



Regione Lombardia
LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N. XII/ 5247

SEDUTA DEL 03/11/2025

Presidente **ATTILIO FONTANA**

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

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

Con l'assistenza del Segretario Riccardo Perini

Su proposta dell'Assessore Guido Bertolaso

Oggetto

INDICAZIONI ATTUATIVE IN MERITO ALLA PROGRAMMAZIONE REGIONALE PER L'ADEGUAMENTO DELLA RETE D'OFFERTA SOCIO SANITARIA AL DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE 2 APRILE 2015, N. 70 – II PROVVEDIMENTO

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

Il Direttore Generale Mario Giovanni Melazzini

Il Dirigente Laura Chiappa



Regione Lombardia
LA GIUNTA

VISTA la Legge 30 ottobre 2014, n. 161 *“Disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea - Legge europea 2013-bis”* e in particolare l'art. 14 il quale dispone che le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano devono garantire la continuità nell'erogazione dei servizi sanitari e l'ottimale funzionamento delle strutture, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, attraverso una più efficiente allocazione delle risorse umane disponibili altrimenti esse debbono attuare appositi processi di riorganizzazione e razionalizzazione delle strutture e dei servizi dei propri enti sanitari nel rispetto delle disposizioni vigenti;

VISTO il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 *“Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”* emanato in attuazione dell'art. 1, comma 69, Legge 30 dicembre 2004, n. 311 e dell'art. 15, comma 13, lett. c). del Decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 (convertito, con modificazioni, dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135) – che adotta il Regolamento che definisce, in modo uniforme per l'intero territorio nazionale, gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture sanitarie dedicate all'assistenza ospedaliera;

VISTA la Legge 28 dicembre 2015 n. 208 *“Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2016)”* ed in particolare l'art. 1, comma 541, il quale dispone che le Regioni adottino un provvedimento generale di programmazione di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7 del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”* e in particolare il Capo V dedicato all'assistenza ospedaliera;

VISTA la l.r. 30 dicembre 2009, n. 33 e s.m.i. *“Testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità”* che ha introdotto principi guida per la riorganizzazione della filiera erogativa sociosanitaria regionale in coerenza con le linee programmatiche del DM n. 70/2015 finalizzate al riassetto strutturale e di qualificazione della rete di assistenziale ospedaliera;

RICHIAMATA la DGR n. X/4873 del 29 febbraio 2016 *“Indicazioni relative all'assolvimento delle disposizioni di cui all'articolo 1, comma 541, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, standard ospedalieri e legge 161/2014. Primo Provvedimento”* che ha approvato:

- il *“Documento generale di programmazione dell'adeguamento della rete d'offerta di cui alle disposizioni del DM 70/2015”* e il relativo sub allegato *“Tabelle di riferimento”*;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

- il documento *“Relazione in merito alla determinazione del fabbisogno del Personale ai sensi dell'articolo 1, comma 541 lettera b) della Legge 28 dicembre 2015 n. 208 – Stabilità 2016”*;

EVIDENZIATO che Regione Lombardia, attraverso la propria programmazione sanitaria e attraverso i provvedimenti che ne danno attuazione, ha costantemente implementato, efficientato e adeguato la propria rete d'offerta sanitaria ai principi e ai dettami del DM 70/2015, in particolare relativamente all'anno 2024 fino ad oggi si richiamano:

- DGR n. XII/1767 del 22/01/2024 *“Approvazione dei criteri e modalità per la revisione e razionalizzazione della Rete Emergenza-Urgenza regionale”*;
- DGR n. XII/1802 del 29/01/2024 *“Rete regionale dei Centri di diagnosi e cura dei tumori del pancreas – (Pancreas Unit): determinazioni in merito all'attuazione della DGR n. XI/6241 del 04/04/2022”*;
- Decreto n. 2036 del 05/02/2024 *“Attuazione della DGR n. XII/989 del 25/09/2023 – individuazione dei Centri oncologici prescrittori del test genomico con Next Generation Sequencing (NGS) ai pazienti affetti da colangiocarcinoma non operabile o recidivato”*;
- DGR n. XII/2004 del 13/03/2024 *“Rete regionale Epato-gastroenterologica: determinazioni in merito alla costituzione della Rete regionale per il trattamento delle emorragie digestive e approvazione degli standard qualitativi per il secondo livello diagnostico nello screening per il cancro del colon-retto”*;
- DGR n. XII/2005 del 13/03/2024 *“Attuazione della DGR n. XII/1141 del 16/10/2023 - area dell'offerta formativa per la tutela e prevenzione della salute riproduttiva: approvazione del progetto di formazione in ambito ostetrico dei professionisti sanitari”*;
- Decreto n. 4304 del 14/03/2024 *“Aggiornamento del documento tecnico PEMA F ospedali della Regione Lombardia – massimo afflusso di feriti durante le maxiemergenze”*;
- DGR n. XII/2173 del 15/04/2024 *“Approvazione del programma di azione quinquennale 2023-2027 in attuazione delle linee strategiche regionali in campo oncologico, ai sensi della DGR n. XII/1438 del 27/11/2023”*;
- DGR n. XII/2442 del 03/06/2024 *“Istituzione del “Molecular Tumor board” regionale ed individuazione dei servizi di medicina di laboratorio specialistici per l'esecuzione dei test per la profilazione genomica estesa Next generation Sequencing (NGS) ai sensi del D.M. Salute del 30 maggio 2023”*;
- DGR n. XII/2758 del 15/07/2024 *“Rete regionale del trauma maggiore: determinazioni in merito alla costituzione della rete regionale della chirurgia della mano”*;
- DGR n. XII/3354 del 11/11/2024 *“Approvazione dell'elenco dei centri lombardi di riferimento per la costituzione della rete regionale per la prevenzione, diagnosi e trattamento dell'endometriosi ai sensi della DGR n. XI/7663 del 28/12/2022”*;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

- DGR n. XII/3561 del 09/12/2024 *“Rete regionale della nutrizione clinica: individuazione dei centri prescrittori della nutrizione artificiale domiciliare (NAD) e dei centri di nutrizione artificiale oncologica”*;
- DGR n. XII/4056 del 17/03/2025 *“Programma di azione quinquennale 2023-2027 in attuazione delle linee strategiche regionali in campo oncologico: istituzione della rete regionale dei centri per la diagnosi e cura dei sarcomi nel paziente adulto ai sensi della DGR n. XII/1438 del 27/11/2023 e della DGR n. XII/2173 del 15/04/2024”*;
- DGR n. XII/4177 del 07/04/2025 *“Determinazioni in merito alla banca regionale per la conservazione, la tipizzazione, lo studio e la distribuzione delle cellule staminali da cordone ombelicale”*;
- DGR n. XII/4437 del 26/05/2025 *“Determinazioni in merito alla nutrizione clinica”*;
- DGR n. XII/4557 del 16/06/2025 *“Sperimentazione organizzativa finalizzata all'attivazione sul territorio, dell'elisoccorso per il servizio di trasporto assistito materno (STAM) nell'ambito dei punti nascita delle ASST Lecco e Valtellina e Alto Lario”*;
- DGR n. XII/4632 del 01/07/2025 *“Indirizzi organizzativi per il potenziamento dell'offerta di cura regionale della fibrosi cistica”*;
- DGR n. XII/4679 del 07/07/2025 *“Rete regionale epato-gastroenterologica: individuazione dei centri di riferimento della rete - trattamento delle emorragie digestive e delle malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI)”*;
- Decreto della DG welfare n. 13819 del 7/10/2025, con il quale è stata disposta la sospensione definitiva dei Punti Nascita elencati nell'Appendice 2 della DGR n. XII/4938/2025;

RICHIAMATA da ultimo la DGR n. XII/4890 del 01/08/2025 *“Indicazioni in merito alla programmazione regionale per l'adeguamento della rete d'offerta socio sanitaria al Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70”* che ha approvato indicazioni programmatiche al fine di orientare l'azione amministrativa al continuo adeguamento della rete d'offerta sociosanitaria regionale alla cornice normativa e organizzativa stabilita dal DM n. 70/2015;

VISTO e ritenuto di approvare il documento tecnico *“Quadro evolutivo del Sistema sociosanitario lombardo (2015–2025) e ulteriori indirizzi di programmazione regionale per l'adeguamento della rete d'offerta socio sanitaria al Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70”*, elaborato e presentato dalla DG Welfare – Allegato parte integrante del presente provvedimento;

DATO ATTO che il documento in argomento contiene gli indirizzi di programmazione e le indicazioni attuative affinché il governo regionale operi per l'ulteriore azione di adeguamento della rete d'offerta e del relativo monitoraggio delle performance delle strutture del Servizio Sociosanitario Regionale;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

CONSIDERATO che Regione Lombardia con la DGR n. XII/4890 del 01/08/2025 e ora attraverso l'approvazione del presente provvedimento, prosegue la sua azione di programmazione al fine di dare piena attuazione, nell'ambito delle proprie caratteristiche organizzative, al consolidamento della rete ospedaliera e territoriale secondo il modello delineato nel D.M. 70/2015;

VISTA la legge regionale 7 luglio 2008, n. 20 *"Testo unico delle leggi regionali in materia di organizzazione e personale"* e tutti i provvedimenti relativi all'assetto organizzativo della XII legislatura regionale;

VALUTATE ED ASSUNTE come proprie le predette determinazioni,

ALL'UNANIMITÀ DEI VOTI, espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

1. di approvare il documento tecnico *"Quadro evolutivo del Sistema sociosanitario lombardo (2015–2025) e ulteriori indirizzi di programmazione regionale per l'adeguamento della rete d'offerta socio sanitaria al Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70"*, elaborato e presentato dalla DG Welfare – Allegato parte integrante del presente provvedimento;
2. di dare atto che Regione Lombardia con la DGR n. XII/4890 del 01/08/2025 e ora attraverso l'approvazione del presente provvedimento, prosegue la sua azione di programmazione al fine di dare piena attuazione, nell'ambito delle proprie caratteristiche organizzative, al consolidamento della rete ospedaliera e territoriale secondo il modello delineato nel D.M. 70/2015;
3. di attestare che il presente atto non è soggetto agli obblighi di pubblicazione di cui agli artt. 26 e 27 del D. Lgs 33/2013.

IL SEGRETARIO
RICCARDO PERINI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.

QUADRO EVOLUTIVO DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO (2015–2025) E ULTERIORI INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE REGIONALE PER L'ADEGUAMENTO DELLA RETE D'OFFERTA SOCIO SANITARIA AL DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE 2 APRILE 2015, N. 70

Sommario

RIFORMA ISTITUZIONALE E STRUTTURAZIONE DEL SISTEMA (ANNI 2015-2019)	1
Legge Regionale 11 agosto 2015, n. 23 - Premessa e contesto	1
Architettura istituzionale e principi di governo	1
Il ruolo degli IRCCS pubblici e degli erogatori privati accreditati	3
Strumenti di programmazione e ciclo della governance.....	3
Il riassetto territoriale e il modello di presa in carico.....	4
La riorganizzazione della rete ospedaliera e i primi modelli Hub & Spoke	4
Governare e attuazione degli indirizzi di programmazione	5
TRANSIZIONE GESTIONALE E POTENZIAMENTO DELLA RETE TERRITORIALE (ANNI 2020-2023)	5
Contesto generale e resilienza del sistema durante la pandemia	5
Legge Regionale 14 dicembre 2021, n. 22 -Riorganizzazione normativa e nuovo quadro istituzionale	6
Il ruolo delle ATS e delle ASST nel nuovo equilibrio di governance	6
L'attuazione del DM 77/2022 e l'integrazione con il PNRR – Missione 6	7
Monitoraggio e valutazione	7
CONSOLIDAMENTO DELLA RETE HUB & SPOKE E PROGRAMMAZIONE 2025 (ANNI 2024-2025) ...	8
Premessa e quadro di riferimento	8
La rete ospedaliera regionale e la logica Hub & Spoke	9
Le funzioni e la governance interaziendale	16
Strumenti di pianificazione e i nuovi sistema di monitoraggio	17
Il consolidamento della rete territoriale e l'integrazione con l'ospedale	17
ULTERIORI INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE REGIONALE PER L'ADEGUAMENTO DELLA RETE D'OFFERTA SOCIO SANITARIA AL DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE 2 APRILE 2015, N. 70	18
Ospedali sede di Pronto Soccorso, Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA) di I e II livello	19
Presidi Ospedalieri sede di D.E.A di II livello.....	19

Presidi Ospedalieri sede di D.E.A di I livello.....	19
Presidi Ospedalieri sede di Pronto Soccorso.....	20
Reti tempo-dipendenti e reti clinico-assistenziali	21
Reti regionali attualmente attivate con Decreto	23
Le reti regionali tempo dipendenti	24
Rete Stroke	24
Emergenza cardiovascolare.....	33
Rete STEMI	33
La rete di Chirurgia Vascolare	34
Rete ECMO	36
Rete Emorragie Digestive.....	36
Rete Trauma	37
Rete Trauma Mano	42
Le reti regionali non tempo-dipendenti	43
La Rete Oncologica Lombarda – ROL	43
Pancreas Unit.....	50
Rete Tumori Rari di Regione Lombardia.....	53
Rete Nutrizione Clinica	54
Rete Ematologica.....	55
Rete Nefrologica.....	57
Rete Diabetico-Endocrinologica.....	58
Rete Infettivologica.....	58
Rete Cardiovascolare	59
Rete Cure palliative e Terapia del dolore.....	60
Rete Terapia del dolore	60
Rete Cure palliative.....	61
Sistema Regionale Trapianti - Rete Trapianti	63
Rete delle Neuroscienze	67
Rete Reumatologica.....	69
Rete Udito	75
Rete malattie rare.....	75

Sistema Trasfusionale Regionale - Rete attività trasfusionali	77
Rete Pediatrica	78
Rete della Medicina di Laboratorio	81
Rete dei punti nascita	83
Posti letto ospedalieri	87
Ricognizione e razionalizzazione delle Unità Operative	89

RIFORMA ISTITUZIONALE E STRUTTURAZIONE DEL SISTEMA (ANNI 2015-2019)

Legge Regionale 11 agosto 2015, n. 23 - Premessa e contesto

Il periodo 2015-2019 rappresenta un passaggio centrale nell'evoluzione del Servizio Socio-sanitario Regionale (SSRL), segnato da un profondo riordino istituzionale e organizzativo. Con l'approvazione della Legge Regionale 11 agosto 2015, n. 23, Regione Lombardia avvia una riforma strutturale che ridefinisce l'architettura del sistema, le competenze di governo e i rapporti tra i diversi soggetti dell'erogazione.

La nuova normativa si inserisce in un contesto nazionale rinnovato dal Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, che stabilisce gli standard qualitativi, strutturali e quantitativi dell'assistenza ospedaliera, fornendo il riferimento per la programmazione dei servizi regionali. La riforma regionale nasce dall'esigenza di garantire coerenza con tali standard, superando la frammentazione gestionale e migliorando l'efficacia complessiva del sistema. Regione Lombardia conferma l'impostazione di complementarità e di pluralismo dell'offerta che caratterizza il proprio modello, fondato su un equilibrio tra indirizzo pubblico, autonomia gestionale e integrazione tra soggetti pubblici e privati accreditati.

L'obiettivo è costruire un sistema capace di rispondere alle nuove sfide demografiche, epidemiologiche e tecnologiche, preservando i principi di universalità, equità e sostenibilità economica.

Architettura istituzionale e principi di governo

La LR 23/2015 introduce una distinzione netta tra le funzioni di programmazione, controllo e committenza, affidate alle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), e le funzioni di produzione ed erogazione, proprie delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST). Le ATS rappresentano articolazioni tecnico-operative di Regione Lombardia e svolgono il ruolo di governo locale della domanda, di controllo dell'offerta e di attuazione delle politiche regionali di salute pubblica. Le ASST, invece, concentrano in sé la rete pubblica dei servizi ospedalieri e territoriali, articolandosi in presidi ospedalieri, dipartimenti e distretti. All'interno di ciascuna ASST, la legge prevede la costituzione di due macro-aree funzionali: il Polo Ospedaliero, che comprende i presidi di ricovero e cura, le strutture di alta specialità e le funzioni di emergenza-urgenza; e la Rete Territoriale, che integra i servizi di assistenza primaria, specialistica ambulatoriale, salute mentale, prevenzione, riabilitazione e tutela della fragilità.

I due poli operano in stretta connessione, secondo un modello organizzativo che mira a garantire continuità assistenziale, presa in carico integrata e uniformità di standard su tutto il territorio regionale, superando la separazione storica tra ospedale e territorio e favorendo una gestione unitaria dei percorsi di cura.

