamata, un Piano triennale a scorrimento). Esso viene quindi predisposto anno per anno secondo le indicazioni e le tempistiche definite dalla Regione, al fine di assicurare la coerenza della programmazione aziendale con la cornice finanziaria complessiva del SSR e con gli obiettivi finalizzati a promuovere la crescita e la valorizzazione professionale del personale dipendente delle aziende sanitarie.

Con specifico riguardo agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), tenuto conto delle previsioni dettate dall'art. 10 del D.lgs. 200/2022, il Piano attuativo del PIAO relativo al PTFP contiene una specifica sezione dedicata al personale della ricerca sanitaria degli IRCCS assunto contratto di lavoro subordinato a tempo determinato. Sono inoltre specificati, annualmente, i posti destinati alle attività di ricerca per l'inquadramento a tempo indeterminato del personale della ricerca.

Per quanto attiene al percorso procedurale relativo alla predisposizione della proposta di PTFP e alla successiva approvazione regionale, si rinvia a quanto previsto dalla specifica disciplina regionale. In particolare, si ricorda che la proposta di PTFP dovrà essere adottata in via provvisoria dalla Aziende sanitarie in sede di adozione dei bilanci economici preventivi, secondo le tempistiche definite dalla Regione. Esso sarà quindi approvato dalla Giunta regionale contestualmente all'approvazione dei bilanci economici preventivi stessi. A seguito dell'approvazione regionale, il Piano dovrà quindi essere adottato in via definitiva dall'azienda sanitaria.

La proposta di PTFP per il triennio 2026-2028 dovrà essere impostata in coerenza con le linee di programmazione regionali e con l'obiettivo economico-finanziario assegnato, nonché con quanto indicato nel bilancio preventivo 2026, assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali.

Gli obiettivi di governo della spesa del personale, al fine di assicurare la sostenibilità finanziaria del SSR, dovranno essere mantenuti anche per gli anni 2027 e 2028 e potranno essere rivisti in sede di definizione dei successivi PTFP.

Le aziende dovranno assicurare il pieno utilizzo delle seguenti risorse finalizzate dalla legge di bilancio 2026 (Legge n. 199/2025), nel rispetto degli specifici limiti di spesa aziendali derivanti dalle assegnazioni regionali, come indicate nel presente documento:

- (art. 1, commi 362 e 363) le risorse, decorrenti dall'anno 2026, per l'effettuazione di assunzioni a tempo indeterminato di personale sanitario, al fine di concorrere al raggiungimento degli obiettivi di riduzione delle liste di attesa, di rispetto dei tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie e per far fronte alla carenza di personale sanitario. Si ricorda che le spese di personale sostenute in applicazione di questa previsione legislativa sono in deroga ai limiti di spesa vigenti per il personale del Servizio sanitario regionale. Dette spese dovranno essere analiticamente rendicontate all'Amministrazione regionale.
- (art. 1, comma 361) risorse finalizzate all'acquisto di prestazioni aggiuntive dei dirigenti medici e del personale sanitario del comparto sanità per far fronte alla carenza di personale sanitario, nonché per ridurre le liste d'attesa. Sono confermate le assegnazioni già disposte per l'anno 2025 (in applicazione dell'articolo 1, comma 220, della Legge n. 213/2023). In materia di prestazioni aggiuntive si ricorda l'esigenza di garantire il rispetto dei tetti di spesa previsti dalle disposizioni contrattuali relative all'Area sanità (spesa 2021) e al Comparto (valore medio aziendale del costo complessivo sostenuto nel quinquennio 2015/2019).

Con riguardo al ricorso alle tipologie contrattuali flessibili c.d. atipiche, diverse da quelle relative al lavoro subordinato, non dovrà essere superato il livello di spesa sostenuto nell'esercizio 2025.

Al fine di garantire, sul livello regionale, il rispetto del vincolo previsto dall'art. 9, comma 28, del D.L. 78/2010 (convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 122/2010), così come modificato dall'art. 44-ter del D.L. 19/2024 (convertito con Legge n. 56/2024), si conferma anche per l'anno 2026 l'obiettivo di riduzione del 30% della spesa, rispetto a quella sostenuta nell'esercizio 2023, per avvalersi di

personale con tipologie contrattuali diverse da quelle del contratto di lavoro a tempo indeterminato, con specifico riferimento al personale della dirigenza non medica (dirigenti del ruolo professionale, tecnico e amministrativo, nonché dirigenti non medici del ruolo sanitario) e al personale del comparto del ruolo amministrativo e tecnico.

Le aziende dovranno contenere il ricorso contratti di somministrazione di lavoro a tempo determinato e comunque dovranno garantire il rispetto delle condizioni richieste dalla vigente disciplina legislativa e contrattuale. Pertanto, questa tipologia contrattuale non potrà essere utilizzata per fronteggiare stabilmente le carenze di organico, ma solo per soddisfare esigenze temporanee o eccezionali. Si ricorda inoltre che, ai sensi della vigente disciplina contrattuale, il ricorso al contratto di somministrazione non è consentito per i profili professionali dell'area del personale di supporto ovvero per i profili professionali anche dell'area degli assistenti e dell'area dei professionisti della salute e dei funzionari addetti alla vigilanza e ai compiti ispettivi.

In riferimento al Piano attuativo del PIAO relativo al PTFP, le Aziende dovranno garantire che le eventuali richieste di copertura, o istituzione di nuove Strutture Complesse, siano coerenti con le linee guida emanate con gli standard previsti dal Patto per la Salute, ora richiamati nel D.M. 70/2015.

Le Aziende del SSR dovranno altresì completare l'implementazione delle procedure dirette a dare applicazione agli indirizzi regionali in materia di superamento del precariato e di valorizzazione della professionalità acquisita dal personale con rapporti di lavoro di natura flessibile, contenuti nei diversi protocolli sottoscritti con le Organizzazioni sindacali regionali, sia per il personale del comparto che per quello delle aree dirigenziali. Dovranno essere programmate ed implementate anche nel corso del 2026, in coerenza con la programmazione triennale dei fabbisogni di personale e le linee di indirizzo adottate in materia dalla Conferenza delle Regioni, le procedure di stabilizzazione previste dall'articolo 1, comma 268, lett. b) della L. 234/2021, tenuto conto delle modifiche ed integrazioni introdotte dall'articolo 4, commi 9-quinquiesdecies e seguenti del D.L. 198/2022, convertito con modifiche dalla Legge 14/2023, nonché delle proroghe disposte dall'articolo 1, comma 365, della L. 199/2025. La normativa in esame prevede che l'assunzione a seguito delle procedure di stabilizzazione avvenga secondo criteri di priorità definiti da ciascuna regione. A questo fine, si conferma l'indicazione diretta a prevedere particolari forme di valorizzazione del servizio maturato presso il SSR e presso l'azienda che effettua l'assunzione. Si evidenzia che le risorse destinabili dalle aziende sanitarie per le stabilizzazioni di cui trattasi non potranno superare il 50% delle risorse complessivamente programmate per l'assunzione di personale in conformità al piano triennale dei fabbisogni. Questo al fine di dare adeguata garanzia al principio, sancito dall'art. 97 della Costituzione, secondo il quale l'accesso nella pubblica amministrazione avviene mediante concorsi pubblici.

L'implementazione delle politiche di stabilizzazione del personale precario dovrà conseguentemente limitare il ricorso al lavoro atipico, non correlato alla gestione della carenza di particolari professionalità e agire favorevolmente sulla spesa ad esso collegata. In ogni caso, il ricorso alle tipologie contrattuali flessibili ed atipiche dovrà avvenire in coerenza con la vigente disciplina legislativa e contrattuale.

Al fine di ottimizzare i processi di reclutamento del personale ed efficientare le procedure di assunzione, le aziende, dovranno proseguire nel programmare le attività concorsuali di reclutamento del personale non dirigenziale a tempo indeterminato almeno a livello di area vasta.

Per quanto attiene alla gestione operativa, il "Sistema unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" (GRU), software unico regionale già in uso presso ciascun Ente del Servizio Sanitario regionale dal 2018, è in grado di favorire il governo delle risorse umane attraverso il confronto costante tra le Aziende Sanitarie e Regione Emilia-Romagna, unificando i comportamenti e le tempistiche nell'applicazione degli istituti previsti dalle norme e dai contratti collettivi nazionali di lavoro, onde evitare disparità di trattamento tra lavoratori del medesimo comparto contrattuale.

Poter disporre delle funzionalità di una banca dati unica, permette inoltre di razionalizzare tutti i dati rappresentati in una logica di sistema condiviso e integrato, perseguendo in tal modo l'obiettivo di garantire il governo del sistema centralizzato e di uniformare la struttura e il contenuto di tutte le

informazioni inerenti al rapporto di lavoro di ciascuna unità di personale. Sono stati istituiti Tavoli tematici con l'obiettivo di affrontare in modo trasversale per coordinare i percorsi interpretativi e tecnico-applicativi. Gli incontri dei Tavoli tematici saranno verbalizzati creando un indice degli argomenti trattati e le soluzioni adottate.

Gestione del sistema sanitario regionale e del personale:

Le Aziende del SSR saranno impegnate, altresì, nell'attuazione di progetti e programmi a supporto dei processi di innovazione, di sviluppo e potenziamento alle politiche di integrazione a livello sovra aziendale, per l'accorpamento di attività e funzioni tecnico amministrative, di supporto professionale e sanitario. Dovranno oltremodo essere garantiti il regolare accesso alle prestazioni rivolte all'utenza e la razionalizzazione dei sistemi organizzativi allo scopo di valorizzare professionalmente il personale e favorire la piena e qualificata erogazione dei servizi, nonché la riduzione delle liste di attesa.

In ordine ai processi di collaborazione interaziendale e alle relazioni con i diversi soggetti che interagiscono col sistema sanitario regionale, anche per l'anno 2026 si ritiene necessario proseguire nell'impegno collettivo al fine di sviluppare linee d'azione comuni in ambito di politiche del personale. Attraverso incontri periodici ai Tavoli di confronto attivati a livello regionale, provinciale o di Area Vasta, per le materie la cui specificità lo consenta, si cercherà di stabilire, criteri omogenei di interpretazione normativa, analisi e definizione di politiche del personale, anche di livello sindacale, gestione giuridica ed economica dei benefici legati alla contrattazione collettiva nazionale, sistemi di valutazione del merito e dello sviluppo delle competenze professionali e qualsiasi altro argomento che interessi e coinvolga il Sistema sanitario regionale nel suo complesso.

Le Direzioni aziendali saranno, inoltre, chiamate a collaborare per garantire il coordinamento con la Regione per la prosecuzione delle attività di governo del "Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" (GRU). L'elevato grado di complessità del progetto richiede un alto livello di attenzione e la puntuale collaborazione da parte delle Aziende durante tutte le fasi di sviluppo del Sistema sulla base delle decisioni della Cabina di regia GRU.

Al fine di poter fruire di tutti i vantaggi forniti dal software unico, anche in termini di efficientamento e di miglioramento della qualità del lavoro svolto dagli operatori, le Aziende sanitarie continueranno ad avere come obiettivo il pieno ed esclusivo utilizzo dei moduli presenti nel sistema, al fine di assicurare il concreto efficientamento dei processi di programmazione e controllo gestionale beneficiando della sinergia del sistema. Si evidenzia l'importanza di dare progressivamente applicazione, in particolare, anche alla gestione della turnistica. L'eventuale utilizzo di software alternativi per la gestione di applicazioni già esistenti nel sistema GRU non sarà considerato all'interno dei finanziamenti regionali.

Rispetto alle potenzialità offerte dallo sviluppo del suddetto Sistema GRU, obiettivo prioritario per l'anno 2026 sarà la prosecuzione dell'implementazione della Business Intelligence del personale sul sistema di reportistica e indicatori ReportER, già avviato sui contesti giuridico ed economico e analizzato per le presenze-assenze, secondo il cronoprogramma definito dalla cabina di regia. A tal fine, gli incontri periodici della Cabina di regia GRU e dei sottogruppi per area tematica saranno la sede entro cui definire gli ambiti di sviluppo, nonché il riferimento per il tempestivo feedback da parte delle Aziende sanitarie su quanto realizzato.

Le Aziende del SSR, anche per mezzo dei contingenti di personale che potranno essere reclutati in esecuzione delle intese di cui sopra e in sede di predisposizione e attuazione dei PTFP, compresa l'istituzione di nuove Strutture Complesse, oltre ad assicurare la piena applicazione della Legge 161/2014, dovranno garantire sia l'efficiente allocazione delle risorse umane, sia la regolare erogazione dei servizi e dei livelli essenziali di assistenza, sia favorire la riduzione delle liste di attesa, sia il rispetto dei vincoli di spesa, anche in coerenza con le direttive e le linee condivise nel corso degli incontri con le Direzioni regionali.

Indicatore	Target
DES0109 - Rispetto delle tempistiche su verifiche e controlli condivisi con la Cabina di regia GRU, da effettuare da parte delle Aziende sanitarie sulle implementazioni relative ai Moduli GRU e alla BI ReportER del personale.	Feedback restituito entro i termini

Indicatore	Target
DES0108- Avvio delle procedure di stabilizzazione entro il termine di legge, in coerenza con la programmazione triennale dei fabbisogni di personale e nel rispetto delle indicazioni regionali	Pubblicazione avvisi

Indicatore	Target
DES0184 - Raggiungimento obiettivo di riduzione del 30% della spesa, rispetto a quella sostenuta nell'esercizio 2023, per avvalersi di personale con tipologie contrattuali diverse da quelle del contratto di lavoro a tempo indeterminato, con specifico riferimento al personale della dirigenza non medica (dirigenti del ruolo professionale, tecnico e amministrativo, nonché dirigenti non medici del ruolo sanitario) e al personale del comparto del ruolo amministrativo e tecnico (cfr. art. 9, comma 28, del D.L. 78/2010)	Pieno rispetto dell'obiettivo regionale

Sviluppo e valorizzazione del personale e relazioni con le OO.SS:

Le relazioni con le Organizzazioni Sindacali restano improntate allo sviluppo di politiche orientate all'efficienza e alla sostenibilità economica/finanziaria del sistema, anche attraverso la valorizzazione e la qualificazione del personale con particolare riguardo sia al riconoscimento delle professionalità, sia allo sviluppo della autonomia professionale. A tal fine occorre proseguire con le modalità di confronto finora adottate, in modo da garantire la prosecuzione di un dibattito costruttivo sulle future politiche occupazionali, in particolare per quanto riguarda i processi di innovazione, la stabilizzazione dei rapporti "precari" e la tutela della genitorialità, con l'obiettivo di orientare le risorse alla promozione di specifici progetti, programmi o piani di lavoro, diretti sia al miglioramento dei servizi rivolti all'utenza, sia alla razionalizzazione della spesa che alla lotta agli sprechi.

In tale contesto, anche per quanto riguarda il triennio 2026-2028, assumono particolare rilievo gli Accordi siglati tra la Regione Emilia-Romagna e le OO.SS. Confederali e di Categoria in merito alle politiche regionali di innovazione e qualificazione del sistema sanitario, di riduzione e controllo del lavoro precario della Dirigenza medica e non medica e di applicazione delle disposizioni in tema di stabilizzazione del personale "flessibile", presso le Aziende e gli Enti del SSR della Regione Emilia-Romagna.

Per quanto riguarda il governo della contrattazione integrativa, le Aziende dovranno garantire, in coerenza con le normative vigenti, l'applicazione delle linee generali di indirizzo sulla contrattazione integrativa aziendale (c.d. confronto regionale), nonché degli eventuali nuovi rinnovi del CCNL per il personale del Comparto e delle nuove indicazioni contenute nel CCNL della Dirigenza.

Costi del personale:

Anche nel corso dell'anno 2026 le Aziende sanitarie dovranno impegnarsi al fine di garantire il giusto equilibrio tra un'efficiente e accessibile erogazione dei livelli essenziali di assistenza e un attento

governo della spesa, la cui sostenibilità dovrà essere costantemente assicurata attraverso puntuali monitoraggi e le periodiche rendicontazioni economico-finanziarie previste sia dalla Direzione Generale regionale sia dalle normative vigenti.

Indicatore	Target
DES0113 - Rispetto delle previsioni di bilancio e attuazione di manovre volte al controllo della spesa del personale, compatibilmente col rispetto degli impegni assunti per l'adeguamento degli organici in applicazione dei PTFP e degli Accordi sottoscritti	Pieno rispetto indicazioni regionali e normative

5.4. Programma regionale gestione diretta dei sinistri

Il Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile, approvato con delibera di Giunta regionale n. 2079/2013, per sviluppare tutta la sua incisività ha necessità di continue azioni di consolidamento e implementazione, indirizzate alla piena realizzazione del Programma regionale, in coerenza con il contesto normativo, regolatorio e amministrativo di riferimento.

Conseguentemente, la concreta operatività e riuscita del Programma è strettamente connessa a diverse attività e azioni poste in essere dalle Aziende sanitarie, in particolare:

- al fine di realizzare una fattiva cogestione è indispensabile che le Aziende sanitarie si conformino ed attuino quanto stabilito nel documento: *"Relazione fra Aziende Sanitarie sperimentatrici, Responsabile dell'attuazione del Programma Regionale e Nucleo Regionale di Valutazione"*, approvato con Determina dirigenziale n. 4955 del 10/4/2014 con particolare riferimento al punto 9.4) *ogni decisione circa l'effettuazione di offerte transattive, come pure l'acquiescenza o l'impugnazione di decisioni all'autorità giudiziaria relativamente a posizioni di danno il cui valore sia ricompreso nella seconda fascia, viene assunta dall'Azienda previo parere del Nucleo Regionale*, e alle successive direttive di cui alle note prot. PG/2019/0159500 del 13/02/2019 e prot. 17.12.2021.1165981.U, le quali chiariscono inequivocabilmente, come costituisca adempimento essenziale sottoporre alla valutazione del Nucleo regionale gli atti significativi dell'iter giudiziario, quali ad es. una CTU definitiva che accerti la responsabilità aziendale, al fine di poter congiuntamente valutare attraverso il Nucleo le azioni più opportune da intraprendere nel caso concreto.

Attenersi alle indicazioni fornite, al fine di consentire una concreta e fattiva cogestione dei sinistri con il Nucleo regionale di valutazione, costituiranno elementi di valutazione

Indicatore	Target
DES0185 - Conformità alle indicazioni regionali, trasmissione delle richieste aziendali in tempo utile affinché il Nucleo possa esprimere un parere utile e pertinente	100%

Nell'ottica di promuovere la massima sinergia fra il livello regionale e quello aziendale, nonché per garantire un'efficace e tempestiva cogestione dei sinistri è necessario che le Aziende si attengano strettamente alle indicazioni fornite con nota Prot. 20.07.2022.0647322.U: "Programma regionale gestione diretta dei sinistri in sanità. Nuove direttive per la cogestione dei sinistri sopra soglia. Verbale del Comitato di Valutazione sinistri". Tali indicazioni si sono rese necessarie al fine di prevenire e/o ridurre asimmetrie e disallineamenti nelle procedure di gestione dei sinistri di seconda

fascia, in ragione delle riscontrate disomogeneità, tutt'ora presenti, nella redazione dei verbali dei Comitati di valutazione sinistri aziendali.

In particolare, al fine della presa in carico delle richieste di parere da parte del Nucleo è necessario che i Comitati di Valutazione Sinistri aziendali si conformino al modello di riferimento proposto, così da consentire adeguata cogestione dei sinistri di seconda fascia e favorire l'allineamento operativo nonché lo sviluppo omogeneo delle migliori prassi su tutto il territorio regionale.