ATS	ASST afferenti	IRCCS pubblici
ATS di Bergamo	ASST Papa Giovanni XXIII; ASST Bergamo Est;	—

	ASST Bergamo Ovest	
ATS di Brescia	ASST Spedali Civili di Brescia; ASST Franciacorta; ASST del Garda	—
ATS della Brianza	ASST Brianza; ASST Lecco	Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori (Monza)
ATS della Città Metropolitana di Milano	ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda; ASST Santi Paolo e Carlo; ASST Fatebenefratelli-Sacco; ASST Gaetano Pini-CTO; ASST Ovest Milanese; ASST Rhodense; ASST Nord Milano; ASST Melegnano e Martesana; ASST di Lodi	Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico; Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori; Fondazione IRCCS Istituto Neurologico "Carlo Besta"
ATS dell'Insubria	ASST Sette Laghi; ASST Valle Olona; ASST Lariana	—
ATS della Montagna	ASST Valtellina e Alto Lario; ASST Valcamonica	—
ATS di Pavia	ASST di Pavia	Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia
ATS della Val Padana	ASST di Cremona; ASST di Crema; ASST di Mantova	—

ATS, ASST e IRCCS pubblici della (assetto 2025)

Questa riorganizzazione è disciplinata in modo operativo con la DGR X/5113 del 29 aprile 2016, che specifica la distribuzione delle funzioni, i criteri di costituzione delle direzioni strategiche e le modalità di redazione dei POAS. Con tale delibera si consolida la logica del "doppio livello" di governance: Regione Lombardia definisce gli indirizzi strategici e le priorità di salute; le ATS li declinano in obiettivi territoriali; le ASST li attuano attraverso la gestione diretta dei servizi.

Il nuovo sistema introduce un modello di governance misurabile, basato su indicatori di risultato e su una precisa attribuzione di responsabilità. L'approccio consente di distinguere le funzioni di indirizzo e controllo da quelle operative, riducendo sovrapposizioni e favorendo la programmazione per obiettivi. La logica della separazione funzionale viene adattata al contesto lombardo, consentendo una gestione più efficiente e una maggiore trasparenza nell'utilizzo delle risorse.

Regione Lombardia mantiene, tramite la Direzione Generale Welfare, un ruolo centrale di indirizzo e di valutazione, coordinando le ATS e garantendo l'omogeneità dell'azione amministrativa sull'intero territorio. Le Direzioni Strategiche aziendali diventano i nodi esecutivi della programmazione, chiamati a tradurre in attività operative le linee di mandato definite dalla Regione.

Il ruolo degli IRCCS pubblici e degli erogatori privati accreditati

Elemento distintivo del modello lombardo è la piena integrazione tra rete pubblica, IRCCS pubblici ed erogatori privati accreditati. Regione Lombardia riconosce agli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) pubblici una funzione di eccellenza, non solo assistenziale ma anche scientifica e formativa. Tali istituti sono parte integrante del SSRL e operano come poli di riferimento regionale per le alte specialità, partecipando alla pianificazione e alla definizione delle reti cliniche (DGR XI/1046 del 17 dicembre 2018). Gli IRCCS garantiscono la gestione delle casistiche complesse, la sperimentazione di modelli innovativi di cura e la diffusione di buone pratiche.

Parallelamente, Regione Lombardia consolida il modello di collaborazione con gli erogatori privati accreditati, fondato sui principi di integrazione programmata, qualità e parità di accesso. Negli anni successivi alla riforma, attraverso specifici atti di indirizzo e le annuali Regole di Sistema, vengono progressivamente aggiornati i criteri di accreditamento, le modalità di contrattualizzazione e gli standard qualitativi e quantitativi dell'attività erogata.

Questo processo contribuisce a rafforzare un sistema basato su un pluralismo regolato, nel quale i soggetti pubblici e privati concorrono in modo coordinato all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, sotto la regia unitaria della programmazione regionale.

L'obiettivo è garantire uniformità di standard, appropriatezza e continuità assistenziale, valorizzando le specificità e le competenze di ciascun attore all'interno di un quadro di regole condivise.

Strumenti di programmazione e ciclo della governance

Il nuovo assetto istituzionale si accompagna alla definizione di strumenti di programmazione multilivello. Il Piano Sociosanitario Regionale (PSSR) stabilisce gli obiettivi strategici e le linee di indirizzo per il medio periodo, definendo le priorità di salute e i criteri di allocazione delle risorse. A livello aziendale, il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS), previsto dall'art. 17 della LR 23/2015, traduce gli indirizzi regionali in scelte operative, indicando missione, struttura dipartimentale, articolazione territoriale, funzioni di rete e obiettivi di risultato.

Regione Lombardia disciplina il processo di approvazione e aggiornamento dei POAS, prevedendo che ogni azienda predisponga una relazione annuale sullo stato di attuazione e un sistema di monitoraggio interno basato su indicatori di performance.

Regione Lombardia utilizza tali strumenti per allineare le strategie aziendali agli obiettivi regionali.

Il ciclo di governo è scandito da fasi precise:

1. definizione degli obiettivi di salute da parte della DG Welfare;
2. assegnazione dei target alle ATS e individuazione dei budget di riferimento;
3. contrattualizzazione con ASST, IRCCS e privati accreditati;
4. monitoraggio e valutazione dei risultati mediante report periodici e audit di verifica.

Questo meccanismo di programmazione e controllo diventa parte integrante della cultura organizzativa del sistema e consente una gestione orientata al miglioramento continuo, con riscontri diretti sulle performance cliniche ed economiche.

Il riassetto territoriale e il modello di presa in carico

A partire dal 2015, Regione Lombardia avvia un processo di rafforzamento dell'assistenza territoriale per garantire continuità e prossimità. La LR 23/2015 prevede, nell'ambito della nuova architettura delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali, la costituzione dei Distretti Sociosanitari quali articolazioni operative deputate all'integrazione delle attività sanitarie e sociosanitarie e al coordinamento dei servizi di prossimità. In questa fase la loro configurazione è di natura organizzativa interna alle ASST e non ancora definita in termini di perimetro territoriale e funzioni standardizzate. Solo con l'evoluzione normativa successiva, culminata nella LR 22/2021, il Distretto viene formalmente regolamentato come unità territoriale di governo della rete dei servizi, con il compito di garantire la presa in carico integrata dei cittadini e il raccordo operativo con i Comuni e con le strutture della rete di comunità.

Nel 2017 la DGR X/6551 introduce il modello di presa in carico della cronicità e della fragilità, che rappresenta un'evoluzione significativa del paradigma assistenziale. Le ATS coordinano la programmazione delle prese in carico, definiscono i criteri di eleggibilità e monitorano gli esiti; le ASST e gli IRCCS attuano l'erogazione in collaborazione con i medici di medicina generale e con i servizi sociali comunali. Il modello costituisce la base concettuale per la futura integrazione prevista dal DM 77/2022 e anticipa le logiche di prossimità.

La riorganizzazione della rete ospedaliera e i primi modelli Hub & Spoke

Prende forma il processo di razionalizzazione della rete ospedaliera regionale, in coerenza con gli indirizzi nazionali fissati dal DM 70/2015 sugli standard qualitativi, strutturali e quantitativi dell'assistenza ospedaliera. Con la DGR XI/1046 del 17 dicembre 2018, Regione Lombardia recepisce i requisiti e i criteri ministeriali per la programmazione della rete dei presidi ospedalieri, dei Pronto Soccorso e dei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA), e definisce le linee di sviluppo delle reti tempo-dipendenti e delle reti clinico-assistenziali. L'atto costituisce il punto di partenza per la definizione di una rete ospedaliera organizzata secondo principi di integrazione funzionale, differenziazione dei livelli di complessità e appropriatezza strutturale, finalizzati a garantire sicurezza, qualità e continuità delle cure.

In tale quadro viene adottato il modello Hub & Spoke, che prevede la concentrazione delle attività a più alta complessità in centri di riferimento (Hub) dotati di funzioni di alta specialità, tecnologie avanzate e presenza continuativa delle discipline di emergenza-urgenza, e la distribuzione territoriale delle attività di media complessità presso presidi Spoke, strettamente integrati in rete con i centri Hub attraverso percorsi condivisi, protocolli operativi e sistemi informativi comuni. L'individuazione specifica dei presidi sede di DEA di II livello e delle relative funzioni specialistiche viene successivamente disciplinata da atti dedicati (DGR XI/1179 del 28 gennaio 2019 e provvedimenti correlati), che consolidano l'assetto operativo della rete dell'emergenza e delle alte specialità. L'insieme di queste deliberazioni inaugurano un modello policentrico e integrato, nel quale le reti tempo-dipendenti e clinico-assistenziali rappresentano la struttura portante per la presa

in carico unitaria dei bisogni di salute e per l'uniformità degli standard assistenziali sull'intero territorio regionale.

Governo e attuazione degli indirizzi di programmazione

Il nuovo sistema è sorretto da una struttura di governance multilivello. Regione Lombardia, attraverso la DG Welfare, definisce gli obiettivi strategici e coordina i tavoli tecnici permanenti per il monitoraggio delle politiche sanitarie. Le ATS fungono da interfaccia di governo locale, curando l'attuazione degli obiettivi regionali e la contrattualizzazione con gli erogatori. Nel periodo 2015-2019 prende forma un sistema di monitoraggio strutturato dell'attività sanitaria e sociosanitaria, finalizzato a supportare le funzioni di governo e di programmazione regionale. Le riforme introdotte con la LR 23/2015 e gli atti applicativi successivi definiscono un modello di verifica delle performance aziendali basato sull'integrazione dei flussi informativi regionali (attività ospedaliera, specialistica ambulatoriale, assistenza territoriale e sociosanitaria) e sulla ricomposizione dei dati di produzione e consumo per bacino di utenza. Le ATS assumono la responsabilità del controllo e del coordinamento della rete territoriale di offerta, attraverso la raccolta e l'analisi dei dati di attività, dei volumi erogati e degli scostamenti rispetto agli obiettivi programmati. Le ASST e gli IRCCS pubblici, in coerenza con gli indirizzi regionali, sono tenuti a trasmettere periodicamente informazioni sull'andamento dei servizi, sui livelli di produzione e sull'efficienza delle risorse, consentendo la verifica di coerenza con i fabbisogni assistenziali e con la capacità produttiva delle strutture.

TRANSIZIONE GESTIONALE E POTENZIAMENTO DELLA RETE TERRITORIALE (ANNI 2020-2023)

Contesto generale e resilienza del sistema durante la pandemia

Il biennio 2020–2021 rappresenta un momento di discontinuità e di prova per il Servizio Sociosanitario Regionale. L'emergenza pandemica da SARS-CoV-2 impone un'immediata riorganizzazione dei modelli assistenziali, testando la capacità di risposta, la solidità delle reti e la flessibilità della governance. Regione Lombardia, in raccordo con il livello nazionale, adotta numerosi provvedimenti emergenziali (tra cui le DGR XI/2903 del 2 marzo 2020, XI/2905 del 4 marzo 2020, XI/2906 dell'8 marzo 2020, XI/2986 del 23 marzo 2020, XI/3114 del 30 marzo 2020, XI/3262 del 23 giugno 2020 e XI/3264 del 23 giugno 2020), che dispongono l'ampliamento dei posti letto di terapia intensiva e sub-intensiva, la riconversione temporanea di reparti e l'attivazione di presidi dedicati.

La pandemia determina un rafforzamento straordinario dei meccanismi di collaborazione interaziendale, con la costituzione di tavoli di coordinamento clinico-organizzativo tra ATS, ASST, IRCCS e strutture private accreditate. Queste esperienze, nate in un contesto emergenziale, si consolidano successivamente come strumenti ordinari di governo, dimostrando la capacità del SSR lombardo di operare in modo unitario e integrato.

Legge Regionale 14 dicembre 2021, n. 22 -Riorganizzazione normativa e nuovo quadro istituzionale

Nella fase immediatamente successiva all'emergenza, Regione Lombardia avvia un processo di revisione e consolidamento dell'impianto riformatore avviato nel 2015. Con la Legge Regionale 14 dicembre 2021, n. 22 ("Riorganizzazione del sistema sociosanitario lombardo e potenziamento della rete territoriale") viene confermata la struttura portante della LR 23/2015, ma vengono introdotti importanti aggiornamenti finalizzati a rafforzare la prossimità, la continuità assistenziale e il coordinamento tra i diversi livelli del sistema.

Il nuovo quadro normativo interviene su tre assi principali:

- la governance del sistema, attraverso una più chiara definizione dei rapporti tra ATS e ASST;
- la rete territoriale, con l'istituzione formale delle nuove strutture di prossimità (Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali – COT);
- l'integrazione sociosanitaria, con il potenziamento del ruolo dei Distretti e il rafforzamento della collaborazione con gli enti locali.

La LR 22/2021 ridefinisce i Distretti come articolazioni operative delle ASST, dotate di funzioni di governo clinico e di coordinamento dei servizi di assistenza primaria, prevenzione, salute mentale e cure intermedie. Ogni Distretto è chiamato a garantire la coerenza tra i servizi territoriali, i Comuni e le strutture ospedaliere, configurandosi come perno organizzativo della rete di prossimità. La legge, inoltre, istituzionalizza le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità, già previsti nel DM 77/2022, anticipandone in parte l'attuazione. Con la DGR XI/6760 del 25 luglio 2022 e successivi atti attuativi (tra cui la DGR XI/7592), Regione Lombardia avvia il proprio modello di assistenza territoriale, recependo le indicazioni del decreto ministeriale e definendo criteri di popolazione, funzioni e dotazioni minime per ciascuna tipologia di struttura.

Il ruolo delle ATS e delle ASST nel nuovo equilibrio di governance

L'attuazione della LR 22/2021 comporta una ridefinizione del ruolo delle ATS e delle ASST nel sistema di governo del SSRL. Le ATS rafforzano la loro funzione di committenza, vigilanza e controllo, potenziando l'identità di attori dell'attuazione della programmazione regionale e del monitoraggio dei risultati aziendali. Le ASST, d'altra parte, si configurano sempre più come organizzazioni policentriche, articolate in presidi ospedalieri e distretti, responsabili della gestione diretta dell'offerta e dell'integrazione tra i diversi livelli assistenziali.

Con la DGR XI/6278 dell'11 aprile 2022, Regione Lombardia approva le Linee guida regionali per l'adozione dei Piani di Organizzazione Aziendale Strategici (POAS) delle ATS, delle ASST e degli IRCCS pubblici, in attuazione della LR 22/2021. L'atto definisce gli indirizzi per l'adeguamento dei POAS alla nuova architettura del sistema sociosanitario, stabilendo criteri di coerenza con la programmazione regionale e con la rete territoriale di riferimento. Ogni POAS è chiamato a rappresentare in modo puntuale la distribuzione delle funzioni, le afferenze alle reti cliniche e tempo-dipendenti e l'organizzazione dei presidi ospedalieri e territoriali.

Questo nuovo equilibrio consolida una governance multilivello più flessibile e coordinata, in cui la funzione di programmazione regionale si combina con l'autonomia organizzativa delle aziende e con la responsabilità diretta dei risultati.

L'attuazione del DM 77/2022 e l'integrazione con il PNRR – Missione 6

Il Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 ("Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale") rappresenta il punto di raccordo tra la pianificazione regionale e la strategia nazionale di rilancio del sistema sanitario. Regione Lombardia recepisce il decreto con la DGR XI/7044/2022, che definisce la cornice organizzativa regionale dell'assistenza territoriale e individua criteri specifici di attuazione in coerenza con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – Missione 6 "Salute".

Il provvedimento stabilisce i parametri demografici per la realizzazione delle Case della Comunità (una ogni 40.000–50.000 abitanti), degli Ospedali di Comunità (uno ogni 100.000 abitanti) e delle Centrali Operative Territoriali (una ogni 100.000 abitanti), e ne integra le funzioni con quelle delle ASST e dei Distretti. Le Case della Comunità vengono individuate come presidi di riferimento per la medicina di base e per i servizi sociosanitari, con funzioni di coordinamento multiprofessionale, accesso unificato e orientamento ai servizi. Gli Ospedali di Comunità, invece, rappresentano un livello intermedio di degenza per pazienti che necessitano di assistenza a bassa intensità, garantendo la continuità ospedale-territorio.

Regione Lombardia destina e aggiorna le risorse PNRR – Missione 6 attraverso una sequenza di provvedimenti: DGR XI/6282 del 13 aprile 2022 (ulteriori determinazioni attuative M6C1: reti di prossimità, strutture e telemedicina), DGR XII/62 del 27 marzo 2023 (presa d'atto delle rimodulazioni Missione 6, componenti 1 e 2), DGR XII/430 del 12 giugno 2023 (approvazione Piano Operativo Regionale per l'investimento 1.2.1 – Assistenza domiciliare) e DGR XII/1515 del 15 dicembre 2023 (prima rimodulazione degli interventi e aggiornamento del POR). Successivamente, gli aggiornamenti proseguono con atti di adeguamento e attuazione (es. DGR XII/2562 del 20 giugno 2024). Il coordinamento tecnico-operativo è assicurato dalla DG Welfare tramite tavoli regionali di monitoraggio e indirizzo con ATS e ASST, in coerenza con i cronoprogrammi PNRR.

Il recepimento del DM 77/2022 consente a Regione Lombardia di consolidare la rete territoriale già avviata con la LR 23/2015, garantendo continuità assistenziale e prossimità dei servizi. La piena attuazione del decreto viene raccordata con il modello ospedaliero Hub & Spoke definito dal DM 70/2015, secondo una visione integrata di sistema che supera la tradizionale distinzione tra ospedale e territorio.

Monitoraggio e valutazione

Nel triennio 2021-2023, Regione Lombardia ha progressivamente consolidato il sistema di monitoraggio e valutazione delle performance del Servizio Socio-sanitario Regionale, in coerenza con

le Regole di Sistema approvate con le deliberazioni DGR XI/4508 del 1 aprile 2021, XI/6387 del 16 maggio 2022 e XI/7758 del 28 dicembre 2022.

La DGR XI/4508/2021 ha garantito la continuità dei sistemi di controllo e rendicontazione aziendale, integrando i flussi informativi clinici, economici e gestionali in un quadro unitario di monitoraggio coordinato dalla Direzione Generale Welfare.

Con la DGR XI/6387/2022, è stato previsto il ritorno a un regime ordinario di programmazione e controllo post-pandemico, basato su budget, contabilità analitica, indicatori di performance (DM 21 giugno 2016) e report direzionali per la valutazione di costi, produzione e risultati. La stessa deliberazione ha disposto l'evoluzione del sistema informativo socio-sanitario regionale, per garantire dati più tempestivi e omogenei.

La DGR XI/7758/2023 ha poi ampliato la valutazione comparativa delle performance degli enti erogatori, avvalendosi del Programma Nazionale Esiti (PNE) e del Network MeS della Scuola Superiore Sant'Anna, con sviluppo di nuovi indicatori condivisi e implementazione di cruscotti regionali per la lettura integrata delle performance cliniche e organizzative.

L'intero sistema di monitoraggio concorre alla definizione del Piano della Performance regionale e agli adempimenti del Tavolo LEA nazionale, assicurando coerenza tra il governo regionale dei risultati e gli standard ministeriali di qualità, appropriatezza ed efficienza.

Infine, in ottemperanza al Piano Sociosanitario Integrato Lombardo 2024 – 2028 (Deliberazione del Consiglio Regionale n. XII/395 del 25/06/2024, la Giunta (DGR XII/2283), ha approvato nella seduta del 30/04/2024 l'istituzione del Centro Operativo per l'utilizzo dei Dati Sanitari e sociosanitari che, attraverso il raccordo tra le unità organizzative della DG Welfare e delle Agenzie Regionali che vi aderiscono (Polis, ACCS, AREU, Aria) sia in grado di supportando la Giunta nella predisposizione delle delibere che riguardano l'attuazione, il monitoraggio e la valutazione delle azioni.

CONSOLIDAMENTO DELLA RETE HUB & SPOKE E PROGRAMMAZIONE 2025 (ANNI 2024-2025)

Premessa e quadro di riferimento

Nel biennio 2024–2025 prosegue un ciclo decennale di riforme e l'avvio di una nuova fase di consolidamento strutturale e funzionale del Servizio Sociosanitario Regionale.

Con la DGR XII/3720 del 30 dicembre 2024 ("Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del Servizio Sociosanitario Regionale per l'anno 2025"), Regione Lombardia definisce il quadro di riferimento per la programmazione sanitaria e sociosanitaria, in piena coerenza con i decreti ministeriali DM 70/2015 e DM 77/2022.

In essa confluiscono gli esiti del riordino normativo e organizzativo avviato con la LR 23/2015, aggiornato dalla LR 22/2021, e consolidato dalle numerose deliberazioni di indirizzo). Il quadro programmatico 2025 definisce i principi di una governance unitaria e multilivello, capace di integrare

la rete ospedaliera e quella territoriale in un'unica architettura funzionale orientata alla qualità, alla sicurezza e alla sostenibilità.

Gli obiettivi strategici della DGR XII/3720/2024 possono essere sintetizzati in quattro direttrici principali:

- consolidamento della rete ospedaliera regionale secondo il modello Hub & Spoke previsto dal DM 70/2015;
- completamento della rete territoriale di prossimità delineata dal DM 77/2022;
- rafforzamento della governance delle reti cliniche;
- definizione di un sistema di monitoraggio integrato degli standard di qualità e sicurezza.

L'atto prosegue così la transizione da una fase di riforma normativa a una fase di implementazione istituzionale, organizzativa e operativa.

La rete ospedaliera regionale e la logica Hub & Spoke

Ad oggi la rete di offerta ospedaliera di Regione Lombardia prevede 107 strutture di ricovero e cura pubbliche e 95 strutture private accreditate (dato tratto dall'anagrafe regionale delle strutture accreditate al 30.06.2025 - Sigauss).

ATS	Codice Struttura	Nome Struttura
ATS DELLA BRIANZA	030920	I.N.R.C.A. - PRESIDIO DI CASATENOV
	030023	OSPEDALE UMBERTO I° BELLANO
	030024	OSPEDALE SAN LEOPOLDO MANDIC MERATE
	030903	PRESIDIO ALESSANDRO MANZONI DI LECCO
	030068	"OSPEDALE PIO XI"
	030070	OSPEDALE CIVILE VITTORIO EMANUELE III
	030078	NUOVO OSPEDALE DI VIMERCATE
	030081	P.O. "C. BORELLA" DI GIUSSANO
	030082	P.O. "TRABATTONI RONZONI" DI SEREGNO
	030344	OSPEDALE DI LISSONE
	030926	FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI DI MONZA
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	030923	ISTITUTO NAZIONALE NEUROLOGICO "CARLO BESTA"
	030925	FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA - OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO
	030913	PRESIDIO OSPEDALIERO OSPEDALE NIGUARDA CA' GRANDA
	03007401	PRESIDIO UNICO MAGENTA - ABBIEGRASSO (STAB DI MAGENTA)
	03007402	PRESIDIO UNICO MAGENTA - ABBIEGRASSO (STAB DI ABBIEGRASSO)
	03028101	STABILIMENTO OSPEDALIERO DI LEGNANO
	03028102	STABILIMENTO OSPEDALIERO DI CUGGIONO

	030056	PRESIDIO OSPEDALIERO VITTORE BUZZI
	030057	PRESIDIO OSPEDALIERO MACEDONIO MELLONI
	030910	PRESIDIO FATEBENEFRAELLI E OFTALMICO
	030916	OSPEDALE LUIGI SACCO
	030051	P.O. "CITTA' DI S.GIOVANNI"
	030058	OSPEDALE E. BASSINI
	030911	ISTITUTO ORTOPEDICO GAETANO PINI
	030912	PRESIDIO OSP. CENTRO TRAUMATOLOGICO ORTOPEDICO
	03007101	PRESIDIO OSPEDALIERO DI MELZO-GORGONZOLA (STAB DI MELZO)
	03007102	PRESIDIO OSPEDALIERO DI MELZO-GORGONZOLA (STAB DI GORGONZOLA)
	03007201	PO DI VIZZOLO PREDABISSI - CASSANO D'ADDA (STAB DI VIZZOLO)
	03007202	PO DI VIZZOLO PREDABISSI - CASSANO D'ADDA (STAB DI CASSANO)
	03008501	PO DI CERNUSCO SUL NAVIGLIO - VAPRIO D'ADDA (STAB DI CERNUSCO)
	03008502	PO DI CERNUSCO SUL NAVIGLIO - VAPRIO D'ADDA (STAB DI VAPRIO D'ADDA)
	030914	OSPEDALE SAN PAOLO
	030915	PRESIDIO OSPEDALIERO S.CARLO BORROMEO
	030067	PRESIDIO OSPEDALIERO DI LODI
	030079	OSPEDALE CIVICO - CODOGNO
	030080	OSPEDALE "ROSSI" - CASALPUSTERLENGO
	030083	PRESIDIO OSPEDALIERO "DELMATI" - S. ANGELO LODIGIANO
	030066	OSPEDALE "G.SALVINI"
	030073	OSPEDALE DI RHO
	030087	OSPEDALE "CADUTI BOLLATESI"
	030283	OSPEDALE DI PASSIRANA
	030922	ISTITUTO NAZIONALE TUMORI
ATS DELLA MONTAGNA	030042	STRUTTURA RICOVERO E CURA DI SONDRIO
	030044	STRUTTURA RICOVERO E CURA DI CHIAVENNA
	030045	STRUTTURA RICOVERO E CURA DI MORBEGNO
	030904	"OSPEDALE E.MORELLI" SONDALO
	03027401	OSPEDALE DI VALLE CAMONICA - STABILIMENTO DI ESINE
	03027402	OSPEDALE DI VALLE CAMONICA - STABILIMENTO DI EDOLO
ATS DELLA VAL PADANA	030390	STRUTTURA ATTIVITA' SUB ACUTE PER SONCINO
	030209	PRESIDIO DI CREMA
	030215	PRESIDIO OSPEDALE S. MARTA
	030273	PRESIDIO OSPEDALIERO OGLIO PO
	030908	PRESIDIO OSPEDALIERO DI CREMONA

	03022701	PO ASOLA E BOZZOLO (STAB ASOLA)
	03022702	PO ASOLA E BOZZOLO (STAB BOZZOLO)
	030239	OSPEDALE CIVILE DESTRA SECCHIA
	030907	CARLO POMA
ATS DELL'INSUBRIA	030010	PRESIDIO OSPEDALIERO "OSPEDALE DI CIRCOLO GALMARINI" DI TRADATE
	030012	OSPEDALE - ANGERA
	03028201	PRESIDIO DEL VERBANO (OSP CAUSA PIA LUVINI) CITTIGLIO
	03028202	PRESIDIO DEL VERBANO (OSP LUINI CONFALONIERI) LUINO
	03090101	PRESIDIO DI VARESE (OSP DI CIRCOLO VARESE)
	03090102	PRESIDIO DI VARESE (OSP FILIPPO DEL PONTE)
	03090103	PRESIDIO DI VARESE (OSP DI CUASSO AL MONTE) - TEMP SOSP
	030004	PRESIDIO OSPEDALIERO "OSPEDALE DI CIRCOLO" DI BUSTO ARSIZIO
	030006	OSPEDALE - GALLARATE
	030008	PRESIDIO OSPEDALIERO "OSPEDALE GENERALE PROVINCIALE" DI SARONNO
	030009	OSPEDALE - SOMMA LOMBARDO
	03002201	UNICO PRESIDIO CANTÙ - MARIANO (STAB DI CANTÙ)
	03002202	UNICO PRESIDIO CANTÙ - MARIANO (STAB DI MARIANO COMENSE)
	030026	OSPEDALE ERBA - RENALDI DI MENAGGIO
	030902	PRESIDIO SANT'ANNA
ATS DI BERGAMO	030132	OSPEDALE CIVILE - SAN GIOVANNI BIANCO
	030905	OSPEDALE PAPA GIOVANNI XXIII
	030133	PRESIDIO OSPEDALIERO "PESENTI-FENAROLI" - ALZANO LOMBARDO
	030134	OSPEDALE "F. M. PASSI"
	030136	PRESIDIO OSPEDALIERO "BRIOLINI" - GAZZANIGA
	030137	PRESIDIO OSPEDALIERO "SS. CAPITANIO E GEROSA" - LOVERE
	030140	PRESIDIO OSPEDALIERO "BOLOGNINI" - SERIATE
	030382	PRESIDIO OSPEDALIERO "M.O.A. LOCATELLI" - PIARIO
	030131	OSPEDALE TREVIGLIO CARAVAGGIO
	030138	OSPEDALE "SANTISSIMA TRINITÀ"
ATS DI BRESCIA	030159	PRESIDIO OSPEDALIERO DI MONTICHIARI
	030162	PRESIDIO OSPEDALIERO DI GARDONE V.T.
	030167	PRESIDIO OSPEDALE DEI BAMBINI
	030906	SPEDALI CIVILI DI BRESCIA
	030156	OSPEDALE DI DESENZANO DEL GARDA (UNICO PO CON STAB LONATO)
	030157	OSPEDALE CIVILE LA MEMORIA DI GAVARDO (UNICO PO CON STAB SALÒ)

	030158	OSPEDALE DI LENO (STAB DEL PO DI MANERBIO)
	030161	OSPEDALE DI SALO' (STAB DEL PO DI GAVARDO)
	030183	OSPEDALE VILLA DEI COLLI DI LONATO (STAB DEL PO DI DESENZANO)
	030184	OSPEDALE DI MANERBIO (UNICO PO CON STAB LENO)
	03015401	PO DI CHIARI (UNICO PO CON STAB ORZINUOVI E ROVATO)
	03015402	PO DI ORZINUOVI (STAB DEL PO DI CHIARI)
	030163	PO DI ISEO (UNICO PO CON STAB PALAZZOLO)
	030165	PO DI PALAZZOLO S/O (STAB DEL PO DI ISEO)
	030180	PO DI ROVATO (STAB DEL PO DI CHIARI)
ATS DI PAVIA	030924	POLICLINICO "SAN MATTEO"
	030189	OSPEDALE ARNABOLDI - BRONI
	030190	OSPEDALE CARLO MIRA - CASORATE PRIMO
	030191	OSPEDALE S. MARTINO - MEDE
	030192	OSPEDALE SS.ANNUNZIATA - VARZI
	030193	OSPEDALE CIVILE VIGEVANO
	030194	OSPEDALE CIVILE DI VOGHERA
	030203	OSPEDALE ASILO VITTORIA - MORTARA
	030383	NUOVO OSPEDALE DI BRONI STRADELLA

Strutture pubbliche

ATS	Codice Struttura	Nome Struttura
ATS DELLA BRIANZA	030034	G.B. MANGIONI HOSPITAL SRL
	030931	ISTITUTO SCIENTIFICO EUGENIO MEDEA
	030107	ISTITUTI CLINICI ZUCCHI SPA DI MONZA
	030108	ISTITUTI CLINICI ZUCCHI SPA DI CARATE
	030033	CASA DI CURA LECCO - BEATO LUIGI TALAMONI
	030417	CENTRO MEDICO DI LISSONE
	030109	VILLA BIANCA CASA DI CURA
	030106	CASA DI CURA PRIVATA "POLICLINICO DI MONZA" S.P.A.
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	030352	POLO GERIATRICO RIABILITATIVO
	030363	RESIDENZE ANNI AZZURRI MIRASOLE
	030124	ISTITUTO STOMATOLOGICO ITALIANO
	030096	DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE IGEA
	030100	CASA DI CURA IGEA S.P.A.
	030949	ISTITUTO SCIENTIFICO DI RIABILITAZIONE
	03093601	ISTITUTO AUXOLOGICO ITALIANO - IRCCS SAN LUCA (STAB)
	03093602	ISTITUTO AUXOLOGICO ITALIANO - IRCCS SAN MICHELE (STAB)
	03093603	IRCCS OSPEDALE CAPITANIO
	030110	CASA DI CURA SAN GIOVANNI

	030125	CASA DI CURA AMBROSIANA S.P.A.
	030103	CASA DI CURA B. L. PALAZZOLO - FONDAZIONE DON CARLO GNOCCHI ONLUS
	030937	CENTRO I.R.C.C.S. "S. MARIA NASCENTE"
	030378	CENTRO CLINICO NEMO - FONDAZIONE SERENA
	03094601	IRCCS OSPEDALE GALEAZZI - SANT'AMBROGIO
	03094602	ISTITUTO CLINICO SAN SIRO (STAB)
	030947	POLICLINICO S. DONATO S.P.A.
	030948	MULTIMEDICA
	030367	OSPEDALE SAN GIUSEPPE
	030116	CLINICA POLISPECIALISTICA SAN CARLO
	030935	IRCCS OSPEDALE SAN RAFFAELE
	030950	S. RAFFAELE TURRO
	030941	ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA
	030097	ISTITUTO CLINICO CITTÀ STUDI SPA
	030121	CASA DI CURA SAN PIO X
	030943	ISTITUTO CLINICO HUMANITAS
	030934	CENTRO CARDIOLOGICO S.P.A. "FONDAZIONE MONZINO"
	030359	FONDAZIONE EUROPEA DI RICERCA BIOMEDICA FERB-ONLUS
ATS DELLA MONTAGNA	030031	OSPEDALE MORIGGIA PELASCINI
ATS DELLA VAL PADANA	030219	ISTITUTO FIGLIE DI SAN CAMILLO CASA DI CURA DI CREMONA
	030395	POLO SANITARIO NUOVO ROBBIANI
	030353	OSPEDALE CIVILE DI VOLTA MANTOVANA
	030357	PRESIDIO OSPEDALIERO DI CASTIGLIONE D/STIVIERE
	030933	CENTRO MEDICO DI CASTEL GOFFREDO
	030217	ANCELLE DELLA CARITÀ
	030259	CASA DI CURA SAN CLEMENTE
	030355	PRESIDIO OSPEDALIERO F.LLI MONTECCHI
ATS DELL'INSUBRIA	030218	CASA DI CURA S. CAMILLO
	030035	C.O.F. LANZO HOSPITAL S.P.A.
	030032	ISTITUTO CLINICO VILLA APRICA S.P.A.
	030030	OSPEDALE VALDUCE
	030017	ISTITUTO CLINICO MATER DOMINI CASA DI CURA PRIVATA
	030391	FONDAZIONE FRATELLI PAOLO E TITO MOLINA ONLUS
	030372	SYNLAB COMO
	030397	CASA DI CURA PRIVATA "LE TERRAZZE"
	030347	CASA DI CURA VILLA SAN GIUSEPPE
	069068	BIANALISI MEDITEL
	030037	CASA DI CURA VILLA SAN BENEDETTO
	030930	CENTRO MEDICO DI TRADATE
	030364	CASA DI CURA FONDAZIONE GAETANO E PIERA BORGHI