Indicatore	Target
DES0157 - Totale conformità al modello di CVS aziendale trasmesso con nota prot. 20.07.2022.0647322.U e conforme redazione dello stesso	100%

5.5. Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza

In attuazione di quanto disposto dalla Legge regionale 9/2017, Capo III, art. 5, in materia di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza, le Aziende sanitarie e gli Enti del SSR provvedono a garantire la piena applicazione della norma, in coerenza anche con quanto stabilito a livello nazionale.

Le Aziende dovranno seguire le indicazioni condivise nel "Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione delle Aziende e degli Enti del SSR", istituito con Determina del Direttore Generale Cura della Persona, Salute e Welfare n. 19717 del 05.12.2017 e attualmente aggiornato nella sua composizione con determinazione dirigenziale del Direttore n. 2275 del 05.02.2026.

Le Aziende dovranno confermare la raccolta costante e aggiornata delle dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi, secondo le modalità definite, prevedendo ove occorra l'implementazione della modulistica relativa e l'aggiornamento degli strumenti finalizzati alla promozione dei conflitti di interessi.

Le Aziende sono tenute ad assicurare tempestivamente la conformità alle norme ed alle indicazioni regionali.

Le procedure aziendali devono assicurare in materia altresì la puntuale implementazione del Codice di comportamento di cui allo schema tipo approvato con la DGR n. 1956 del 13.11.2023.

Le Aziende sono tenute ad adempiere agli obblighi previsti dall'ANAC.

Le Aziende dovranno confermare le misure, i criteri e le modalità inerenti all'applicazione del principio di rotazione del personale, quale misura di prevenzione dei fenomeni corruttivi, con particolare riferimento alle aree a più elevato rischio.

Indicatore	Target
IND1173 - % di dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi effettivamente raccolti entro la chiusura d'anno	≥ 90%

5.6. Sistema di audit interno

La Legge regionale 16 luglio 2018, n. 9, con l'introduzione dell'art. 3 ter - "Sistema di audit interno" - nella legge regionale 23 dicembre 2004, n. 29, ha, da un lato, implementato l'architettura dell'organizzazione delle Aziende del SSR, prevedendo l'istituzione della funzione aziendale di Audit interno, e, dall'altro, ha previsto l'attivazione di una cabina di regia regionale, con l'istituzione, avvenuta con DGR n. 1972/2019, del Nucleo Audit regionale. Con Determinazione del Direttore

Generale Cura della persona, salute e welfare, n. 18471 del 10 settembre 2024, sono state adottate le Linee Guida in materia di Sistema di Controllo Interno con l'obiettivo di rappresentare sinteticamente e in modo organico, il Sistema di Controllo Interno delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale e di proporre di definirne i requisiti minimi, nonché le caratteristiche organizzative e di funzionamento a cui ogni Azienda sanitaria è tenuta ad uniformarsi, seppur nella propria autonomia.

Entro l'anno 2024, le Aziende hanno adottato apposito atto nel quale risultano descritte le caratteristiche e le modalità di funzionamento a livello aziendale del Sistema di Controllo Interno. Si evidenzia che la funzione di Audit Interno potrà agire anche in un'ottica interaziendale al fine di garantire un giudizio indipendente e un potenziamento del presidio dei rischi nelle Aziende Sanitarie della Regione.

Per il 2026, in ambito interventi PNRR/PNC, le funzioni/strutture aziendali di Audit interno dovranno svolgere attività di controllo in relazione all'effettivo svolgimento dei controlli operativi (c.d. di primo livello) connessi alle verifiche amministrativo/contabili. L'attività di verifica in capo alle Funzioni di Audit Interno è meramente formale e pertanto attiene alla corretta compilazione delle checklist oggetto di interesse e corretta archiviazione documentale.

Indicatore	Target
DES0094 - Entro il 31/12/2026, proseguimento delle attività di controllo in ambito PNRR/PNC, sia in relazione alle checklist di gara (allegati 5.1 e 5.2) sia in relazione alle checklist di parte contabile	100% di quanto indicato dal Nucleo Audit regionale

Nell'ottica del recente Sistema di Controllo Interno adottato dalle Aziende del Servizio Sanitario Regionale nel 2024, si evidenzia che è compito delle funzioni di Audit Interno supportare sia la Direzione Aziendale che le Funzioni di Controllo di I e II Livello nell'implementazione e consolidamento progressivo del ruolo del Sistema di Controllo Interno all'interno di ogni singola Azienda.

5.7. Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali

In attuazione di quanto disposto dal Regolamento UE 2016/679, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE, le Aziende Sanitarie e gli Enti del Servizio Sanitario Regionale (SSR) provvedono a garantire la piena applicazione di tutti gli obblighi ed adempimenti a carico dei soggetti che trattano dati personali. In tale contesto, le disposizioni nazionali contenute nel D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", nonché i Provvedimenti di carattere generale emanati dal Garante per la protezione dei dati personali, continuano a trovare applicazione nella misura in cui non siano in contrasto con la normativa succitata.

Al fine di trovare il giusto equilibrio tra diritto alla privacy e diritto alle cure in una sanità sempre più digitale, attraverso il confronto tra la pluralità di esperienze, conoscenze e competenze disponibili, e di coordinare le misure in materia di protezione dei dati personali della Regione Emilia-Romagna, delle Aziende Sanitarie e degli Enti del SSR, è stato istituito presso la Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare il "Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di protezione dei dati personali delle Aziende sanitarie e degli Enti del SSR" (determinazione dirigenziale n. 27842 del 19 dicembre 2024), a cui partecipano i DPO e i referenti privacy delle Aziende sanitarie e degli Enti del SSR, il DPO della Regione Emilia-Romagna e gli esperti privacy e informatici della Direzione Generale in questione.

Pertanto, le Aziende dovranno considerare le indicazioni condivise nel suddetto Tavolo Regionale.

Indicatore	Target
DES0158 - Aggiornamento policy aziendali per il trattamento dei dati attraverso strumenti informatici e per l'implementazione di nuove applicazioni informatiche (teleconsulto, telemedicina, app sanitarie,...)	100%

5.8. Adempimenti relativi alla normativa in materia di inclusione e accessibilità

Il d.lgs. 222/2023 introduce disposizioni finalizzate a garantire l'accessibilità alle pubbliche amministrazioni da parte delle persone con disabilità e l'uniformità della tutela dei lavoratori con disabilità presso le pubbliche amministrazioni sul territorio nazionale al fine della loro piena inclusione, nel rispetto del diritto europeo e internazionale in materia; il decreto si applica alle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e da esso derivano alcune importanti riflessi riguardanti la programmazione.

Nello specifico, l'art. 3 del dlgs 222/23 modifica la disciplina del PIAO, introducendo le seguenti disposizioni: Le pubbliche amministrazioni, nell'ambito del personale in servizio, individuano un dirigente amministrativo ovvero un altro dipendente ad esso equiparato, che abbia esperienza sui temi dell'inclusione sociale e dell'accessibilità delle persone con disabilità anche comprovata da specifica formazione. Al Dirigente è assegnato il compito di definire la piena accessibilità, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità. Si tratta quindi di un dipendente appartenente ai vertici organizzativi, chiamato a programmare gli strumenti per consentire concretamente ai cittadini affetti da disabilità la piena fruizione dei servizi, sia pianificando quanto occorre per consentire un agevole e sicuro accesso ai locali, sia per rendere semplice il dialogo online. È chiamato a definire nel PIAO gli obiettivi di performance finalizzati alla corretta gestione del rapporto di lavoro con i lavoratori disabili, in base ad obiettivi formativi annuali e pluriennali.

Inoltre, l'art.4 del Dlgs 222/23 modifica il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 per i seguenti aspetti:

- Nel valutare la performance individuale e organizzativa si tiene conto del raggiungimento o meno degli obiettivi per l'effettiva inclusione sociale e la possibilità di accesso alle persone con disabilità.
- Gli obiettivi, anche nell'ottica di una corretta allocazione delle risorse, assicurano l'effettiva inclusione sociale e le possibilità di accesso delle persone con disabilità.

Si invitano pertanto le Aziende sanitarie ad adempiere a quanto previsto dal dl.gs 222/23.

5.9. Piattaforme informatiche più forti ed investimenti in biotecnologie e strutture per il rilancio del SSR

5.9.1. Fascicolo sanitario elettronico/Portale SOLE

Il 2026 è l'anno in cui, a livello nazionale, sarà valutato il raggiungimento degli obiettivi relativi al Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 (FSE 2.0). Nel rispetto della programmazione prevista per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, subintervento M6 C2 I1.3.1 *Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE)*, le Aziende Sanitarie, dopo aver completato le attività necessarie affinché tutti i documenti clinici nel FSE 2.0 siano digitalmente nativi e firmati digitalmente, devono rendere il Fascicolo Sanitario 2.0 pienamente operativo.

Le Aziende dovranno inoltre continuare a organizzare i percorsi di formazione e comunicazione verso i professionisti sanitari sull'utilizzo del FSE e degli strumenti necessari alla consultazione della documentazione sanitaria del paziente.

Indicatori	Target
<i>Alimentazione di documenti sanitari</i>	
IND1083 – PNRR - % di documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0 sul totale dei documenti prodotti (FSE 1.0 e 2.0 - si considerano i documenti secondo le Linee guida del FSE 2.0. Gruppo A: Referto di laboratorio, Referto di radiologia, Verbale di Pronto Soccorso, Lettera di Dimissione Ospedaliera, Certificato vaccinale, Scheda singola vaccinazione; Gruppo B: Referto di specialistica)	≥ 85%
<i>Firma digitale</i>	
IND1084 - % di documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0 firmati digitalmente sul totale dei documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0	≥ 90%
IND1085 – PNRR - % di lettere di dimissioni ospedaliere prodotte secondo lo standard FSE 2.0 firmati digitalmente sul totale delle lettere di dimissioni ospedaliere prodotte secondo lo standard FSE 2.0. L'indicatore è calcolato solo se, a livello aziendale, almeno l'80% delle lettere di dimissione è prodotta secondo lo standard FSE 2.0	≥ 90%
IND1086 - PNRR - % di verbali di pronto soccorso prodotti secondo lo standard FSE 2.0 firmati digitalmente sul totale dei verbali di pronto soccorso prodotti secondo lo standard FSE 2.0. L'indicatore è calcolato solo se, a livello aziendale, almeno l'80% dei verbali di pronto soccorso è prodotto secondo lo standard FSE 2.0	≥ 90%
IND1087 - PNRR - % di referti di specialistica prodotti secondo lo standard FSE 2.0 firmati digitalmente sul totale dei referti di specialistica prodotti secondo lo standard FSE 2.0. L'indicatore è calcolato solo se, a livello aziendale, almeno l'80% dei referti di specialistica è prodotto secondo lo standard FSE 2.0	≥ 90%

5.9.2. Finanziamenti infrastrutturali PNRR

Il 2026 sarà particolarmente impegnativo per le aziende sanitarie regionali, soprattutto per le aziende territoriali, che dovranno portare a compimento il programma di interventi strutturali finanziati con il PNRR.

Indicatori	Target
DES0031 – (M6C1-I.1.1) Case della Comunità – Rispetto di milestones e target	100%
DES0032 – (M6C1-I.1.3) Ospedale della Comunità – Rispetto di milestones e target	100%
DES0033 – (M6C2-I.1.2) Ospedale Sicuro – Rispetto di milestones e target	100%

Le aziende dovranno proseguire con le attività di rendicontazione degli interventi conclusi, a partire da quelli relativi alle COT e alle Grandi Apparecchiature.

Particolare attenzione dovrà essere posta anche nell'alimentazione esaustiva e tempestiva del sistema informativo ReGIS.

5.9.3. *Finanziamenti ex art. 20 L. 67/88*

Accordo di Programma VII fase – 1° Stralcio

L'Accordo di Programma (AdP) VII fase – 1° stralcio è stato sottoscritto tra il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, e la Regione Emilia-Romagna in data 07/10/2025. L'Accordo prevede la realizzazione di 35 interventi con le condizionalità procedurali e temporali di cui all'art. 20 L.67/88.

A seguito della sottoscrizione le Aziende dovranno dare seguito a quanto previsto dalle procedure che regolano l'accesso ai finanziamenti ex art. 20, ovvero procedere alla progettazione degli interventi o alla definizione dei piani di fornitura entro un massimo di 30 mesi dalla data di sottoscrizione, previa approvazione in Gruppo tecnico. Detta tempistica deve necessariamente essere correlata alla consistenza finanziaria dell'intervento, prevedendo ove possibile una definizione più tempestiva della progettazione rispetto ai 30 mesi, come richiesto anche dal Ministero della Salute.

Accordo di Programma VI fase

L'Accordo di Programma (AdP) VI fase è stato sottoscritto tra il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, e la Regione Emilia-Romagna in data 08/01/2025. L'Accordo prevede la realizzazione di 22 interventi con le condizionalità procedurali e temporali di cui all'art. 20 L.67/88.

A seguito della sottoscrizione dell'Accordo di Programma VI fase Aziende dovranno dare seguito a quanto previsto dalle procedure che regolano l'accesso ai finanziamenti ex art. 20, ovvero procedere alla progettazione degli interventi o alla definizione dei piani di fornitura entro un massimo di 30 mesi dalla data di sottoscrizione, previa approvazione in Gruppo tecnico. Detta tempistica deve necessariamente essere correlata alla consistenza finanziaria dell'intervento, prevedendo ove possibile una definizione più tempestiva della progettazione rispetto ai 30 mesi, come richiesto anche dal Ministero della Salute.

Nel 2025 il Gruppo tecnico ha esaminato e approvato tutti gli interventi relativi alle tecnologie biomediche, cui seguirà l'ammissione a finanziamento. Le Aziende dovranno poi rispettare i 18 mesi previsti per l'aggiudicazione.

Accordo di Programma V fase, 1° stralcio

L'Accordo di Programma (AdP) V fase 1° stralcio è stato sottoscritto tra il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, e la Regione Emilia-Romagna in data 29 luglio 2021. L'Accordo prevede la realizzazione di 37 interventi con le condizionalità procedurali e temporali di cui all'art. 20 L.67/88.

Le Aziende hanno provveduto all'aggiudicazione di 22 dei 37 interventi entro il 31 dicembre 2024, e altre 14 al 31/12/2025 (per 1 è stata richiesta e concessa una proroga). Per questi ultimi interventi, obiettivo del 2026 è l'avvio dei lavori o delle installazioni, oltre al completamento dell'ultima aggiudicazione.

Indicatori	Target
DES0061 – Avvio dei lavori/installazioni delle tecnologie aggiudicate nel 2025	100%
DES0062 – Completamento aggiudicazione residua	100%

5.9.4. Fondi INAIL

Il 19/12/2024 è stato pubblicato il nuovo decreto INAIL, che integra le risorse assegnate a due interventi ricompresi nel precedente DPCM del 2022 e ne inserisce tre nuovi (con scadenza per l'invio dei progetti al 31/12/2026).

Le Aziende interessate dalle scadenze 2026 (AUSL Piacenza, AUSL Romagna) dovranno rispettare le tempistiche indicate dall'Istituto per la redazione dei progetti.

Indicatore	Target
DES0013 – Rispetto tempistiche definite da INAIL	100%

5.9.5. Finanziamenti Fondi per lo sviluppo e la ripresa dello Stato

Nuovo Ospedale di Cesena (AUSL Romagna)

Nel corso del 2026 l'Azienda USL Romagna dovrà procedere al completamento del progetto esecutivo.

Indicatore	Target
DES0117 - Completamento del progetto esecutivo del Nuovo Ospedale di Cesena	100%

Polo delle medicine e poli funzionali (Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna IRCCS)

Nel corso del 2026 l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna IRCCS dovrà completare il progetto esecutivo, in coerenza con quanto indicato nel cronoprogramma complessivo riportato nello studio di fattibilità tecnica ed economica approvato con determinazione del Direttore Generale della Direzione Cura della persona, salute e welfare N. 24860 del 20/12/2022.

Indicatore	Target
DES0016 – Completamento del progetto esecutivo	100%

Interventi art. 1 C14 L. 160/2019

Le Aziende dovranno procedere con le diverse fasi della progettazione prima e della realizzazione poi degli interventi di cui alla DGR 223/23, secondo quanto previsto dall'accordo sottoscritto col Ministero della Salute nel 2024 e dal relativo disciplinare.

Indicatore	Target
DES0021 – Prosecuzione delle varie fasi degli interventi secondo i cronoprogrammi definiti	100%

5.9.6. Interventi già ammessi al finanziamento

Le Aziende dovranno procedere con la massima celerità, e ove possibile, al completamento di tutti gli interventi riconducibili ad Accordi di Programma (ex art. 20 L. 67/88), nonché gli altri interventi finanziati con fondi statali e regionali precedentemente al 2019.

Le Aziende dovranno presentare le richieste di liquidazione a saldo degli interventi conclusi e attivati che risultano ancora a residuo. Per gli interventi ancora in corso di esecuzione le Aziende dovranno presentare le opportune richieste di liquidazione in acconto.

Indicatore	Target
DES0120 – Richieste di liquidazione, ove possibile a saldo, degli interventi/piani di fornitura riconducibili ad Accordi di Programma (ex art. 20 L. 67/88), nonché degli altri interventi finanziati precedentemente al 2019 con fondi statali e regionali	Presentazione di almeno una richiesta di liquidazione per ciascun intervento

5.9.7. Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera per l'emergenza COVID-19 (Art 2, DL 19 maggio 2020, n.34)

L'art. 2 del DL 19 maggio 2020 n. 34 ha previsto il potenziamento della rete ospedaliera per fronteggiare l'emergenza COVID-19, richiedendo alle Regioni la predisposizione di appositi Piani in cui fossero descritti gli interventi previsti per:

- il potenziamento delle Terapie Intensive (TI), con la realizzazione di *197 Posti Letto (PL) aggiuntivi rispetto alla dotazione regionale*;
- la realizzazione di 312 PL di Terapia Semi Intensiva (TSI), in sostituzione di altrettanti PL di degenza ordinaria;
- l'adeguamento funzionale dei Pronto Soccorso (PS) per separare i percorsi dei pazienti COVID e non-COVID;
- l'acquisto di autoambulanze attrezzate per il trasporto dei pazienti COVID.

Il piano, predisposto dalla Regione Emilia-Romagna sulla base delle "Linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera" inviate dal Ministero della salute con la Circolare n. 0011254 del 29/05/2020, è stato approvato dalla Regione con la DGR 677/2020 e dal Ministero della salute con Decreto Direttoriale prot. 0014319 del 13/07/2020 e successivamente aggiornato e rimodulato.

Dal 2022 il piano di riorganizzazione della rete ospedaliera è parte integrante del PNRR e ne deve rispettare i requisiti temporali.

Indicatori	Target
<i>Programmazione interventi</i>	
DES0122 - Rispetto delle date previste dalla programmazione	100%
<i>Monitoraggio avanzamento e rendicontazione</i>	
DES0123 - Riscontro tempestivo ed esauriente ai monitoraggi richiesti e predisposizione della documentazione necessaria per rimodulazioni e rendicontazioni accurata e precisa	100%

5.9.8. Programma nazionale di adeguamento antincendio delle strutture sanitarie – Monitoraggio dello stato di attuazione del programma di adeguamento antincendio

Il Decreto del Ministro dell'interno di concerto con il Ministro della salute e il Ministro dell'economia e delle finanze del 19 marzo 2015 "Aggiornamento della regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private di cui al decreto 18 settembre 2002" e s.m.i., ha delineato un percorso di miglioramento progressivo della sicurezza delle strutture sanitarie, con l'obiettivo di adeguarle alla normativa antincendio, attraverso scadenze differenziate in relazione alla tipologia di struttura da adeguare e all'attività svolta. Nello specifico, per le strutture sanitarie che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero e/o in regime residenziale a ciclo continuativo e/o diurno che hanno aderito al piano di adeguamento antincendi di cui al citato Decreto, il termine ultimo per l'adeguamento è fissato al 24 aprile 2028.