	030015	CASA DI CURA S MARIA
	030029	OSPEDALE DI ERBA S.R.L.
ATS DI BERGAMO	030149	ISTITUTO CLINICO QUARENGHI S.R.L.
	030143	HUMANITAS GAVAZZENI
	030145	HUMANITAS CASTELLI
	030144	CASA DI CURA " BEATO PALAZZOLO "
	030146	CASA DI CURA S. FRANCESCO
	030356	ISTITUTO CLINICO HABILITA
	030379	HABILITA ISTITUTO CLINICO-OSPEDALE DI SARNICO
	030147	POLICLINICO SAN MARCO
	030148	POLICLINICO SAN PIETRO
	030354	NEPHROCARE SPA
	030350	FERB ONLUS - OSPEDALE "S. ISIDORO"
	030360	FONDAZIONE EUROPEA DI RICERCA BIOMEDICA FERB-ONLUS
ATS DI BRESCIA	030176	ISTITUTO CLINICO S ANNA (PRESIDIO UNICO CON STAB ICCBS E IC S ROCCO)
	030178	ISTITUTO CLINICO CITTÀ BRESCIA (STAB DEL PRESIDIO IC S. ANNA)
	030275	ISTITUTO CLINICO SAN ROCCO (STAB DEL PRESIDIO IC S ANNA)
	030177	CASA DI CURA PRIVATA VILLA GEMMA SPA (UNICO PRESIDIO CON STAB VB)
	030348	CASA DI CURA VILLA BARBARANO (STAB DEL PRESIDIO VG)
	030362	RESIDENZE ANNI AZZURRI REZZATO
	030175	CASA DI CURA " S. CAMILLO"
	030942	I.R.C.C.S. CENTRO SAN GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRATELLI
	030932	CENTRO MEDICO DI LUMEZZANE
	092067	"IL GABBIANO"
	030294	CASA DI CURA "DOMUS SALUTIS"
	030368	CENTRO DI RIABILITAZIONE E. SPALENZA - FONDAZIONE DON CARLO GNOCCHI ONLUS
	030408	CENTRO CLINICO NEMO BRESCIA
	030369	CENTRO MEDICO "RICHIEDEI"
	030295	FONDAZIONE POLIAMBULANZA - ISTITUTO OSPEDALIERO
ATS DI PAVIA	030198	ISTITUTO CLINICO BEATO MATTEO
	030202	ISTITUTO DI CURA CITTA' DI PAVIA
	030939	FONDAZIONE ISTITUTO NEUROLOGICO NAZIONALE CASIMIRO MONDINO
	030201	LA CITTADELLA SOCIALE SRL
	030416	ISTITUTO SCIENTIFICO DI PAVIA - SEDE DI VIA BOEZIO
	030938	CENTRO MEDICO DI PAVIA
	030940	CENTRO MEDICO DI MONTECANO

	030197	CASA DI CURA VILLA ESPERIA S.P.A.
--	--------	-----------------------------------

Strutture private accreditate a contratto

Con la DGR XII/3720/2024, Regione Lombardia completa il processo di razionalizzazione della rete ospedaliera, avviato con le successive disposizioni di recepimento del DM 70/2015. La rete viene definita secondo il modello Hub & Spoke, che prevede la concentrazione delle alte specialità e delle funzioni complesse in pochi centri Hub e la distribuzione delle attività di media e bassa complessità presso strutture Spoke, in modo da garantire prossimità, equità e qualità.

Hub	Spoke
ASST Sette Laghi di Varese	ASST Valle Olona; ASST Lariana
ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda	ASST Fatebenefratelli–Sacco; ASST Nord Milano; ASST Valtellina e Alto Lario; ASST Rhodense
IRCCS Fondazione Ca' Granda Policlinico di Milano	ASST Gaetano Pini–CTO; ASST Ovest Milanese; ASST Santi Paolo e Carlo; ASST Melegnano e della Martesana
ASST Spedali Civili di Brescia	ASST Franciacorta; ASST del Garda; ASST di Mantova; ASST di Cremona; ASST della Valcamonica
ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo	ASST Bergamo Ovest; ASST Bergamo Est
IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia	ASST di Pavia; ASST di Lodi; ASST di Crema
IRCCS San Gerardo dei Tintori di Monza	ASST Lecco; ASST Brianza

Gli Hub regionali sono individuati in corrispondenza delle principali ASST e IRCCS pubblici.

Questi centri esercitano funzioni di coordinamento clinico e organizzativo, garantendo la gestione integrata dei percorsi di reclutamento del personale, dei modelli assistenziali, la centralizzazione delle casistiche ad alta complessità e la diffusione di standard uniformi di qualità. Ogni Hub coordina una rete di strutture Spoke pubbliche, definite sulla base dei bacini di utenza, della tipologia di attività e della capacità tecnologica e professionale.

La DGR XII/3720/2024 stabilisce criteri di omogeneità territoriale per la distribuzione dei presidi, in modo da assicurare che ciascun cittadino lombardo possa accedere a un punto di offerta adeguato entro tempi e distanze compatibili con gli standard ministeriali. La logica Hub & Spoke si estende

progressivamente a tutte le principali reti cliniche regionali, divenendo il paradigma organizzativo dell'intero SSR lombardo.

Le funzioni e la governance interaziendale

Con la DGR XII/3720 del 30 dicembre 2024, Regione Lombardia definisce un modello di governance interaziendale finalizzato a rafforzare la collaborazione stabile tra le aziende pubbliche del Servizio Sociosanitario Regionale e a promuovere una gestione integrata delle funzioni clinico-assistenziali di maggior rilievo strategico.

Il provvedimento dà attuazione alla logica di rete funzionale prevista dal DM 70/2015 e, in continuità con gli indirizzi introdotti dalla LR 22/2021, istituzionalizza le funzioni interaziendali di rete, intese come strumenti permanenti di coordinamento tecnico-organizzativo tra ASST e IRCCS pubblici.

Il modello individuato supera la tradizionale impostazione basata su confini territoriali rigidi, introducendo una dimensione funzionale sovra-aziendale che consente di condividere competenze, infrastrutture e percorsi assistenziali. Le reti Hub & Spoke ne rappresentano il perimetro operativo di riferimento.

L'impostazione definita dalla DGR XII/3720 attribuisce a tali reti una funzione sistemica: non solo strumento di programmazione clinica, ma livello intermedio di governo tra la pianificazione regionale e la gestione aziendale. In questa prospettiva, le funzioni interaziendali assumono carattere strutturale e continuativo, integrandosi nei processi di pianificazione 2025 e divenendo parte del ciclo di programmazione, controllo e valutazione del SSR.

In particolare, ogni rete interaziendale è chiamata a garantire:

- la programmazione congiunta delle attività ospedaliere e territoriali, con particolare riferimento ai percorsi tempo-dipendenti e all'alta specialità;
- la condivisione delle risorse umane e tecnologiche, mediante accordi di collaborazione e protocolli di intesa tra aziende;
- la gestione integrata delle emergenze interaziendali, favorendo la continuità assistenziale e la riduzione dei tempi di risposta;
- la valorizzazione delle competenze specialistiche presenti sul territorio, attraverso meccanismi di rete che consentano la diffusione dell'expertise e la crescita professionale condivisa.

La Direzione Generale Welfare esercita funzioni di indirizzo, coordinamento e monitoraggio, definendo linee guida e indicatori di valutazione uniformi per tutte le reti. Le ATS assumono un ruolo di regia territoriale, vigilando sulla coerenza delle attività rispetto agli obiettivi regionali e supportando le aziende nella pianificazione delle funzioni di rete, anche mediante la condivisione dei fabbisogni e delle priorità di investimento.

Il sistema di governance introdotto dalla DGR XII/3720/2024 mira a coniugare efficienza e prossimità, favorendo un utilizzo ottimale delle risorse e una riduzione della variabilità non giustificata nelle pratiche cliniche. Al tempo stesso, consente di valorizzare le eccellenze cliniche e tecnologiche distribuite sul territorio regionale, sostenendo l'integrazione tra ospedale e territorio, la presa in carico multidimensionale e l'innovazione organizzativa.

In tal modo, la programmazione 2025 pone le basi per una governance a rete più matura, capace di garantire continuità assistenziale, qualità omogenea delle cure e sostenibilità complessiva del sistema sociosanitario lombardo.

Strumenti di pianificazione e i nuovi sistema di monitoraggio

Il ciclo di programmazione 2025 si fonda su un sistema integrato di monitoraggio e valutazione che consente di misurare in modo oggettivo l'efficacia e la qualità dell'azione del Servizio Sociosanitario Regionale. Regione Lombardia ha progressivamente consolidato un sistema informativo unico, che raccoglie, elabora e analizza dati relativi ad attività, esiti, sicurezza e appropriatezza, integrando le diverse fonti regionali e nazionali.

Il monitoraggio delle performance si basa su indicatori strutturali, di processo e di esito, in coerenza con il quadro nazionale definito dal Programma Nazionale Esiti (PNE), dal Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) e dagli adempimenti previsti dal DM 70/2015.

Il PNE rappresenta lo strumento principale di valutazione della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza, consentendo di analizzare i risultati clinici e organizzativi per singola struttura e per rete. Gli indicatori del NSG, invece, misurano la capacità del sistema regionale di garantire livelli essenziali di assistenza omogenei, sicuri e tempestivi sull'intero territorio. Entrambi i sistemi concorrono alla definizione degli obiettivi di salute e di performance aziendale, che vengono monitorati e valutati con cadenza periodica. Tali analisi includono indicatori di volume e di esito (mortalità, riammissioni, complicanze), indicatori di accessibilità (tempi d'attesa, copertura territoriale), nonché indicatori di qualità organizzativa e di sicurezza delle cure.

Il sistema di controllo prevede inoltre audit tematici e visite di verifica presso le strutture, condotti in collaborazione con gli uffici regionali competenti, al fine di promuovere un approccio condiviso alla valutazione e al miglioramento continuo. I risultati del monitoraggio vengono utilizzati non solo a fini conoscitivi, ma come strumento operativo di responsabilità e trasparenza, orientando la programmazione successiva e favorendo l'allineamento progressivo agli standard del DM 70/2015 e del DM 77/2022.

Il consolidamento della rete territoriale e l'integrazione con l'ospedale

In parallelo al riordino ospedaliero, Regione Lombardia completa la realizzazione della rete territoriale di prossimità, avviata con la LR 22/2021 e disciplinata dal DM 77/2022. Nel corso del 2024 vengono avviate le ultime procedure per la realizzazione delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità finanziati dal PNRR. Le strutture entrano progressivamente a regime, costituendo la base fisica della nuova organizzazione distrettuale e favorendo la connessione operativa tra servizi territoriali e ospedalieri.

Le Centrali Operative Territoriali (COT) coordinano i percorsi di presa in carico e garantiscono la continuità ospedale-territorio, integrando i flussi informativi e assicurando il raccordo tra assistenza primaria, cure intermedie e assistenza specialistica. Il risultato è un sistema in cui il paziente può essere seguito lungo l'intero continuum assistenziale, con percorsi condivisi e responsabilità chiare tra i diversi attori del sistema.

ULTERIORI INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE REGIONALE PER L'ADEGUAMENTO DELLA RETE D'OFFERTA SOCIO SANITARIA AL DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE 2 APRILE 2015, N. 70

Con la DGR XII/4890 del 1° agosto 2025, Regione Lombardia definisce il quadro programmatico di riferimento per l'adeguamento della rete d'offerta sociosanitaria regionale ai principi e agli standard previsti dal Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70, adattandoli alle peculiarità del sistema lombardo e degli indirizzi programmatici definiti dal quadro normativo regionale di riferimento sopra descritto. In particolare, il principio della transizione dalla sanità alla salute, prevede che il progetto del sistema è costruito non solo per l'adeguamento agli standard, ma soprattutto per garantire la salute, soddisfare i bisogni e aiutare i cittadini e i loro caregiver ad affrontare adeguatamente e appropriatamente le fragilità. Gli indirizzi programmatici che ne derivano confermano l'impegno a una progressiva evoluzione del sistema secondo criteri di qualità, appropriatezza, sicurezza e sostenibilità. L'atto riconosce la necessità di un riequilibrio strutturale e funzionale della rete ospedaliera e territoriale, volto a garantire un'offerta coerente con i fabbisogni reali di salute della popolazione e con le trasformazioni organizzative incidenti.

Le indicazioni contenute nella deliberazione pongono in capo alla Direzione Generale Welfare la realizzazione di un insieme di azioni strategiche, finalizzate a:

- la definizione dei requisiti e della localizzazione dei Pronto Soccorso e dei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA) di I e II livello;
- l'efficientamento delle reti tempo-dipendenti e delle reti cliniche di patologia;
- la revisione della rete dei punti nascita, con particolare attenzione ai contesti orogeografici disagiati e alle richieste di deroga motivate;
- la rimodulazione e ottimizzazione della dotazione di posti letto ospedalieri;
- la ricognizione e razionalizzazione delle Unità Operative (complesse, semplici e dipartimentali);
- il monitoraggio strutturato dell'assetto ospedaliero, in coerenza con il modello Hub & Spoke e con i principi del DM 70/2015.

Ospedali sede di Pronto Soccorso, Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA) di I e II livello

Come indicato nella DGR 4890/2025 si è proceduto ad un'analisi specifica dell'area dell'urgenza/emergenza. Sono stati considerati i seguenti parametri:

- volumi di accessi e bacini di riferimento;
- situazioni orografiche, viabilistiche e distribuzione logistica dei diversi Presidi esistenti sul territorio regionale;
- requisiti di sicurezza che prevedono, in funzione dei diversi ruoli attribuiti a ciascun Presidio, precisi requisiti di dotazione organica, tecnologica e strutturale, necessari per poter offrire un adeguato livello di prestazioni (ruolo nelle reti tempo-dipendenti).

Presidi Ospedalieri sede di D.E.A di II livello

La DGR n. XI/1179 del 28/01/2019 identifica in Regione Lombardia 14 D.E.A. di II livello.

La numerosità dei D.E.A. di II livello è in linea rispetto ai bacini di riferimento.

L'analisi ha evidenziato che cinque strutture non raggiungono i volumi di attività previsti dal DM 70/2015, vincolo fissato a 70.000 accessi/anno:

- 2 D.E.A. nel territorio di ATS Milano (numero accessi 2024 superiore a 60.000 per 1 D.E.A. e inferiori a 60.000 per 1 D.E.A.)
- 1 D.E.A. nel territorio ATS Insubria (numero accessi 2024 superiore a 60.000)
- 1 D.E.A. nel territorio ATS Monza-Brianza (numero accessi 2024 superiore a 60.000)
- 1 D.E.A. nel territorio ATS Valpadana (numero accessi 2024 superiore a 60.000)

Si segnalano inoltre le seguenti specificità:

- la sede del PS del Presidio di Varese Del Ponte, dedicato all'accoglienza pediatrica, è articolazione organizzativa dell'Ospedale di Circolo di Varese, classificato nella rete dell'Emergenza-Urgenza come D.E.A. di II livello;
- l'Ospedale dei Bambini di Brescia (03016700) è da considerare, in merito alla rete dell'Emergenza-Urgenza, come facente parte del D.E.A. di II livello del Presidio Ospedaliero Spedali Civili di Brescia.

Si prevede entro dodici mesi dalla data di approvazione del presente provvedimento di rivalutare la classificazione dei D.E.A. in una logica di rete all'interno del territorio regionale, con particolare riferimento alla struttura con numero di accessi inferiore a 60.000/annui. Le strutture con numero di accessi superiore a 60.000/annui sono di rilievo per il Sistema Sanitario Regionale e attraverso la revisione delle modalità organizzative si mirerà a soddisfare anche il requisito di volume previsto.