Al fine di conoscere lo stato di avanzamento aggiornato delle attività connesse agli adempimenti temporali previsti dalla norma sopra richiamata la Direzione Cura della Persona, Salute e Welfare cura il monitoraggio relativo allo stato di attuazione del programma di adeguamento antincendio suddiviso per scadenze temporali.

Indicatori	Target
DES0124 - Partecipazione attiva al monitoraggio relativo allo stato di attuazione del programma di adeguamento antincendio suddiviso per scadenze temporali, compreso il riscontro tempestivo alle informazioni richieste	100%

5.9.9. Tecnologie Biomediche

Nel 2026 si dovranno completare gli interventi di potenziamento e riorganizzazione delle strutture sanitarie previsti dal Decreto Rilancio n.34 del 19 Maggio 2020 (vedi par. 5.9.7) con il potenziamento delle terapie intensive e semintensive, nonché di adeguamento delle strutture di pronto soccorso con una spesa prevista per tecnologie biomediche di oltre 31 milioni di Euro. Come da indicazioni nazionali, saranno seguite le procedure di certificazione del raggiungimento del target PNRR per gli interventi conclusi.

Durante il 2026 si completeranno inoltre le attività previste per gli interventi inerenti all'ammodernamento tecnologico previsti dal PNRR (Grandi Apparecchiature) quasi esclusivamente in relazione agli ulteriori interventi ricompresi nel POR/CIS (33 attrezzature in overbooking rispetto alle 239 iniziali, di cui 238 installate e collaudate al 31/12/2025) e continuerà la messa in uso dei kit di telemonitoraggio di 1 livello funzionali allo sviluppo della telemedicina.

Durante il 2026 si prevede l'ammissione al finanziamento per tutti gli interventi dedicati agli allestimenti, con particolare rilievo alle tecnologie biomediche e gli interventi "Kit per telemonitoraggio 1° livello e assistenza domiciliare da remoto" destinati alle Aziende Sanitarie, previsti nell'Accordo di Programma VII fase di cui all'art. 20 L.67/88. Le Aziende dovranno predisporre la documentazione per le istruttorie da presentare al Gruppo Tecnico Regionale per l'ammissione al finanziamento degli interventi.

A supporto del sistema informativo unico regionale per la Gestione informatizzata dell'Area Amministrativo Contabile (GAAC), preposto al mantenimento e sviluppo della anagrafica centralizzata delle tecnologie biomediche, proseguirà la gestione della codifica unica regionale denominata CIVAB-RER, per la quale è attivo dal 2018 un gruppo di candidati al quale partecipano tutte le Aziende del SSR, e un gruppo di validatori distribuiti in maniera uniforme tra AVEN, AVEC e AUSL Romagna.

Nel 2026 proseguiranno le attività di installazione e collaudo del software per il monitoraggio della dose da radiazioni ionizzanti (Dose Management System – DMS) al fine di poter assolvere agli adempimenti previsti dal d.lgs 101 del 31 luglio 2020 attuazione della 2013/59/Euratom e i flussi informativi. Le Aziende Sanitarie che beneficeranno di tale applicativo saranno coinvolte, secondo un cronoprogramma condiviso, dal Gruppo di Lavoro che coordina le fasi operative e le successive valutazioni per lo sviluppo del software.

Sul versante dei flussi informativi, continuerà il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie in uso presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate previsto dal DM del 22 aprile 2014: le attività verteranno sulla pubblicazione e il monitoraggio del livello qualitativo delle registrazioni delle Strutture Pubbliche e sul controllo e sollecito delle registrazioni da parte delle Strutture Private. Si provvederà inoltre all'elaborazione dei report relativi all'Osservatorio Tecnologie del Servizio Sanitario Regionale, con la sperimentazione di nuove forme di reportistica per favorire la tempestività e fruibilità delle informazioni.

Il Gruppo Regionale Tecnologie Biomediche (GRTB), proseguirà nelle funzioni di valutazione delle acquisizioni di tecnologie ad elevato impatto tecnologico ed economico in ambito regionale, sia in sostituzione per obsolescenza funzionale che per potenziamento e innovazione tecnologica.

Indicatori	Target
<i>PNRR – Rinnovo tecnologico</i>	
DES0129 – PNRR - Monitoraggio sostituzioni tecnologie obsolete e messa in uso nuove tecnologie	Completamento delle installazioni entro T4/2025
<i>Altri programmi di investimento</i>	
DES0116 – Ammissione a finanziamento interventi "Kit per telemonitoraggio 1° livello e assistenza domiciliare da remoto" finanziate con AdP VII fase	100%
<i>Sostenibilità economica</i>	
DES0130 - Predisposizione e presentazione delle istruttorie tecnico-scientifiche del GRTB per tecnologie ad elevato impatto tecnologico, economico e innovativo	100%

5.9.10. Sistema Informativo

Il sistema informativo sanitario regionale è in costante evoluzione per rispondere alle nuove e molteplici esigenze attraverso la revisione di alcune rilevazioni già esistenti, l'attivazione di nuove rilevazioni e l'integrazione di altre, al fine di garantire i flussi strategici necessari al governo del servizio sanitario regionale e mantenere gli standard qualitativi finora raggiunti.

Il recente Decreto 23 ottobre 2025: "Aggiornamento dei sistemi di classificazione per la codifica delle informazioni cliniche nei sistemi informativi sanitari: adozione di ICD-10-IM e CIP1" prevede all'art. 1 che a decorrere dal 1° gennaio 2027, le informazioni di carattere clinico contenute nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO), quali la diagnosi principale, le diagnosi secondarie, l'intervento chirurgico principale o parto, gli interventi chirurgici secondari o le procedure diagnostiche e terapeutiche secondarie, nonché le informazioni cliniche contenute negli altri flussi informativi sanitari nazionali, sono codificate utilizzando i seguenti sistemi di classificazione e le successive modificazioni ed integrazioni, o le eventuali revisioni: Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati, versione italiana della International Classification of Diseases - 10th revision (ICD-10-IM), versione 2025; Classificazione italiana delle procedure e degli

interventi. Conseguentemente, la Regione Emilia-Romagna ha avviato una sperimentazione, iniziata a dicembre 2025, per alcune aziende del servizio sanitario regionale per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO) attraverso i nuovi sistemi di classificazione ICD-10-IM e CIPI.

Inoltre, nell'anno 2026 si prevede il progressivo passaggio al nuovo sistema di classificazione anche per altri flussi, a partire dai flussi SISM e SIND.

Nel 2026, per gli ultimi due flussi previsti dal PNRR, si prevede la messa a regime del flusso Sistema Informativo Ospedali di Comunità (SIOC) come conferimento ad NSIS e l'avvio del nuovo flusso Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza primaria (SIAP) con cadenza mensile e a partire dal 2027 con cadenza settimanale.

Nel 2026 si prevede l'avvio del flusso informativo SSCLAMB - Surgical Safety Check-list Ambulatoriale che rileva l'insieme delle check-list compilate nell'ambito delle procedure ambulatoriali di chirurgia maggiore, compresi gli interventi di cataratta ambulatoriali; a discrezione delle strutture è possibile inviare anche i dati relativi a tutti gli altri interventi di chirurgia ambulatoriale.

Nel 2026 si prevede l'avvio della nuova rilevazione dell'attività specialistica erogata in tre differenti tipologie, a seconda della modulistica prescrittiva utilizzata:

- rilevazione delle prestazioni erogate in SSN che sono state prescritte con ricetta SSN dematerializzata, tramite il sistema SAR (DEMA);
- rilevazione delle prestazioni erogate in SSN attraverso la modalità Day Service Ambulatoriale, che sono state prescritte su specifica modulistica regionale (flusso DSA);
- rilevazione della restante attività erogata in regime SSN prescritta su ricetta SSN non dematerializzata e di quella erogata in altro regime di erogazione, tra cui i programmi regionali di screening e la libera professione (flusso ASA2).

Nel corso del 2026, il sistema di reportistica e indicatori (ReportER), strumento che permette di contribuire al miglioramento del livello di qualità e di completezza dei flussi informativi, continuerà ad evolvere per allargare ulteriormente il proprio perimetro di monitoraggio anche ad altre aree di interesse. È previsto il passaggio ad una nuova versione 2.0 del Portale per adeguarlo alle linee guida nazionali sull'accessibilità dei siti web, renderlo omogeneo dal punto di vista grafico agli altri portali web regione, migliorare l'esperienza utente nel suo complesso, oltreché, lato back-end, agevolare la gestione delle informazioni pubblicate e delle utenze profilate.

Continuano le attività di riorganizzazione dei contenuti del modulo SIVER, e verrà messo a disposizione degli utenti un cruscotto (dashboard) contenente la sintesi dei risultati degli indicatori riportati nella Deliberazione di Giunta Regionale relativa alle linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per valutarne le performance, sia in itinere sia a conclusione del periodo di riferimento.

Infine, dovranno essere mantenute le rilevazioni giornaliere legate al monitoraggio della pandemia Covid-19 e all'alimentazione della piattaforma di biosorveglianza Dafne, nel rispetto delle indicazioni nazionali.

Costituisce obiettivo prioritario per le Aziende sanitarie il mantenimento e l'alimentazione tempestiva del patrimonio informativo regionale.

In particolare, l'attenzione viene posta sui flussi che vanno a costituire il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), in quanto:

- questi flussi rappresentano un Adempimento LEA ai sensi di quanto previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005;
- il rispetto degli obblighi informativi costituisce prerequisito alla valutazione di tutti gli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG).