Presidi Ospedalieri sede di D.E.A di I livello

In Regione Lombardia sono attualmente presenti 40 D.E.A. di I livello.

La numerosità dei D.E.A. di I livello è in linea rispetto ai bacini di riferimento, con l'unica eccezione del territorio di ATS Montagna in cui il numero maggiore di D.E.A. di I livello presenti è maggiore rispetto a quanto previsto dal DM 70/2015, ma è dovuto alle caratteristiche geografiche peculiari del territorio.

In particolare, i D.E.A. che hanno un numero di accessi inferiori ai 45.000 nel 2024 sono 25:

- 9 D.E.A. nel territorio di ATS Milano;
- 2 D.E.A. nel territorio di ATS Bergamo;
- 3 D.E.A. nel territorio di ATS Insubria;
- 2 D.E.A. nel territorio di ATS Brescia;
- 4 D.E.A. nel territorio di ATS Montagna;
- 1 D.E.A. nel territorio di ATS Monza-Brianza;
- 2 D.E.A. nel territorio di ATS Pavia;
- 2 D.E.A. nel territorio di ATS Valpadana.

Si segnala inoltre la seguente progettualità:

- è in atto una collaborazione tra il D.E.A. di Gravedona e il PS di Menaggio al fine di garantire i fabbisogni della popolazione residente e non residente (da considerare di rilievo nelle stagioni turistiche) mantenendo il rispetto dei requisiti e le competenze specifiche necessarie.

Si prevede entro 12 mesi dalla data di approvazione del presente provvedimento di definire requisiti aggiornati di accreditamento, rispetto a quanto già definito nella DGR n. XI/1046/2018, e di rivalutare la classificazione dei D.E.A. con numero di accessi inferiore a 35.000/annui in una logica di rete all'interno del territorio regionale e nel rispetto delle caratteristiche territoriali peculiari con particolare riferimento agli aspetti orografici e di affluenza turistica (D.E.A. di ATS Montagna da tutelare). Le strutture con numero di accessi superiore a 35.000/annui sono di rilievo per il Sistema Sanitario Regionale e attraverso specifiche progettualità e la revisione delle modalità organizzative si cercherà di soddisfare anche il requisito di volume previsto.

Presidi Ospedalieri sede di Pronto Soccorso

In Regione Lombardia sono attualmente presenti 44 Pronto Soccorso (PS).

La numerosità dei PS è in linea con i bacini di riferimento. Sono presenti 24 PS con numero di accessi inferiore ai 20.000 annui:

- 4 PS nel territorio di ATS Milano;
- 4 PS nel territorio di ATS Bergamo;
- 3 PS nel territorio di ATS Insubria;
- 4 PS nel territorio di ATS Brescia;
- 2 PS nel territorio di ATS Montagna;
- 2 PS nel territorio di ATS Monza-Brianza;
- 3 PS nel territorio di ATS Pavia;
- 2 PS nel territorio di ATS Valpadana.

Si segnalano inoltre le seguenti peculiarità:

- presenza di 6 Pronto Soccorso specialistici di rilievo nella logica di rete, anche rispetto alle patologie tempo-dipendenti, nel dettaglio:
 - ASST Fatebenefratelli Sacco:
 - Presidio Ospedaliero Vittore Buzzi: ospedale pediatrico di riferimento a livello regionale per numerose specialità, tra cui chirurgia pediatrica, ortopedia pediatrica, neonatologia e terapia intensiva neonatale. Dispone di un pronto soccorso pediatrico altamente specializzato e rappresenta uno dei punti di riferimento per la gestione delle patologie pediatriche complesse;
 - Presidio Ospedaliero Macedonio Melloni: ospedale la cui vocazione è la promozione della salute della donna e del bambino con servizi avanzati di ostetricia, ginecologia e neonatologia. Dispone di un pronto soccorso altamente specializzato.
 - Istituto Auxologico Italiano - IRCCS San Luca: struttura di emergenza/urgenza con un ruolo nella rete STEMI, sita in un IRCCS a indirizzo cardiologico;
 - Centro Cardiologico "Fond. Monzino": struttura di emergenza/urgenza con un ruolo rilevante nella rete STEMI, sita in un IRCCS a indirizzo cardiologico punto di riferimento per la cardiologia e cardiochirurgia ad alta complessità;
 - ASST CTO-Pini:
 - Istituto Ortopedico Gaetano Pini: struttura di emergenza/urgenza dedicata alla traumatologia;
 - Presidio Osp. Centro Traumatologico Ortopedico: struttura di emergenza/urgenza dedicata alla traumatologia;
- autorizzazione per il Presidio di Varzi in data 17/05/2022 della conversione da PS a Punto di Primo Intervento, in considerazione della zona a bassa densità abitativa, lontana da altri PS/DEA e situata in area premontana e geograficamente e orograficamente disagiata.

Si prevede entro 12 mesi dalla data di approvazione del presente provvedimento di definire requisiti aggiornati di accreditamento, rispetto a quanto già definito nella DGR n. XI/1046/2018, e di rivalutare la classificazione dei PS con numero di accessi inferiore a 10.000/annui in una logica di rete all'interno del territorio regionale e nel rispetto delle caratteristiche territoriali peculiari (zone turistiche e/o disagiate). Le strutture con numero di accessi superiore a 10.000/annui sono di rilievo per il Sistema Sanitario Regionale e attraverso specifiche progettualità e la revisione delle modalità organizzative si cercherà di soddisfare anche il requisito di volume previsto.

Reti tempo-dipendenti e reti clinico-assistenziali

Reti di patologia

All'interno del disegno complessivo della rete ospedaliera, si articola il sistema delle reti per patologia, finalizzate a integrare l'attività ospedaliera per acuti e post-acuti con quella territoriale.

Fra le principali reti attivate vi sono quelle previste ai sensi del Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70. A queste si aggiungono altre reti clinico-assistenziali attive presso Regione Lombardia.

Le reti clinico-assistenziali rappresentano un modello di integrazione dell'offerta sociosanitaria, che consente di coniugare:

- esigenze di specializzazione delle strutture,
- diffusione sul territorio di centri di eccellenza e tecnologie ad elevato standard,
- sostenibilità economica,
- risposta ai fabbisogni della collettività e dei professionisti.

Multidisciplinarietà e multiprofessionalità, equità di accesso alle cure, continuità della presa in carico e centralità del paziente sono i cardini su cui si fondano le reti, secondo quanto previsto dall'art. 37 della Legge Regionale n. 33 del 2009, che individua le reti clinico-assistenziali come strumento per garantire appropriatezza, sicurezza, qualità, efficacia delle cure e innovazione clinico-assistenziale, in coerenza con il DM 70/2015.

L'attività della Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia, nell'ambito delle reti clinico-assistenziali, mira a definire:

- a) i criteri per l'individuazione dei soggetti partecipanti alla rete
- b) la governance e le regole di funzionamento
- c) i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) e il loro aggiornamento in base alle evidenze scientifiche
- d) i requisiti di qualità e sicurezza dei processi e dei percorsi di cura
- e) il sistema di monitoraggio
- f) i criteri di individuazione degli operatori e della loro qualificazione professionale
- g) i percorsi che assicurano l'accesso all'innovazione tecnologica
- h) le modalità di coinvolgimento di persone e famiglie
- i) i percorsi che garantiscono la presa in carico secondo criteri di prossimità territoriale al domicilio

Organizzazione delle Reti di Regione Lombardia

La rete di patologia, inizialmente concepita come comunità clinico-scientifica, ha progressivamente assunto una configurazione clinico-assistenziale, con una vocazione organizzativa sempre più marcata. In questo modello, tutti gli attori coinvolti nella presa in carico del paziente — professionisti sanitari, amministratori, medici di medicina generale, rappresentanze dei pazienti — concorrono alla definizione e all'evoluzione dei processi dell'intera filiera erogativa, ospedaliera e territoriale.

La DGR n. XI/1694 del 3 giugno 2019 segna un passaggio fondamentale, definendo le modalità di governance delle reti sociosanitarie e consolidando un assetto articolato su tre livelli: programmatico regionale, organizzativo-gestionale aziendale e tecnico-scientifico degli operatori. Ogni rete è coordinata da un Organismo di Coordinamento, supportato da Commissioni Tecniche per l'approfondimento di tematiche specifiche. La Direzione Generale Welfare, tramite propri decreti, ne dispone la nomina e approva i relativi Piani di Rete.

Il modello organizzativo delle reti regionali mira a:

- garantire omogeneità di accesso alle cure e continuità assistenziale;
- integrare ospedale e territorio;
- rafforzare la collaborazione interaziendale e la diffusione delle tecnologie sanitarie;
- valorizzare le competenze professionali;
- favorire l'adozione di best practice;
- promuovere il dialogo tra istituzioni e territorio.

Regione Lombardia ha una lunga tradizione nella strutturazione a rete dell'offerta sanitaria, avviata già nel 1991 per l'area materno-neonatale e consolidata dal 2006 con l'attivazione delle principali reti di patologia (oncologica, ematologica, nefrologica, stroke, STEMI, trauma, udito, endocrino-metabolica, infettivologica, neuroscienze, ecc.). Tali reti si sono affermate come strumenti efficaci per la condivisione delle competenze, la diffusione dell'eccellenza clinica e l'adozione di protocolli basati su evidenze.

Alla luce dei cambiamenti epidemiologici e della crescente complessità della domanda di salute, il modello a rete rappresenta oggi la modalità organizzativa più idonea a garantire l'appropriatezza degli interventi, la sostenibilità del sistema e la programmazione regionale integrata, in coerenza con gli indirizzi nazionali previsti dal DM 70/2015. In questo contesto, è stato inoltre adottato un modello standard per la redazione dei PDTA regionali (DGR n. XI/6530 del 20/06/2022), volto a uniformare i percorsi di cura e a supportare l'evoluzione delle reti clinico-assistenziali.

Reti regionali attualmente attivate con Decreto

- Rete Cardiovascolare
- Rete Trapianti
- Rete Malattie Rare
- Rete Nefrologica Lombarda – ReNe
- Rete Reumatologica
- Rete delle Neuroscienze
- Rete Oncologica Lombarda – ROL
- Rete Udito
- Rete Diagnostica delle Immagini
- Rete Attività Trasfusionali
- Rete Endocrino-Diabetologica
- Rete Infettivologica
- Rete Ostetrico-Ginecologica e Neonatale
- Rete Odontoiatrica
- Rete delle Radioterapie
- Rete Pneumologica
- Rete dei Pronto Soccorso
- Rete Trauma
- Rete Terapie Intensive
- Rete Oftalmologica

- Rete Epato-Gastroenterologica
- Rete Ematologica Lombarda – REL
- Rete Medicina Interna
- Rete Nutrizione Clinica
- Rete Riabilitazione
- Rete Medicina Iperbarica
- Rete Pediatrica
- Rete Cure Palliative
- Rete Terapia del Dolore
- Rete IRCCS Pubblici

Le reti regionali tempo dipendenti

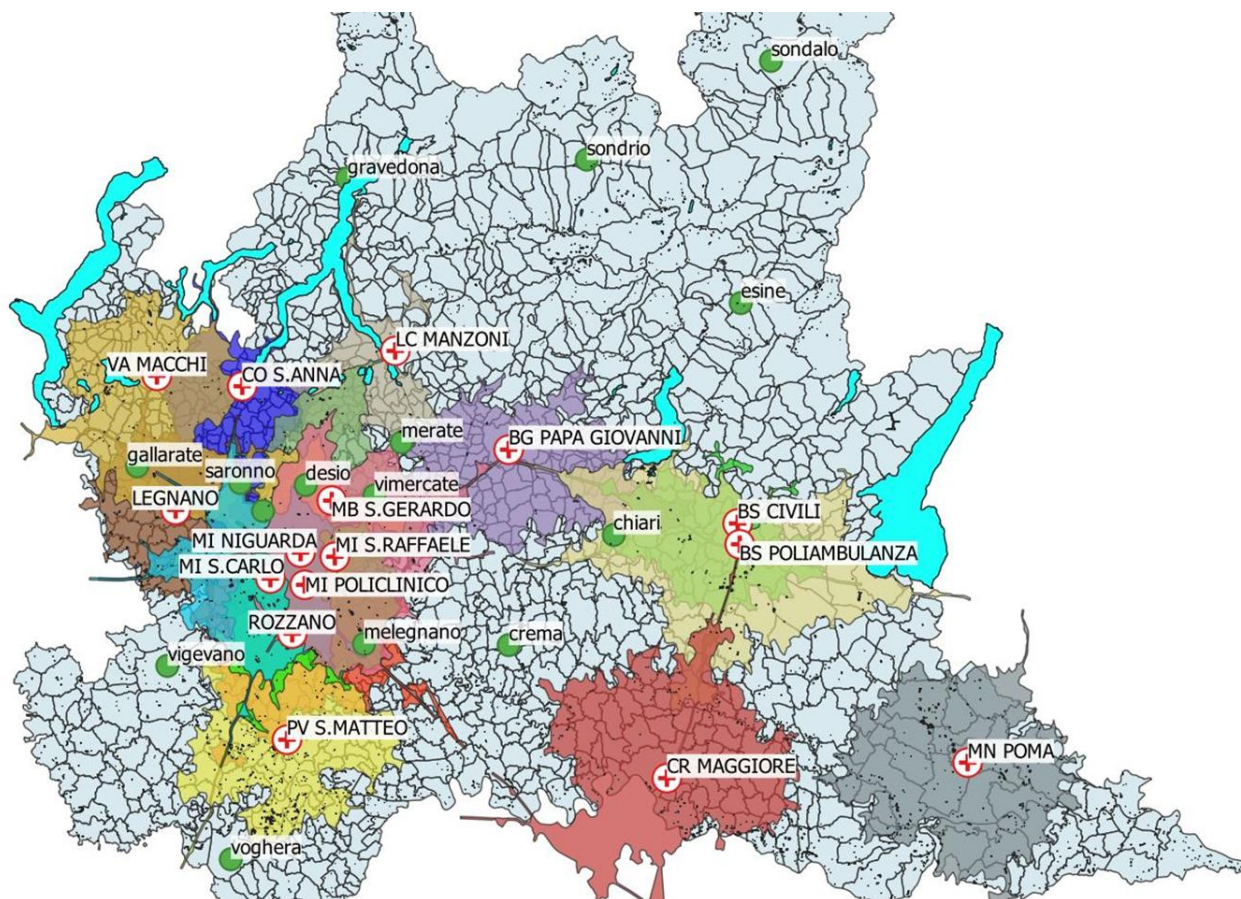
Con reti “*tempo dipendenti*” si identificano tutte le reti clinico assistenziali la cui organizzazione deve rispondere al principio della tempestività della presa in carico, e dove, al verificarsi dell’evento acuto, il fattore tempo costituisce un elemento determinante per la qualità e l’esito delle cure in presenza di condizioni ad elevato rischio di mortalità.

Le reti “tempo dipendenti” definiscono le indicazioni e l’organizzazione per la gestione del paziente critico dal territorio sino al Centro ospedaliero più appropriato alle cure del paziente stesso cercando di limitare quanto più possibile i trasferimenti secondari tra le diverse strutture. Tale organizzazione ha previsto la revisione della rete dell’Emergenza-Urgenza territoriale e dell’intera rete ospedaliera. Nell’ambito di tali reti vengono evidenziate le reti infarto, ictus, traumatologica e la rete neonatologica come le reti in riferimento alle quali, la dimensione “tempo” assume un ruolo fondamentale.

Rete Stroke

La riorganizzazione della Rete Stroke introdotta in Regione Lombardia dalla DGR 7473/2022 punta a risolvere alcune criticità del precedente sistema, con l’intento di migliorare sia la tempestività degli interventi, sia la qualità complessiva delle cure. Tra gli obiettivi principali, vi è quello di ridurre i tempi di trattamento per una patologia dove “il tempo è cervello” (“*time is brain*”), garantendo ai pazienti un accesso rapido e sicuro a terapie salvavita quali la trombolisi o la trombectomia. Sono pertanto stati definiti dei criteri di indirizzamento del paziente verso la struttura più adatta in base alle condizioni cliniche e alle caratteristiche orografiche del territorio dove avviene l’evento ischemico.

Un altro obiettivo cruciale è quello di garantire un accesso equo ai trattamenti avanzati per tutti i cittadini, indipendentemente dalla ubicazione geografica dell’evento. Per raggiungere questo risultato, la delibera prevede l’integrazione e il potenziamento della rete di telemedicina, la formazione continua del personale sanitario e un monitoraggio costante delle performance del sistema.



Unità Funzionali e suddivisione in tre livelli di complessità

Le Unità Funzionali (16) costituiscono il pilastro organizzativo della rete stroke in Lombardia, questo modello si basa su una rete integrata di strutture sanitarie, ciascuna con un livello specifico di complessità, che collaborano in modo coordinato per assicurare un accesso tempestivo e uniforme ai trattamenti.

Ogni Unità Funzionale è organizzata intorno ad un centro Hub ad alta specializzazione (Stroke Unit di II livello), affiancato da strutture Spoke (Stroke Unit di I livello e ospedali periferici senza Stroke Unit ma dotati di Pronto Soccorso). Questa struttura permette di combinare l'alta specializzazione disponibile negli Hub con la capillarità degli Spoke, garantendo un trattamento appropriato in base alla gravità del caso e alla distanza geografica dal luogo dell'evento. La distribuzione delle strutture sanitarie lombarde e la loro organizzazione in Unità Funzionali è elencata nella tabella sotto riportata.

Un elemento centrale della delibera consiste proprio nell'organizzazione delle strutture appartenenti alla rete stroke in tre livelli di complessità, ciascuno con compiti specifici lungo il percorso di cura. Questo modello, basato su uno schema Hub & spoke, prevede una distribuzione delle strutture sanitarie tale da integrare le strutture ad alta specializzazione con le strutture spoke.

Infatti, le strutture Hub (Stroke Unit di II livello) sono dotate di risorse e competenze necessarie per gestire i casi più complessi e per effettuare interventi avanzati. Accanto a queste, le strutture Spoke

(le Stroke Unit di I livello e Ospedali senza Stroke Unit sede di Pronto Soccorso) svolgono un ruolo complementare, contribuendo alla gestione iniziale in casi specifici (es. autopresentati, territorio con modello *drip & ship*) e fungendo da supporto per il percorso di cura successivo dei pazienti, instradando poi i pazienti verso i centri più idonei.

Questa suddivisione non solo rispecchia quanto stabilito dal Decreto Ministeriale 70/2015, ma rappresenta anche un adattamento alle specifiche esigenze del territorio lombardo, molto eterogeneo per densità di popolazione e caratteristiche geografiche. Il razionale alla base di questa suddivisione è quello di concentrare le risorse specialistiche in pochi centri, capaci di trattare i casi più gravi con un approccio multidisciplinare, riducendo così la mortalità e migliorando la prognosi funzionale.

Stroke Unit II livello	Stroke Unit I livello	Ospedali senza Stroke Unit sede di Pronto Soccorso
Fondazione IRCCS Ca' Granda - Ospedale Maggiore Policlinico	- Istituto Clinico Città Studi - Milano	- Ist. Auxologico Italiano-I.S. S. Luca-Milano - Istituto Ortopedico Gaetano Pini - Milano - Ospedale Fatebenefratelli E Oftalmico - Milano - Ospedale M. Melloni - Milano - Presidio Ospedaliero V. Buzzi - Milano
Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori di Monza	- Presidio Ospedaliero di Vimercate - Presidio Ospedaliero di Desio	- Istituti Clinici Zucchi Spa-Monza - Casa Di Cura Policlinico - Monza - Presidio Ospedaliero di Carate
Fondazione Poliambulanza - Brescia	- Istituto Clinico S. Anna - Brescia	- Ospedale di Manerbio - Ospedale Civile la memoria di Gavardo - Ospedale di Desenzano
IRCCS S. Raffaele - Milano	- I.R.C.C.S. Policlinico San Donato	- Ospedale Uboldo - Cernusco S/Naviglio - Centro Cardiologico "Fondazione Monzino" - MI
Istituto Clinico Humanitas - Rozzano	- Ospedale Maggiore di Lodi	
Ospedale C. Poma - Mantova		- Presidio Ospedaliero - Asola - Ospedale Di Suzzara S.P.A. - Osp.Civile Destra Secchia-Pieve Coriano
Ospedale Ca' Granda-Niguarda - Milano	- Ospedale L. Sacco - Milano - Ospedale S. Giuseppe - Milano - Ospedale G.Salvini-Garbagnate Mil.Se	- P.O. Centro Traumatologico Ortopedico - Milano - IRCCS Multimedica - Milano - IRCCS Ospedale Galeazzi - Sant'ambrogio - Clinica Polispecialistica San Carlo - S.R.L. - Ospedale Di Circolo - Rho

		- Ospedale Bassini - Cinisello Balsamo - P.O. Citta' Di Sesto S. Giovanni
Ospedale Civile Di Legnano	- Osp. Generale Provinciale - Saronno	- Ospedale G. Fornaroli Magenta - Ospedale Di Circolo - Busto Arsizio
Ospedale Di Circolo A. Manzoni - Lecco	- Ospedale Sondrio - Ospedale Di Circolo S.L.Mandic-Merate	- Ospedale Morelli - Sondalo - Ospedale Di Chiavenna
Ospedale Di Circolo E Fondazione Macchi	- Osp. S. Antonio Abate - Gallarate	- Ospedale Luini Confalonieri - Luino - Osped.Circolo Causa Pia Luvini-Cittiglio - Casa Di Cura Mater Domini - Castellanza - Ospedale Carlo Ondoli - Angera - Ospedale Galmarini - Tradate
Ospedale Di Cremona	- Ospedale Maggiore - Crema	- Ospedale Oglio Po - Ospedale Civico - Codogno
Ospedale Papa Giovanni XXIII - BG	- Policlinico San Marco - Osio Sotto - Ospedale Bolognini - Seriate - Ospedale Di Treviglio E Caravaggio	- Policlinico San Pietro - Ponte S. Pietro - Ospedale M. O. Antonio Locatelli-Piario - Humanitas Gavazzeni - Osp.Le Ss.Trinita'-Romano Di Lombardia - Osp.Le Ss.Capitanio E Gerosa - Lovere - Ospedale Pesenti Fenaroli - Alzano L. - Ospedale Civile - S.Giovanni Bianco
Ospedale S. Anna - Como	- Osp. Moriggia Pelascini - Gravedona - Ospedale Valduce	- Stabilimento Cantu' - Ospedale Di Erba S.R.L. - Ospedale Erba- Renaldi - Menaggio
Ospedale S. Carlo Borromeo - Milano	- Po Di Vizzolo Predabissi - Cassano D'adda (Stab Di Cassano)	- IRCCS Ospedale Galeazzi - Sant'ambrogio - Ospedale S. Paolo - Milano - Ospedale S. Maria Delle Stelle Melzo
Policlinico S. Matteo - Pavia	- Ospedale Civile - Voghera - Ospedale Civile - Vigevano	- Nuovo Ospedale Di Broni E Stradella - Istituto Clinico Beato Matteo
Pres.Ospedal.Spedali Civili Brescia	- Ospedale Valcamonica - Esine - Ist.Clin. Citta' Di Brescia - Brescia - Presidio Ospedaliero Di Chiari	- Ospedale Valcamonica - Edolo - Osp. San Pellegrino - Castiglione D/S - Istituto Clinico S. Rocco S.P.A. - Ome - Presidio Ospedaliero Di Iseo - Presidio Ospedaliero Gardone V.T. - Presidio Ospedaliero Di Montichiari

1. Stroke Unit di II livello (Hub)

Le Stroke Unit di II livello sono i centri di riferimento per i casi più complessi, rappresentano il livello più avanzato della rete stroke. Queste strutture sono dotate di neuroradiologia interventistica, terapia intensiva neurologica e tutte le tecnologie necessarie per effettuare trombectomie meccaniche e altre procedure avanzate. Il personale è altamente qualificato e disponibile 24 ore su 24, con una presenza continua di neurologi, neuroradiologi e tecnici esperti. La loro funzione principale è la gestione dei casi più complessi, come quelli che richiedono interventi avanzati di rivascolarizzazione, ad esempio la trombectomia meccanica.

Gli Hub non solo svolgono il ruolo di trattamento diretto per i pazienti centralizzati, ma forniscono anche supporto alle Stroke Unit di I livello e agli ospedali senza Stroke Unit attraverso la telemedicina, la consulenza specialistica e la supervisione dei percorsi clinici. Grazie a queste risorse, le Stroke Unit di II livello garantiscono un'elevata qualità delle cure, riducendo al minimo i ritardi nelle decisioni cliniche critiche.

Requisiti Stroke Unit di II livello

- Competenze multidisciplinari incluse o presenti nella struttura;
- Un neurologo dedicato almeno in guardia attiva h 12 diurna e pronta disponibilità notturna, a tendere guardia attiva h 24.
- Personale infermieristico dedicato.
- Il numero di posti letto della Stroke Unit va adeguatamente dimensionato in proporzione al numero di ictus trattati e in riferimento allo standard della durata della degenza media prevista per le aree di degenza di semintensiva.
- Terapia fibrinolitica endovenosa h 24.
- Riabilitazione precoce (fisioterapia, logopedia, terapia occupazionale).
- Pronta disponibilità neurochirurgica (anche in altra sede con supporto tecnologico telediagnostico).
- Disponibilità h 24 di Tomografia computerizzata (TC) cerebrale e angio-TC con apparecchio volumetrico multistrato ad almeno 64 strati, con programmi di ricostruzione angiografica e perfusione o risonanza magnetica con immagini pesate in diffusione (RM DWI), angio-RM.
- Neuroradiologo all'interno dell'Unità Funzionale con adeguato supporto teleradiologico per la valutazione e refertazione degli esami h 24.
- Tecnico radiologo h 24 competente nell'esecuzione di angio-TC, TAC perfusione, RM e utilizzo del sistema di teleradiologia.
- Diagnostica radiologica epiaortica e intracranica, ecodoppler dei tronchi sovraaortici (TSA) ed ecocardiografia.
- Collegamento operativo con le Stroke Unit di II livello per invio immagini e consultazione.
- Collegamento operativo con il territorio e con una o più strutture riabilitative (protocolli condivisi di valutazione del danno e della disabilità, di indicatori di processo riabilitativo e di esito).

2. Stroke Unit di I livello (Spoke)

Le Stroke Unit di I livello costituiscono un livello intermedio nella rete stroke e svolgono un ruolo fondamentale nella gestione e nel supporto dei pazienti. Questi centri, diffusi in modo più capillare rispetto agli Hub, sono in grado di gestire in autonomia pazienti con ictus ischemico che non

richiedono trombectomia, e garantiscono una pronta disponibilità di personale neurologico e radiologico.

Le loro principali funzioni includono la somministrazione di trombolisi endovenosa e la stabilizzazione clinica dei pazienti prima di un eventuale trasferimento a un Hub per trattamenti più avanzati. Inoltre, le Stroke Unit di I livello accolgono pazienti trasferiti dagli Hub (back-transfer) per il proseguimento delle cure una volta effettuate le procedure specialistiche.

Il loro ruolo è cruciale non solo nei casi in cui il centro hub di riferimento si trovi a grande distanza dal luogo dell'evento, ma anche nei casi in cui i pazienti con ictus ischemico che potrebbero beneficiare di trattamenti avanzati si presentino autonomamente in Stroke Unit di I livello non attrezzate per offrire il trattamento ottimale. In tali situazioni, le Stroke Unit di I livello garantiscono una risposta rapida, forniscono un trattamento iniziale e organizzano il trasferimento verso gli Hub per interventi più complessi.

Queste strutture sono strettamente integrate con gli Hub grazie a sistemi di telemedicina, che consentono consulto in tempo reale, assicurando così un coordinamento efficace e tempestivo lungo l'intero percorso di cura.

Questo duplice ruolo rende le strutture Spoke un elemento chiave per l'efficienza e la sostenibilità della rete stroke, ottimizzando la distribuzione delle risorse e migliorando l'accessibilità alle cure.

Requisiti Stroke Unit di I livello

- Competenze multidisciplinari incluse o presenti nella struttura;
- Un neurologo dedicato almeno in guardia attiva h 12 diurna e pronta disponibilità notturna, a tendere guardia attiva h 24.
- Personale infermieristico dedicato.
- Il numero di posti letto della Stroke Unit va adeguatamente dimensionato in proporzione al numero di ictus trattati e in riferimento allo standard della durata della degenza media prevista per le aree di degenza di semintensiva.
- Terapia fibrinolitica endovenosa h 24.
- Riabilitazione precoce (fisioterapia, logopedia, terapia occupazionale).
- Pronta disponibilità neurochirurgica (anche in altra sede con supporto tecnologico telediagnostico).
- Disponibilità h 24 di Tomografia computerizzata (TC) cerebrale e angio-TC con apparecchio volumetrico multistrato ad almeno 64 strati, con programmi di ricostruzione angiografica e perfusionale o risonanza magnetica con immagini pesate in diffusione (RM DWI), angio-RM.
- Neuroradiologo all'interno dell'Unità Funzionale con adeguato supporto teleradiologico per la valutazione e refertazione degli esami h 24.
- Tecnico radiologo h 24 competente nell'esecuzione di angio-TC, TAC perfusione, RM e utilizzo del sistema di teleradiologia.
- Diagnostica radiologica epiaortica e intracranica, ecodoppler dei tronchi sovraaortici (TSA) ed ecocardiografia.
- Collegamento operativo con le Stroke Unit di II livello per invio immagini e consultazione.
- Collegamento operativo con il territorio e con una o più strutture riabilitative (protocolli condivisi di valutazione del danno e della disabilità, di indicatori di processo riabilitativo e di esito).

3. Ospedali senza Stroke Unit sede di Pronto Soccorso

Gli Ospedali senza Stroke Unit sede di Pronto Soccorso costituiscono il livello più periferico della rete stroke e fungono da punto di primo accesso nelle aree meno servite. Queste strutture, pur non avendo risorse dedicate per la gestione completa dell'ictus, sono strettamente integrate nella rete con le altre strutture della loro Unità Funzionale (Stroke Unit di I e II livello) al fine di garantire una gestione tempestiva ed efficace dei pazienti.

In base alla distanza geografica e alle esigenze del territorio, gli Ospedali senza Stroke Unit sede di Pronto Soccorso lavorano in sinergia con le altre strutture appartenenti alla medesima Unità Funzionale per sviluppare sistemi di diagnostica neurologica avanzata, teleradiologia e telemedicina, e possono anche avviare la trombolisi nei casi in cui sia necessario un intervento immediato. Tale approccio coordinato prevede la definizione di un Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale (PDTA) condiviso, per assicurare così una continuità assistenziale ottimale.

La funzione primaria di questi ospedali è la rapida identificazione dei pazienti con ictus ischemico e la stabilizzazione iniziale degli stessi, attraverso il monitoraggio dei parametri vitali e l'imaging diagnostico di base. Contestualmente, viene avviato il protocollo di emergenza per il trasferimento verso le Stroke Unit di I o II livello in base alla gravità del caso e alla disponibilità delle strutture.

Questa collaborazione stretta con le strutture della rete è cruciale per ridurre i ritardi e garantire un percorso di cura ottimale. Soprattutto nelle aree rurali o montane, dove il tempo di trasporto verso le Stroke Unit può essere significativo, questi ospedali rappresentano un elemento indispensabile per assicurare un accesso capillare e uniforme alle cure avanzate riducendo al minimo i ritardi iniziali, fungendo da snodo operativo essenziale della rete stroke.

Livello di Struttura	Descrizione	Funzioni Principali
Stroke Unit di II livello (Hub)	Centri di riferimento ad alta specializzazione. Dotati di risorse tecnologiche avanzate e personale altamente qualificato.	- Trattamento dei casi complessi (trombectomia, neurochirurgia); - Coordinamento dell'Unità Funzionale; - Supporto tramite telemedicina.
Stroke Unit di I livello (Spoke)	Strutture di livello intermedio, situate più capillarmente rispetto agli Hub, per la gestione iniziale e il supporto ai pazienti.	- Somministrazione di trombolisi endovenosa; - Stabilizzazione e trasferimento dei pazienti agli Hub; - Back-transfer per cure post-acute.
Ospedali senza Stroke Unit sede di Pronto Soccorso	Strutture periferiche che rappresentano il punto di primo contatto in aree meno servite.	- Stabilizzazione iniziale del paziente; - Trasferimento verso le Stroke Unit di I o II livello per trattamenti avanzati.

Criteri di centralizzazione

Uno degli elementi centrali della riorganizzazione introdotta dalla DGR 7473/2022 riguarda i criteri di centralizzazione, ovvero le modalità con cui i pazienti con sospetto ictus vengono indirizzati verso le strutture sanitarie più appropriate. La centralizzazione, in Lombardia, non si basa su un approccio univocamente applicato, ma adotta un'organizzazione ibrida che integra due modelli complementari: *mothership* e *drip-and-ship*. Questa scelta riflette la complessità orografica del

territorio lombardo, caratterizzato da una combinazione di aree urbane, pianeggianti e densamente popolate, affiancate da zone rurali e montane meno popolate più difficili da raggiungere.