Si ricorda altresì che, ai sensi dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, il mancato rispetto dei contenuti e tempistiche di conferimento dei flussi informativi ricompresi in NSIS costituisce motivo di grave inadempienza per i Direttori Generali.

Per quanto riguarda il monitoraggio della tempestività nella trasmissione dei dati verso la Regione, è stato definito un indicatore composito che permetterà di valutare, in maniera combinata, le performance ottenute per i diversi flussi informativi. L'indicatore composito potrà raggiungere un valore massimo di 10 punti e sarà calcolato, per ciascuna Azienda Sanitaria, come media ponderata dei punteggi ottenuti nei singoli indicatori che lo compongono.

Tempestività

Indicatore		Target
<i>IND1124 - Indicatore composito di tempestività nell'invio dei dati</i>		≥ 9
1	IND0530 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso SDO	$\geq 90\%$
2	IND0534 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso PS	$\geq 98\%$
3	IND1253 - Tempestività della chiusura nella DEMA (in base alla data di erogazione) – entro 48h	$\geq 80\%$
4	IND0532 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso FED, esclusa la DPC	$\geq 85\%$
5	IND0892 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso FED, focus DPC	$\geq 95\%$
6	IND0893 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso AFO	$\geq 85\%$
7	IND0533 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso DiMe	$\geq 90\%$

Un secondo set di indicatori valuterà la qualità dei dati inviati dalle Aziende Sanitarie alla Regione in termini di congruità e completezza delle informazioni trasmesse.

Qualità dei dati

Indicatori	Target
IND0792 - Flusso SDO - % ricoveri programmati con data di prenotazione uguale a data di ammissione	$\leq 5\%$
IND0944 - Flusso CEDAP - Completezza rispetto alla Banca Dati SDO (Adempimento LEA)	$\geq 98,5\%$

6. Ricerca e innovazione nei Servizi Sanitari e Sociali

Gli ambiti prioritari di attività inerenti la ricerca e innovazione che richiedono un impegno specifico da parte delle Aziende nel 2026 riguardano:

- il rafforzamento delle attività di supporto e promozione della ricerca nei servizi sanitari e sociali;
- la partecipazione ai progetti di promozione dell'innovazione nei servizi sanitari e sociali, tra cui l'adesione alle attività previste per lo sviluppo dei servizi di telemedicina sul territorio regionale;
- il contrasto al rischio infettivo associato all'assistenza;
- il supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento;
- la formazione continua nelle organizzazioni sanitarie;
- il consolidamento di strategie volte all'equità, all'empowerment, e alla progettazione partecipata;
- il trasferimento di buone pratiche all'interno dei servizi sanitari e sociali, anche attraverso il confronto internazionale.

Gli obiettivi da raggiungere nel 2026 vengono indicati di seguito.

6.1. Le azioni per lo sviluppo della Ricerca nel SSR

Azioni per il rafforzamento del Sistema di Ricerca e innovazione

Il "Sistema ricerca e innovazione nel Servizio Sanitario Regionale dell'Emilia-Romagna", definito con la DGR 910/2019, conferma quanto stabilito dalla LR 29/2004, che identifica la Ricerca come mission istituzionale delle Aziende del SSR. La ricerca è infatti condizione essenziale per lo sviluppo del SSR, consentendo di accogliere le innovazioni in modo efficace, tempestivo ed appropriato al contesto, e di orientarne l'applicazione verso i bisogni assistenziali prioritari.

Le azioni prioritarie nell'ambito della Ricerca e Innovazione previste tra gli obiettivi di mandato di questa legislatura prevedono in particolare:

- la promozione della collaborazione tra Università, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), Aziende Ospedaliero-Universitarie e Aziende Sanitarie Territoriali per condividere competenze e tecnologie;
- il sostegno alle attività di ricerca che promuovano l'adozione di nuove tecnologie e metodologie per migliorare la qualità e l'efficienza del SSR;
- il rafforzamento del posizionamento della sanità regionale, attraverso l'adozione di strumenti come l'Intelligenza Artificiale e la Salute digitale;
- che le priorità di ricerca siano orientate ai bisogni reali della comunità, promuovendo un dialogo continuo con cittadini, associazioni e professionisti del settore;
- l'investimento su progetti di ricerca strategici, con l'obiettivo di trasferirne rapidamente i risultati nella pratica clinica e di valutare l'impatto sostenibile delle innovazioni adottate;
- la promozione di processi di internazionalizzazione attraverso la divulgazione delle politiche comunitarie, l'identificazione e trasferimento di buone pratiche, la facilitazione all'accesso a programmi di finanziamento europei in ambito salute
- l'adozione di procedure di acquisto innovative per favorire la ricerca e lo sviluppo di prodotti e servizi all'avanguardia che non trovano risposte nel mercato.

Al fine di sviluppare le azioni sopra citate, è necessaria una visione unitaria della ricerca, che unisca competenze, risorse e tecnologie, favorendo una integrazione virtuosa tra tutti gli attori del SSR e tra questi e il mondo accademico.

Le Aziende Sanitarie sono quindi chiamate a collaborare al monitoraggio delle attività di ricerca promosse, al rafforzamento del sistema regionale della ricerca e dell'innovazione e alla condivisione delle competenze all'interno del Sistema, in modo da garantire la massima sinergia tra tutti gli attori che a vario titolo contribuiscono alla crescita del Sistema della Ricerca regionale.

Gli obiettivi specifici per il 2026 per tutte le Aziende sono i seguenti:

- garantire il debito informativo relativo al flusso informativo regionale della ricerca clinica (SirER), presidiando a tal fine il coordinamento tra le segreterie centrali e locali dei Comitati Etici Territoriali (CET), delle Infrastrutture della Ricerca e degli ICT aziendali;
- rafforzare e valorizzare l'attività di ricerca svolta dai professionisti anche attraverso il supporto delle infrastrutture della ricerca, che garantiscono il raccordo con il livello interaziendale e regionale, finalizzato alla messa a sistema e al trasferimento delle metodologie e dei risultati della ricerca;
- rilevazione periodica dei finanziamenti per la ricerca ricevuti in qualità di PI o partner di progetti in ambito nazionale ed europeo, al fine di avviare un sistema di lettura integrato della ricerca promossa dalle aziende e dare la necessaria visibilità alle attività svolte dai professionisti;
- garanzia del rispetto delle tempistiche indicate relativamente alle fasi di presentazione di progetti a bandi per cui la Regione è destinatario istituzionale ex art. 12 Dlgs. n. 502/1992 e alle fasi di rendicontazione periodiche previste dal bando e richieste dall'ente finanziatore;
- contribuire alla promozione della formazione attraverso la partecipazione dei professionisti a percorsi formativi regionali dedicati allo sviluppo di tali competenze.

Indicatori per tutte le Aziende (compresi gli IRCCS)	Target
DES0186 – Invio del flusso informativo regionale relativo alla ricerca clinica (SirER) nel rispetto delle tempistiche definite	100%
DES0187 – Partecipazione alle attività regionali del Coordinamento delle Segreterie dei Comitati Etici e a quelle che coinvolgono le infrastrutture di supporto alla ricerca	≥ 80%
DES0188 – Rilevazione periodica dei finanziamenti ricevuti in ambito nazionale ed europeo	100%
DES0189 – Partecipazione dei professionisti, selezionati dalle Direzioni, al percorso formativo regionale sulla ricerca sanitaria	100%

Obiettivi degli IRCCS di raccordo tra le attività assistenziali e di ricerca e di adesione alle azioni previste per la Rete degli IRCCS:

Il d.lgs. 200/2022 di modifica al d.lgs. 288/2003 (cd. "Riforma IRCCS") ha introdotto la necessità di un maggiore *coordinamento tra le attività del direttore generale e quelle del direttore scientifico e al fine di assicurare l'integrazione dell'attività assistenziale e dell'attività di formazione con l'attività di ricerca, per potenziarne l'efficacia nelle aree tematiche di afferenza*, prevedendo che le regioni attribuiscano al direttore generale, *ulteriori specifici obiettivi funzionali al raccordo tra attività di assistenza e quella di ricerca, nonché alla realizzazione del piano triennale delle linee di ricerca definito per l'Istituto e approvato dal Ministero della salute*. A tal fine, oltre agli obiettivi assegnati

già negli anni precedenti, agli IRCCS sono assegnati anche gli obiettivi inerenti le Linee di Ricerca dell'IRCCS, la cui responsabilità è in capo al Direttore Scientifico. Al fine di garantire la condivisione degli obiettivi e dei risultati ad essi associati, si chiede agli IRCCS di inviare al Settore Ricerca e innovazione la Rendicontazione sulla Ricerca corrente, che contiene i risultati inerenti gli obiettivi sulle Linee di Ricerca dell'IRCCS, accompagnati da una sintetica relazione sulle azioni di raccordo tra le attività di Ricerca e quelle assistenziali promosse nell'anno.

La DGR 910/2019 definisce, inoltre, nell'ambito delle funzioni per la governance del Sistema regionale della Ricerca e Innovazione, la Consulta dei Direttori Scientifici degli IRCCS, con funzioni consultive relativamente alle materie di competenza. Nel 2026 viene richiesto ai Direttori Scientifici degli IRCCS un contributo alla Redazione del Piano Triennale regionale della Ricerca, da sottoporre agli Organismi strategici del Sistema.