L'idea di fondo è permettere ai pazienti di accedere al trattamento nel modo più rapido ed efficace possibile, tenendo conto delle loro condizioni cliniche, della distanza dai centri di cura e delle risorse disponibili. La centralizzazione non è quindi rigidamente applicata ubiquitariamente, ma modulata in base alle necessità territoriali e alle specificità dei casi.

Il modello “mothership”

Il modello mothership rappresenta una strategia tale per cui i pazienti con sospetto ictus vengono trasportati immediatamente alla struttura Hub, più specializzata (Stroke Unit di II livello), bypassando eventuali ospedali intermedi. Questo approccio è particolarmente efficace nei casi in cui il paziente necessita di interventi avanzati, come la trombectomia meccanica, una procedura disponibile solo nei centri Hub.

In Lombardia, il modello mothership viene applicato principalmente nelle aree urbane e pianeggianti, dove la presenza di una rete stradale ben sviluppata e di più centri Hub consente di raggiungere rapidamente la struttura di II livello. È la soluzione ideale per contesti in cui:

- La distanza tra il paziente e la Stroke Unit di II livello è pari o inferiore a quella verso una Stroke Unit di I livello (Spoke).
- Il tempo di trasporto diretto al centro Hub non supera i 45 minuti, un limite ritenuto compatibile con l'urgenza della situazione.

Questo modello garantisce un trattamento rapido, consentendo di intervenire immediatamente sul paziente con terapie avanzate. Tuttavia, richiede una rete ben distribuita di centri Hub e infrastrutture stradali efficienti, caratteristiche che si trovano principalmente nelle zone urbane e nelle zone densamente popolate.

Il Modello Drip-and-Ship

Il modello drip-and-ship, invece, adotta un approccio progressivo: il paziente viene inizialmente trasportato in una struttura Spoke, dove viene stabilizzato, riceve eventuali trattamenti iniziali, come la trombolisi endovenosa, e successivamente trasferito a una Stroke Unit di II livello in caso siano necessari interventi avanzati.

Questo modello viene applicato in considerazione del tempo di trasporto stimato dal luogo dell'evento alla struttura Hub più vicina. In particolare, il modello si adotta nelle aree in cui il paziente si trova a una distanza superiore ai 45 minuti dal centro Hub più vicino, e si rivela pertanto particolarmente adatto per le aree rurali o montane, dove le caratteristiche geografiche rendono più difficile e lungo il trasporto diretto a un centro Hub. In questi contesti, il modello drip-and-ship consente di:

- Iniziare il trattamento salvavita in una struttura più vicina, evitando ritardi nell'intervento iniziale.

- Stabilizzare il paziente prima del trasferimento, assicurando che arrivi al centro Hub in condizioni ottimali per eventuali trattamenti complessi.

Questo approccio consente di bilanciare l'efficienza e la capillarità della rete sanitaria, garantendo che ogni paziente possa ricevere il trattamento più adeguato alle circostanze geografiche e cliniche. Grazie al modello drip-and-ship, la rete stroke lombarda assicura un accesso equo e tempestivo alle cure avanzate, anche nelle aree meno densamente popolate o con difficoltà di accesso ai centri Hub.

Il modello drip-and-ship è anche una soluzione efficace nei casi in cui il paziente non richieda immediatamente interventi avanzati o quando la Stroke Unit di II livello è temporaneamente indisponibile a causa di saturazione o altre emergenze.

Un'Organizzazione Ibrida per Rispondere alle Necessità Territoriali

Regione Lombardia ha adottato un approccio ibrido per la gestione dell'ictus, integrando tra loro i modelli mothership e drip-and-ship all'interno della sua rete stroke, strutturata in tre livelli di complessità. Questa strategia permette di massimizzare l'efficacia delle cure fornite, adattando l'approccio terapeutico alle specifiche condizioni geografiche e alla gravità clinica di ciascun caso.

Il vantaggio di questo sistema è quello di essere in grado di adattarsi alle diverse realtà territoriali e alle condizioni cliniche dei pazienti. La scelta del modello da applicare non è standardizzata, ma dipende da variabili fondamentali:

1. Caratteristiche geografiche:

Nelle aree urbane, come Milano e il suo hinterland, il modello mothership è predominante grazie alla densità di centri Hub e alla possibilità di raggiungerli rapidamente.

Nelle zone montane o periferiche, come alcune parti delle province di Sondrio e Bergamo, il modello drip-and-ship risponde meglio alle esigenze di accesso alle cure.

2. Condizioni cliniche del paziente:

Un paziente con sospetto ictus ischemico semplice può essere trattato inizialmente in uno Spoke.

Un paziente con sintomi di occlusione di grandi vasi o altre condizioni critiche è candidato a un trasporto diretto in un Hub.

3. Disponibilità delle risorse:

La saturazione temporanea dei centri Hub può spostare la centralizzazione verso un modello drip-and-ship.

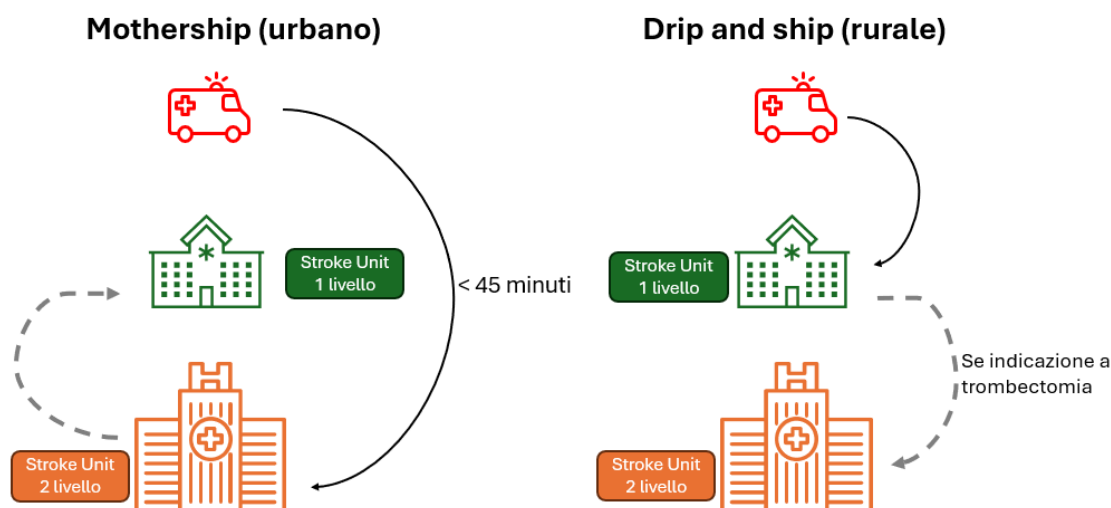
La presenza di sistemi di telemedicina e teleradiologia rafforza il collegamento tra gli Spoke e gli Hub, facilitando la gestione condivisa dei pazienti.

L'Equilibrio tra i Due Modelli

La combinazione dei modelli mothership e drip-and-ship consente al sistema lombardo di ottimizzare le risorse e di garantire una risposta tempestiva anche nelle situazioni più complesse.

Questo approccio:

- Assicura flessibilità organizzativa, adattandosi rapidamente ai cambiamenti delle condizioni sul campo.
- Riduce i tempi di intervento sia per i pazienti che necessitano di trattamenti iniziali che per quelli che richiedono interventi complessi.
- Sfrutta al massimo le potenzialità offerte dalle nuove tecnologie, come la telemedicina, che consente una consulenza in tempo reale tra le strutture.



Emergenza cardiovascolare

Tra le più recenti attività condotte nell'ambito delle reti cardiovascolari regionali si segnala il monitoraggio sull'applicazione della delibera 3522/2020 relativo all'aggiornamento delle reti dedicate allo STEMI, alla chirurgia vascolare e alla gestione dell'insufficienza cardiaca acuta, cronica e avanzata, secondo quanto previsto, al fine di verificarne l'effettiva implementazione sul territorio.

Sono inoltre state elaborate le linee guida regionali per il trattamento transcateretere della stenosi valvolare aortica, in coerenza con l'evoluzione delle pratiche cliniche e delle evidenze scientifiche.

E' stato attivato un tavolo regionale sulla telecardiologia, finalizzato alla definizione di linee di indirizzo per la presa in carico a distanza dei pazienti affetti da scompenso cardiaco, ipertensione arteriosa, e per l'implementazione di telemonitoraggio e teleriabilitazione domiciliare, nell'ottica di un rafforzamento dell'integrazione ospedale-territorio e della continuità assistenziale.

Rete STEMI

Criteri regionali approvati con Decreto DG Sanità n. 10446 del 15/10/2009 e aggiornati con DGR 3522 del 5/8/2020 la rete permette di attuare la precoce terapia ripercussiva coronarica e trasporto del

paziente con infarto miocardico acuto con sopra-slivellamento del tratto ST (STEMI) in sala emodinamica per intervento di angioplastica primaria.

Le Emodinamiche presenti in Regione Lombardia non sono identificate con un Unità Operativa essendo queste afferenti alla disciplina Cardiologia.

Anche i Centri di Cardiocirurgia della rete sono oggetto di riorganizzazione, con il trasferimento già attuato della Cardiocirurgia del P.O. Sacco di Milano presso la Fondazione IRCCS Ca' Granda - Ospedale Maggiore Policlinico di Milano.

Requisiti rete STEMI

Per la rete cardiologica, ai soli fini della gestione del paziente affetto da STEMI, si identificano quattro livelli di complessità strutturale nel contesto dell'insieme delle strutture sanitarie con ruolo attivo nell'urgenza emergenza:

Livello	Caratteristiche struttura
I	Struttura sanitaria con UCC
II	Struttura sanitaria con UCC + emodinamica NON 24/7*
III	Struttura sanitaria con UCC + emodinamica 24/7*
IV	Struttura sanitaria con UCC + emodinamica 24/7* + cardiocirurgia

**attivo 24 ore per 7 giorni settimanali anche in reperibilità*

Sono di riferimento per AREU le strutture di terzo e quarto livello. Le strutture di I e II livello (queste ultime quando non è attivo il servizio di emodinamica), in caso di autopresentazione del paziente STEMI, devono garantire la fibrinolisi endovenosa e/o il trasferimento protetto del paziente, con equipe e mezzi propri, ovvero da AREU se definita specifica convenzione, nei tempi utili per il trattamento emodinamico interventista presso Centri della rete cardiologica di III/IV livello.

Ogni struttura sede di attività di Emodinamica per la rete Stemi deve assolvere il requisito di presenza h/24 del cardiologo in UCC in sede.

I casi e i relativi tempi di trattamento (comprensivi dell'eventuale trasferimento) devono essere costantemente rilevati con flusso informativo obbligatorio: il mancato rispetto di tali adempimenti è motivo di contestazione, addebito sanzionatorio e, se ripetuto e/continuativo, di declassamento della struttura da parte della ATS di riferimento territoriale.

Entro 12 mesi dalla data di approvazione del presente provvedimento, saranno attuati, in applicazione della DGR n. 3522/2020, gli aggiornamenti della rete di Chirurgia Vascolare, della rete STEMI e della rete scompenso cardiaco, finalizzati all'individuazione dei centri della rete.

La rete di Chirurgia Vascolare

Un Presidio sede di Unità Operativa di Chirurgia Vascolare deve rispettare i criteri minimi strutturali e di attività in coerenza con le determinazioni del D.M. n. 70/2015 recepite dalla delibera Regionale XI/1046 del 17.12.2018.

Una UO di Chirurgia Vascolare deve effettuare un livello minimo di attività inerente il trattamento dell'aneurisma dell'aorta addominale (AAA). L'AAA rappresenta l'unica patologia per la quale

vengono espresse raccomandazioni legate ai volumi per centro dalle varie linee guida ufficiali (Nazionali o Europee). Tali linee guida raccomandano esplicitamente che la patologia aortica venga trattata solamente in centri che eseguono almeno 20 interventi open e/o endovascolari per anno. Tali centri si faranno carico anche delle patologie aortiche acute (Aneurismi dell'aorta rotti o sintomatici). Questa raccomandazione della Società Europea di Chirurgia Vascolare più in dettaglio raccomanda che la patologia aortica venga trattata solamente in centri che eseguono almeno 30 interventi open e/o endovascolari per anno, e mai meno di 20.

In considerazione di questa specifica indicazione sono definiti nell'ambito della Chirurgia Vascolare due possibili livelli della rete:

I livello: Chirurgia Vascolare e Endovascolare con almeno 20 procedure per aneurisma dell'aorta addominale all'anno.

II livello: Chirurgia Vascolare e Endovascolare con almeno 30 interventi per Aneurisma dell'aorta addominale open e/o endovascolari per anno e UO di Cardiocirurgia o stand by cardiocirurgico, in grado di trattare anche la patologia dell'aorta toracica.

Relativamente alle procedure endovascolari (Endoprotesi Aortiche, angioplastiche periferiche, stenting carotidei ecc.) si precisa che esse siano eseguite solamente in UO di Chirurgia Vascolare allo scopo di garantire tutte le opzioni possibili (endovascolari e chirurgiche aperte) e di provvedere ad eventuali complicanze endovascolari mediante chirurgia aperta, se necessario.

- I trattamenti flebologici chirurgici sul sistema venoso profondo si auspica vengano eseguiti in UO di Chirurgia Vascolare a seconda della complessità della procedura e/o del paziente.
- I trattamenti flebologici (chirurgici o termoablativi) sul sistema venoso superficiale si auspica vengano eseguiti prevalentemente in Unità Operative di Chirurgia Vascolare o in UO di Chirurgia Generale purché con attività minima di 50 casi/anno.

Le tabelle di seguito indicano le dotazioni strutturali e i livelli di attività che devono essere previsti per i due livelli della rete di Chirurgia Vascolare

Requisiti strutturali e di attività di un'UO di Chirurgia Vascolare di I livello

UO di Neurologia con Stroke Unit
Servizio di Radiologia con sala angiografica, angioTC, AngioRM
Terapia Intensiva e Unità Coronarica
Radiologia interventistica
Algoritmi diagnostico/terapeutici per le emergenze vascolari
Sala operatoria disponibile
Arco a "C" di buona qualità o sala ibrida
Garanzia in Magazzino di endoprotesi
Disponibilità H24 di 2 chirurghi Vascolari
Trattamento di almeno 20 aneurismi aorta addominale/anno
Trattamenti TSA, aorta, viscerali e periferici sia OPEN che ENDO

Requisiti strutturali di un'UO di Chirurgia Vascolare di II livello e per patologia toracica

UO di Cardiocirurgia o stand by cardiocirurgico
Biopompa o Circolazione extracorporea
Eco transesofageo intraoperatorio
Disponibilità a magazzino di endoprotesi toraciche
Sala ibrida (o progetto per la sua realizzazione)
Possibilità di acquisto di Endoprotesi Fenestrate o Ramificate
Trattamenti Aorta toracica e toracoaddominale OPEN e ENDO
Trattamento di almeno 30 aneurismi aorta addominale/anno

Rete ECMO

Con la DGR n. XI/2562 del 2 dicembre 2019, Regione Lombardia ha istituito la rete regionale per la gestione del trattamento ECMO (ExtraCorporeal Membrane Oxygenation), rivolta ai pazienti affetti da shock cardiogeno refrattario o arresto cardiaco non responsivo alle manovre rianimatorie, nonché ai pazienti con sindrome da insufficienza respiratoria acuta grave non trattabile con approcci convenzionali. L'obiettivo è garantire una presa in carico tempestiva, appropriata e omogenea, attraverso l'attivazione di un modello organizzativo ad alta complessità.

La rete ECMO si articola su tre livelli di competenza:

- Livello 1: Unità di terapia intensiva generale, deputate alla stabilizzazione iniziale del paziente e all'attivazione della rete ECMO, senza gestire direttamente il trattamento extracorporeo.
- Livello 2: Centri intensivi avanzati, in grado di valutare la candidabilità dei pazienti e collaborare con i centri di riferimento per il trasferimento.
- Livello 3: Centri ECMO regionali, autorizzati alla gestione completa del trattamento, compreso il trasporto in ECMO attivato, in stretta sinergia con AREU.

È stato inoltre istituito un Centro di Coordinamento Regionale ECMO, attivo 24 ore su 24 e localizzato presso la Terapia Intensiva Adulti del Policlinico di Milano. Il centro svolge funzioni cruciali di valutazione clinica, triage regionale e coordinamento operativo dei trasporti ECMO team-based, in collaborazione con AREU.

La rete opera secondo protocolli clinici e organizzativi condivisi, assicurando la centralizzazione dei casi più complessi, la formazione continua del personale, il monitoraggio degli esiti clinici e il mantenimento di standard elevati in termini di qualità e sicurezza.

Rete Emorragie Digestive

Costituita con DGR XII/2004 del 13 marzo 2024, la rete regionale per le emorragie digestive ha lo scopo di garantire una presa in carico tempestiva, appropriata e omogenea dei pazienti con emorragia digestiva acuta, riducendo la mortalità, la variabilità gestionale e l'accesso inappropriato a strutture non adeguate.