Pertanto, agli IRCCS sono attribuiti i seguenti obiettivi per l'anno 2026:

- evidenza della realizzazione del Piano Triennale delle Linee di Ricerca, relativamente agli obiettivi individuati per l'anno in corso e rendicontazione delle azioni di raccordo tra le attività di ricerca e assistenza, con particolare riferimento agli obiettivi assistenziali assegnati all'IRCCS con il presente documento di Programmazione;
- contributo, da parte dei Direttori Scientifici, alla definizione del Piano regionale triennale della Ricerca;
- impostazione di progetti "pilota" attraverso i quali gli IRCCS mettono a sistema competenze, risultati, modelli organizzativi, infrastrutture, strumenti, rendendoli disponibili e condivisi a beneficio delle Aziende del SSR;
- evidenza della capacità di attrazione di risorse da enti pubblici e privati, nazionali ed internazionali;
- Capacità di operare in rete - attraverso l'adesione a Reti nazionali o internazionali (es ERN, Reti IRCCS, Reti di Ricerca, ..) - al fine di facilitare il trasferimento dei risultati della ricerca, dell'innovazione e delle buone pratiche in tutto il SSR;
- promozione di studi clinici che coinvolgano almeno una Azienda USL.

Indicatori (solo per gli IRCCS)	
DES0190 - Invio al Settore Ricerca e Innovazione nei sistemi sanitari e sociali della Rendicontazione annuale al Ministero della Salute sulla Ricerca Corrente, con annessa sintetica relazione sulle azioni di raccordo tra attività assistenziali e di ricerca	100% (= Si entro 1 mese dopo l'invio al Ministero per l'anno 2026)
DES0191 - Impostazione - da parte degli IRCCS -, di almeno 1 progetto pilota per la messa a sistema di competenze, risultati, modelli organizzativi, infrastrutture, strumenti	Invio di proposta progettuale (completezza almeno 60%)
DES0134 - Capacità di attrarre risorse (finanziamenti da bandi competitivi da Ministero della Salute, MUR, RER, altri enti pubblici e privati)	Finanziamento \geq media triennio precedente
DES0135 - Capacità di operare in rete (adesione Reti IRCCS e/o ERN)	≥ 2
DES0192 - Coinvolgimento delle Aziende USL negli studi clinici	Almeno 1 studio nuovo in SirER

Il rapporto con le Università

Nell'ambito della Collaborazione tra SSR e Università, nel 2024 è stato definito il nuovo Protocollo per la Formazione Medico Specialistica (DGR n. 1406/2024), che prevede azioni congiunte tra Università e Regione, e un forte raccordo tra le Università e Aziende le cui UUOO compongono le Reti Formative, al fine di presidiare il corretto svolgimento delle attività formative e quanto definito dalle Linee Guida emanate dal Comitato Regionale di Indirizzo in merito alla Rotazione dei Medici in Formazione sulle Strutture della Rete, su cui i Comitati di Coordinamento e Verifica degli Atenei hanno precise funzioni.

Al punto 3.4 il Protocollo prevede che l'Azienda rediga, con la collaborazione dell'Università un "Rapporto annuale sull'attività formativa medico – specialistica" svolta nell'Azienda. Una sintesi delle informazioni viene riportata ogni anno nella relazione sulla gestione curata dal Direttore generale (art. 6 della L. R. n. 29/2004) che, in particolare, deve contenere:

- il numero dei dirigenti a cui è stato affidato un incarico didattico dall'Università, le strutture coinvolte e la tipologia degli incarichi affidati e preliminarmente comunicati all'Azienda interessata;
- il numero dei medici in formazione accolti;
- le iniziative realizzate per migliorare le competenze didattiche e la partecipazione ai controlli di qualità disposti dall'Osservatorio regionale.

Tale Rapporto deve essere redatto da tutte le Aziende le cui UUOO sono parte delle Reti formative degli Atenei che insistono sul territorio Regionale (Università di Parma, di Modena e Reggio Emilia, di Bologna e di Ferrara).

Per il 2026, le aziende sono quindi chiamate a redigere:

1. il Rapporto Annuale, in collaborazione con le Università;
2. la Relazione sintetica, da inserire nella Relazione del Direttore Generale che corredata il Bilancio di Esercizio (già a partire da quello relativo all'anno 2025).

Indicatore (per tutte le Aziende che hanno UUOO che compongono la Rete Formativa delle Università Regionali)	Target
DES0193 - Definizione del Rapporto Annuale sull'attività formativa medico – specialistica relativo all'anno 2025 (entro luglio 2026), e relazione sintetica da inserire nel Bilancio di Esercizio 2025	100% (=Si)

6.2. Innovazione nei servizi sanitari e sociali

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sollecita il sistema dei servizi sanitari, sociali, sociosanitari a garantire equità, qualità, efficacia e accessibilità delle cure e a contrastare le disuguaglianze in salute, intervenendo sulle determinazioni sociali e sulla distribuzione di risorse.

La promozione dell'equità rappresenta dunque una leva fondante il servizio sanitario e sociale nazionale e regionale per favorire azioni di contrasto alle disuguaglianze economiche, sociali, culturali, di genere, generazionali o di altra natura. Si tratta di un approccio strutturale alla salute e al benessere delle persone e delle comunità, intese sia come comunità professionali che di utenti e cittadini di un territorio, da declinarsi attraverso la promozione di politiche di integrazione, prossimità e partecipazione nel sistema dei servizi.

Andrà pertanto proseguito il consolidamento di un approccio strutturale di equità in tutte le politiche e del relativo sistema di governance nelle aziende sanitarie, con la prospettiva di collegare tali azioni ai lavori preparatori del prossimo Piano Sociale e Sanitario Regionale e di allargare l'approccio ad altri soggetti significativi del sistema, nonché di uniformarsi alle disposizioni del d.lgs. 222/2023 sull'accessibilità delle pubbliche amministrazioni.

Indicatori	Target
DES0132 - Partecipazione dei/delle referenti equità agli incontri del Coordinamento regionale di cui alla det. 28136/2024	≥ 70%
DES0194 - Definizione del board aziendale per l'equità, anche in ottemperanza a quanto previsto dal d.lgs. 222/2023	100%
DES0195 - Partecipazione dei/delle professionisti/e sanitari/e alle attività e agli incontri del percorso formativo regionale: "Equità e salute: contesti, persone, strumenti"	≥ 75%

Metodologie per innovare le organizzazioni e le pratiche professionali

L'approccio dialogico è stato sperimentato e gradualmente implementato nei territori dell'Emilia-Romagna e nell'ambito della Regione stessa, per affrontare alcune delle complessità che caratterizzano il nostro sistema dei servizi. La formazione del personale e della governance stessa di Regione, enti locali e aziende sanitarie su questo approccio è stata strategicamente orientata a incrementare nel sistema per superare le divisioni in "silos" delle nostre organizzazioni verso una visione meno parcellizzata e più complessiva e relazionale. L'approccio consente di sperimentare un

cambio di postura, e quindi culturale, nel modo in cui le organizzazioni si rapportano tra loro e con l'utenza.

L'obiettivo strategico qui definito mira a rafforzare l'integrazione tra sociale e sanitario e quella intersettoriale e promuovere un lavoro multiprofessionale con l'utenza dei servizi.

La strategia che si intende delineare è costituita da elementi che rafforzino i presupposti di base necessari al lavoro integrato e multiprofessionale. Le azioni da sviluppare mirano all'attivazione di sperimentazioni territoriali con il metodo dell'approccio dialogico, orientato al dialogo di rete per tutti i settori e tutti i professionisti e le professioniste.

Indicatori	Target
DES0196 - Partecipazione, in raccordo con gli enti locali, al percorso formativo regionale sull'approccio dialogico	≥4 discenti, di cui almeno 2 nuovi per ogni Azienda sanitaria (con partecipazione individuale alle attività formative ≥ 80%)

Coordinamento delle attività internazionali per la ricerca e innovazione in ambito sanitario e sociale

Tenuto conto della importanza strategica dell'internazionalizzazione in ambito di salute e welfare e l'opportunità di promuovere sinergie e collaborazioni favorendo l'accesso ai fondi internazionali per l'innovazione e lo sviluppo dei servizi sanitari e sociali regionali e della necessità di integrare le iniziative regionali e nazionali con quelle europee, attraverso processi che supportino l'internazionalizzazione del sistema territoriale in ottica di innovazione, la DG Cura Persona Salute e Welfare ha costituito un apposito "Gruppo di lavoro per il coordinamento delle attività internazionali in area salute e welfare" (determinazione n. 13352/2025).

Obiettivi del gruppo, cui partecipano referenti di ogni Azienda e IRCCS del SSR, sono:

- Valorizzare e rafforzare la ricerca e l'innovazione incentivando il confronto internazionale e il trasferimento di buone pratiche e favorendo il lavoro in rete al fine di ottimizzare le azioni in una prospettiva di sistema;
- Coordinare lo scambio di informazioni e la comunicazione attraverso il monitoraggio delle iniziative di rilievo europeo e internazionale, in ambito di ricerca, innovazione, legislazione, formazione e finanziamenti dell'UE;
- ottimizzare le azioni messe in campo dal livello regionale e dalle singole Aziende Sanitarie e IRCCS, in una prospettiva di sistema.
- facilitare il trasferimento alle Aziende di modelli organizzativi, innovazioni di processo e risultati di ricerca svolta in partnership con istituzioni in ambito internazionale.

Le Aziende e gli IRCCS sono chiamati a collaborare attivamente, al fine di favorire il lavoro in rete e ottimizzare le azioni in una prospettiva di sistema. In particolare, nel 2026 dovranno assicurare:

- la partecipazione alle riunioni del gruppo di lavoro sulle attività internazionali;
- la mappatura delle buone pratiche ed esperienze internazionali, secondo le indicazioni del Settore Ricerca e Innovazione.

Indicatori	Target
DES0197 - Mappatura delle buone pratiche ed esperienze internazionali	100%

Contrasto al rischio infettivo associato all'assistenza

La DGR 318/2013 ha definito le linee di indirizzo per la gestione del rischio infettivo in Emilia-Romagna che sono state poi riprese da progetti specifici dei Piani Regionali della Prevenzione a partire dal 2014 e nel recepimento regionale dei Piani Nazionali di Contrasto all'Antimicrobicoresistenza a partire dal 2018 (DGR 1021/2018 e DGR 540/2023). In particolare, il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, esteso all'intero 2026, e la sua declinazione regionale individuano le "Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-resistenza" come uno dei 10 Programmi Predefiniti che vengono monitorati attraverso specifici indicatori.

Gli elementi a cui dare priorità sono:

- sostegno alle attività di sorveglianza per migliorare il livello di partecipazione e la qualità dei dati raccolti in ambito aziendale con particolare riferimento alla sorveglianza della infezione del sito chirurgico (sistema SiChER);
- sostegno alle attività di implementazione dell'igiene delle mani mediante il monitoraggio dei consumi dei prodotti idroalcolici in ambito sanitario e socio-sanitario e dell'adesione a questa pratica, utilizzando l'applicativo web MAppER;
- sostegno all'implementazione delle Linee guida sulle componenti essenziali dei programmi di prevenzione e controllo (*Guidelines on core components of IPC programmes*) attraverso l'utilizzo di IPCAF (*Infection Prevention and Control Assessment Framework*) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Al fine di facilitare il monitoraggio delle attività svolte nelle aziende sanitarie, è stato definito un indicatore combinato che consente di valutare contestualmente i diversi livelli di prevenzione, sorveglianza e controllo delle infezioni e delle resistenze negli ospedali per acuti. Tale indicatore combinato, che può raggiungere un valore massimo di 20 punti, viene calcolato sommando i punteggi delle seguenti componenti:

Per gli Ospedali per acuti

Indicatore	Target
<i>IND1026 - Indicatore composito su prevenzione, sorveglianza e controllo delle infezioni e delle resistenze negli ospedali per acuti</i>	<i>≥ 15 punti</i>
1 IND0742 - Copertura SiChER - % Procedure chirurgiche sorvegliate sul totale delle procedure sottoposte a sorveglianza	≥ 75%
2 DES0143 - Partecipazione da parte dell'Azienda alla revisione dei casi di infezioni probabili (SiChER)	Sì
3 IND1025 - Igiene delle mani: numero di opportunità osservate per 10.000 giornate degenza	≥ 200
4 IND0737 - Consumo di prodotti idroalcolici per 1.000 giornate di degenza	≥ 30
5 IND1024 - Punteggio framework IPCAF	≥ 601

Per le Strutture socio-sanitarie

Indicatore	Target
IND1097 - % di strutture che hanno risposto alla rilevazione del consumo di prodotti idroalcolici sul totale delle strutture socio-sanitarie accreditate invitate	≥ 90%

6.3. Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento

Le Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna svolgono dal 2018 attività di verifica rispetto al modello di Accreditamento Istituzionale delineato dalla DGR 1314/2024.

Obiettivi per il 2026 sono:

- effettuare attività di audit interno e/o autovalutazione a livello direzionale e/o delle articolazioni organizzative per valutare la sussistenza dei requisiti generali e/o la loro ricaduta a livello delle Unità Operative e dei Dipartimenti e dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali e l'aderenza ai requisiti specifici applicabili e utilizzare le risultanze di questa attività di sorveglianza interna per attivare azioni di miglioramento di livello aziendale;
- sostenere l'attività istituzionale di verifica di Accreditamento svolta dall'Area Coordinamento dell'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA) della RER, garantendo e monitorando l'adesione dei Valutatori regionali afferenti alle Aziende e la loro partecipazione alle iniziative di formazione e aggiornamento funzionali al mantenimento delle competenze specifiche; il tutto al fine aumentare la consapevolezza della partecipazione dell'Azienda al mantenimento e allo sviluppo del sistema di Accreditamento e delle competenze dei valutatori.

Indicatori	Target
DES0152 - Produzione e invio di una relazione delle attività di audit/autovalutazione effettuate, con evidenza delle azioni di livello aziendale attivate	100%
DES0198 – Implementazione di un sistema interno di monitoraggio della partecipazione dei valutatori regionali afferenti all'Azienda alle attività di verifica regionale di Accreditamento e alle attività di formazione e aggiornamento sul tema dell'Accreditamento	100%

6.4. La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie

La formazione del personale del Servizio Sanitario Regionale è determinante per valorizzare il capitale umano e le competenze professionali, adeguandole ai nuovi bisogni assistenziali e alle innovazioni organizzative. Per realizzare programmi formativi in grado di rispondere agli obiettivi regionali di cambiamento, è necessaria innovazione continua nelle modalità e strumenti formativi utilizzati, il lavoro in rete e la valutazione della trasferibilità degli apprendimenti e dell'impatto della formazione nelle organizzazioni. La formazione diventa quindi una leva strategica delle organizzazioni e le azioni formative blended, che prevedono l'alternanza di diverse tipologie di formazione (FAD sincrona asincrona, formazione sul campo, residenziale), sono quelle più in grado potenziare e modificare i comportamenti professionali e di impattare nei contesti organizzativi, in coerenza con quanto richiesto dall'Osservatorio della formazione continua in sanità.

Pertanto, deve essere assicurato:

il sostegno ad attività formative blended in cui siano previste alternanza di diverse tipologie (FAD sincrona/FAD asincrona, formazione sul campo, residenziale) con valutazione di trasferibilità e/o impatto organizzativo

Indicatore	Target
DES0154 - Formazione erogata blended	N° eventi: ≥ 3 con valutazione di trasferibilità e/o impatto organizzativo

CasaCommunityLab (CCLaB)– Percorso formativo e di sperimentazione nelle Case della Comunità

Il CCLaB è un percorso formativo che, in applicazione del DM77/2022, degli obiettivi previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 6, persegue la finalità di accompagnare la ricomposizione di un modello innovativo di sanità a partire dalla riorganizzazione dell’assistenza territoriale e in stretta sinergia con i servizi sociali territoriali e gli stakeholder locali.

Per l’anno 2026, si prevede di continuare il supporto alle aziende interessate alla sperimentazione verso un modello organizzativo di approccio integrato, multidisciplinare e di comunità.

Tale azione è in linea con gli obiettivi strategici previsti dal Piano regionale della formazione lo sviluppo delle competenze in ambito sanitario e sociale e con la DGR 2221 del 2022 “Primo provvedimento di programmazione dell’assistenza territoriale”.

In particolare, la progettazione formativa rappresenta una leva strategica nel promuovere:

- percorsi locali volti a realizzare una formazione a cascata di governance la cui finalità è creare *pool* di facilitatori di reti e processi locali;
- strumenti di riflessività/monitoraggio sulle azioni intraprese;
- processi di programmazione partecipata (definizione condivisa degli obiettivi, in sinergia con la programmazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria) e di progettazione partecipata (definizione condivisa e messa in pratica di progetti e interventi);
- cambiamento culturale che accompagni il nuovo modello delle Case della Comunità rendendo i professionisti attivatori di processo attraverso percorsi di co-progettazione.

Indicatore	Target
IND1201 - Progettazione e attuazione e valutazione di progetti distrettuali di CasaCommunityLab di partecipazione, innovazione e cambiamento organizzativo e relazionale	≥ 1

Benessere organizzativo: Progetto regionale per lo sviluppo del benessere organizzativo del SSR

In considerazione dell’attuale contesto di difficoltà rilevato nell’arruolamento dei professionisti in alcune aree critiche e dell’elevato turn-over, le Direzioni sono chiamate ad affrontare tale situazione costruendo ambienti di lavoro più attrattivi e ingaggianti, in modo da poter creare maggior soddisfazione, motivazione, coinvolgimento e benessere per i propri professionisti. Nel 2026 si avvierà uno specifico progetto regionale che, attraverso diversi percorsi organizzativi e formativi, si propone di creare un servizio di governo regionale dedicato a promuovere, coordinare e facilitare

l'applicazione di tecniche e metodologie di sviluppo del Benessere Organizzativo nelle aziende sanitarie. Le Direzioni sono quindi chiamate a partecipare al progetto regionale.

Costruire una cultura condivisa delle Cure Palliative Pediatriche (CPP): progetto formazione-intervento

A seguito del PSN del 2006, nel quale si definiva indispensabile l'organizzazione di Reti per le CPP, e in particolare a seguito della L.38/2010, che tutela il diritto del cittadino ad accedere alle CPP e alla terapia del dolore al fine di *"assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza"*, la Regione – in forte collaborazione con la Fondazione Seragnoli – ha promosso la creazione della Rete regionale per le CPP, costituita dai 3 nodi Ospedale, Territorio e Hospice pediatrico. Con la DGR n. 857/19, che approva il "Documento di Rete CPP", si identificano anche due strutture funzionali con i relativi ruoli e responsabilità: l'Unità di Valutazione Multidimensionale Pediatrica e il Punto Unico di Accesso Pediatrico. Con la DGR 919/21 è stato inoltre istituito il Centro di riferimento specialistico per l'erogazione di servizi specialistici di CPP, che insiste presso l'Hospice pediatrico di recente istituzione a cura della Fondazione Seragnoli, e con la determina 7724/2025 è stato costituito il "Gruppo di lavoro regionale per il monitoraggio e l'implementazione della Rete delle CPP".

A seguito di questa impostazione, è necessario favorire la reale conoscenza fra i nodi della Rete e potenziare la formazione/informazione relativa ai percorsi e alle relazioni fra i medesimi.

Indicatore	Target
DES0199 - Partecipazione dei professionisti selezionati dalle Direzioni al percorso formativo regionale	100%

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Monica Fiorini, Responsabile di SETTORE GESTIONE FINANZIARIA ED ECONOMICA DEL SSR esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2376/2024 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa di legittimità in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2026/249

IN FEDE

Monica Fiorini

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Lorenzo Broccoli, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2376/2024 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa di merito in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2026/249

IN FEDE

Lorenzo Broccoli

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 489 del 07/04/2026

Seduta Num. 17

OMISSIS

Il Segretario

Colla Vincenzo

Settore Affari della Presidenza

Firmato digitalmente dal Responsabile Roberta Bianchedi