Il nuovo assetto aggiorna e supera i precedenti riferimenti normativi (Decreto n. 5168/2012) e consolida il modello di rete clinico-assistenziale delineato dalla DGR XI/1694/2019.

Modello organizzativo

La rete adotta un modello a 4 livelli progressivi di complessità assistenziale (UCED - Unità di Cura per Emorragie Digestive), articolato come segue:

- UCED di 1° livello: gestione in orario diurno (8-16, lun-ven), in collaborazione con UCED di livello superiore per l'assistenza in urgenza.
- UCED di 2° livello: garantisce reperibilità H24 e ha accesso convenzionato alla radiologia interventistica.
- UCED di 3° livello: gestione H24 con reparto di Gastroenterologia/Epatologia, radiologia interventistica e competenze su patologie digestive complesse.
- UCED di 4° livello: centri regionali per il posizionamento del TIPS (shunt porto-sistemico intra-epatico), riferimento obbligato per le UCED di livello inferiore.

AREU indirizza i pazienti con sanguinamento manifesto verso strutture con UCED di 2° o 3° livello, limitando l'invio a PS non dotati di UCED solo a situazioni straordinarie. Il trasporto secondario è responsabilità della struttura inviante, salvo urgenze tempo-dipendenti.

La suddivisione dei centri nei 4 livelli è stata formalizzata con la DGR N. XII/ 4679 del 07/07/2025

Rete Trauma

In Regione Lombardia, la rete trauma è stata rafforzata con l'adozione della DGR XI/211 del 23 gennaio 2023, che ha aggiornato l'impianto organizzativo del Sistema Integrato per l'Assistenza al Trauma maggiore (SIAT). Il provvedimento ha ridefinito i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture coinvolte, confermando un modello a rete basato sulla differenziazione dei livelli di competenza e sulla centralizzazione dei casi più complessi, in collegamento con il sistema di emergenza-urgenza territoriale gestito da AREU.

La delibera ha introdotto nuovi requisiti clinici, organizzativi e tecnologici per le strutture coinvolte, rafforzando la governance della rete, l'integrazione dei percorsi tempo-dipendenti e la raccolta sistematica dei dati ai fini del monitoraggio e del miglioramento continuo della qualità.

L'obiettivo della rete trauma di Regione Lombardia è garantire una presa in carico tempestiva, appropriata e omogenea dei pazienti con trauma maggiore su tutto il territorio regionale, attraverso la centralizzazione dei casi complessi presso le strutture più adeguate per livello e intensità di cure. Questo modello consente di assicurare la continuità assistenziale, ottimizzare l'utilizzo delle risorse specialistiche e contribuire in modo significativo alla riduzione della mortalità e della disabilità evitabile.

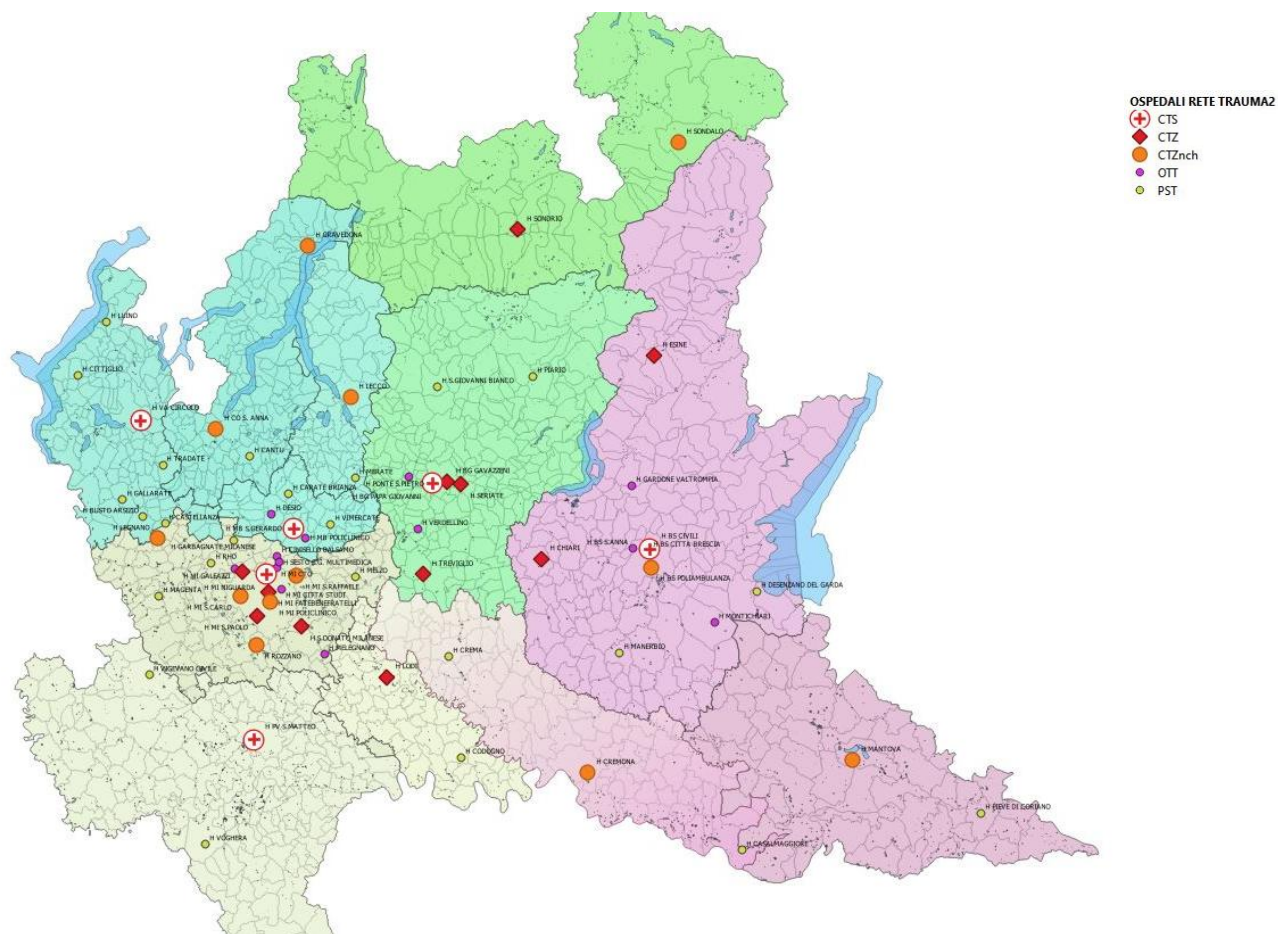
La rete trauma della Regione Lombardia si articola su più livelli di cura, secondo una logica "hub & spoke", per garantire la presa in carico tempestiva e appropriata del paziente con trauma maggiore. Alla base vi sono i Pronto Soccorso per Traumi (PST), che assicurano il primo intervento e la stabilizzazione dei pazienti in condizioni critiche, anche chirurgicamente. I Centri Trauma di Zona (CTZ), differenziati in centri con o senza neurochirurgia, gestiscono i traumi complessi h24, tranne

quelli che richiedono competenze superspecialistiche. Al vertice si trovano i Centri Trauma di Alta Specializzazione (CTS), pienamente attivi h24 e in grado di trattare ogni tipo di trauma maggiore con équipe multidisciplinari e tecnologie avanzate.

Completano il sistema le strutture OTT (Outpatient Trauma Treatment), dedicate alla gestione delle patologie traumatiche minori. Il triage pre-ospedaliero consente di indirizzare i pazienti verso il centro più appropriato in base alla gravità clinica, garantendo continuità assistenziale e omogeneità di trattamento su tutto il territorio regionale.

SIAT ORIENTALE (della Val Camonica-Franciocorta e dell'Area Padana)	
CTS	<i>Spedali Civili di Brescia (ASST degli Spedali Civili di Brescia)</i>
CTZnch	<i>Fondazione Poliambulanza di Brescia Ospedale "Carlo Poma" (ASST di Mantova) Ospedale di Cremona (ASST di Cremona)</i>
CTZ	<i>Ospedale di Chiari (ASST Franciacorta) Ospedale di Esine (ASST Valcamonica) Ospedale Maggiore di Crema (ASST di Crema)</i>
PST	<i>Ospedale di Manerbio (ASST del Garda) Ospedale di Desenzano del Garda (ASST del Garda) Ospedale Civile "Destra Secchia" di Borgo Mantovano (ASST di Mantova) Ospedale di Oglio Po (ASST Cremona)</i>
OTT	<i>Ospedale di Montichiari (ASST degli Spedali Civili di Brescia) Ospedale di Gardone V.T. (ASST degli Spedali Civili di Brescia) Istituto Clinico Sant'Anna di Brescia Istituto Clinico Città di Brescia Istituto Clinico San Rocco di Brescia Ospedale S. Pellegrino di Castiglione delle Stiviere</i>
SIAT CENTRALE (Valtellina, Orobie e Bergamasca)	
CTS	<i>Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo (ASST Papa Giovanni XXIII)</i>
CTZnch	<i>Ospedale E. Morelli di Sondalo (ASST della Valtellina e dell'Alto Lario) Ospedale Moriggia Pelascini di Gravedona</i>
CTZ	<i>Ospedale di Sondrio (ASST della Valtellina e dell'Alto Lario) Ospedale "Bolognini" di Seriate (ASST di Bergamo Est) Ospedale "Treviglio Caravaggio" (ASST di Bergamo Ovest)</i>
PST	<i>Ospedale "M.O.A. Locatelli" di Piario (ASST di Bergamo Est) Ospedale Humanitas Gavazzeni di Bergamo</i>
OTT	<i>Policlinico San Pietro Policlinico San Marco di Zingonia Ospedale Santissima Trinita' di Romano di Lombardia (ASST Bergamo Ovest)</i>

SIAT NORD-OCCIDENTALE (Insubria e Brianza)	
CTS	<i>Ospedale di Circolo di Varese (ASST dei Sette Laghi)</i> <i>Ospedale San Gerardo di Monza (Fondazione IRCCS S. Gerardo dei Tintori)</i>
CTZnch	<i>Ospedale di Legnano (ASST Ovest Milanese)</i> <i>Ospedale Sant'Anna di Como (ASST Lariana)</i> <i>Ospedale Alessandro Manzoni di Lecco (ASST di Lecco)</i>
CTZ	-----
PST	<i>Ospedale Luigi Confalonieri di Luino (ASST dei Sette Laghi)</i> <i>Ospedale Causa Pia Luvini di Cittiglio (ASST dei Sette Laghi)</i> <i>Ospedale Luigi Galmarini di Tradate (ASST dei Sette Laghi)</i> <i>Ospedale di Gallarate (ASST della Valle Olona)</i> <i>Ospedale Sant'Antonio Abate di Cantù (ASST Lariana)</i> <i>Ospedale di Vimercate (ASST Brianza)</i> <i>Ospedale di Merate (ASST di Lecco)</i> <i>Ospedale di Carate Brianza (ASST Brianza)</i>
OTT	<i>Istituto Clinico Mater Domini di Castellanza</i> <i>Ospedale di Magenta (ASST Ovest Milanese)</i> <i>Ospedale di Busto Arsizio (ASST della Valle Olona)</i> <i>Policlinico di Monza</i> <i>Ospedale E. Bassini di Cinisello Balsamo (ASST Nord Milano)</i> <i>Multimedica di Sesto San Giovanni</i> <i>Ospedale di Desio (ASST Brianza)</i>



Le afferenze CTZnch, PST, OTT sono definite dalla prossimità territoriale come descritto nella seguente tabella:

CTS OSPEDALE DI CIRCOLO DI VARESE (ASST DEI SETTE LAGHI)	
CTZnch	Ospedale di Legnano (ASST Ovest Milanese) Ospedale Sant'Anna di Como (ASST Lariana)
PST	Ospedale Luigi Confalonieri di Luino (ASST dei Sette Laghi) Ospedale Causa Pia Luvini di Cittiglio (ASST dei Sette Laghi) Ospedale Luigi Galmarini di Tradate (ASST dei Sette Laghi) Ospedale di Gallarate (ASST della Valle Olona) Ospedale Sant'Antonio Abate di Cantu' (ASST Lariana)

OTT	Istituto Clinico Mater Domini di Castellanza Ospedale di Magenta (ASST Ovest Milanese) Ospedale di Busto Arsizio (ASST della Valle Olona)
CTS OSPEDALE SAN GERARDO DI MONZA (FONDAZIONE IRCCS S. GERARDO DEI TINTORI)	
CTZnch	Ospedale Alessandro Manzoni di Lecco (ASST di Lecco)
PST	Ospedale di Vimercate (ASST Brianza) Ospedale di Merate (ASST di Lecco) Ospedale di Carate Brianza (ASST Brianza)
OTT	Policlinico di Monza Ospedale E. Bassini di Cinisello Balsamo (ASST Nord Milano) Multimedica di Sesto San Giovanni Ospedale di Desio (ASST Brianza)

SIAT SUD-OCCIDENTALE (Area Metropolitana e Ticino-Lomellina)	
CTS	Ospedale di Niguarda (ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda) Policlinico San Matteo di Pavia (Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo)
CTZnch	IRCCS Ospedale San Raffaele Ospedale San Carlo (ASST Santi Paolo e Carlo) Policlinico di Milano (Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico) Ospedale Fatebenefratelli e Oftalmico (ASST Fatebenefratelli Sacco) IRCCS Humanitas di Rozzano
CTZ	Ospedale Luigi Sacco (ASST Fatebenefratelli Sacco) Ospedale San Paolo (ASST Santi Paolo e Carlo) IRCCS Policlinico San Donato Ospedale Maggiore di Lodi (ASST Lodi)
PST	IRCCS Ospedale Galeazzi - Sant'Ambrogio Ospedale Ubolito di Cernusco SN (ASST Melegnano e Martesana) Ospedale di Melzo (ASST Melegnano e Martesana) Ospedale Vizzolo Predabissi (ASST Melegnano e Martesana) Ospedale G. Salvini di Garbagnate (ASST Rhodense) Ospedale di Rho (ASST Rhodense) Ospedale Civico di Codogno (ASST Lodi) Ospedale Civile di Voghera (ASST di Pavia) Ospedale Civile di Vigevano (ASST di Pavia) Ospedale dei bambini Vittore Buzzi (PST Pediatrico)
OTT	Ospedale Gaetano Pini (ASST Gaetano Pini) Ospedale C.T.O. (ASST Gaetano Pini) Istituto Clinico Città Studi

Le afferenze CTZnch, PST, OTT sono definite dalla prossimità territoriale come descritto nella seguente tabella:

CTS OSPEDALE DI NIGUARDA (ASST GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA)	
CTZnch	<i>Zona EST Milano: IRCCS Ospedale San Raffaele Zona OVEST Milano: Ospedale San Carlo (ASST Santi Paolo e Carlo) Zona CENTRO-SUD Milano: Policlinico di Milano (Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico) Ospedale Fatebenefratelli e Oftalmico (ASST Fatebenefratelli Sacco)</i>
CTZ	<i>Ospedale Luigi Sacco (ASST Fatebenefratelli Sacco) Ospedale San Paolo (ASST Santi Paolo e Carlo) IRCCS Policlinico San Donato</i>
PST	<i>IRCCS Ospedale Galeazzi - Sant'Ambrogio Ospedale di Melzo (ASST Melegnano e Martesana) Ospedale G. Salvini di Garbagnate (ASST Rhodense) Ospedale di Rho (ASST Rhodense) Ospedale dei bambini Vittore Buzzi (PST Pediatrico)</i>
OTT	<i>Ospedale Gaetano Pini (ASST Gaetano Pini) Ospedale C.T.O. (ASST Gaetano Pini) Istituto Clinico Città Studi Ospedale Vizzolo Predabissi (ASST Melegnano e Martesana) Ospedale Uboldo di Cernusco SN (ASST Melegnano e Martesana)</i>

CTS POLICLINICO SAN MATTEO DI PAVIA (FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO)	
CTZnch	<i>IRCCS Humanitas di Rozzano</i>
CTZ	<i>Ospedale Maggiore di Lodi (ASST Lodi)</i>
PST	<i>Ospedale Civico di Codogno (ASST Lodi) Ospedale Civile di Voghera (ASST di Pavia) Ospedale Civile di Vigevano (ASST di Pavia)</i>

Rete Trauma Mano

In Regione Lombardia, l'ambito della rete trauma ha conosciuto un'importante evoluzione a partire dall'istituzione, nel 2012, del Sistema Integrato per l'Assistenza al Trauma (SIAT), finalizzato a garantire una risposta tempestiva e qualificata ai pazienti con trauma maggiore attraverso una rete ospedaliera strutturata per livelli di competenza.

Più recentemente, con DGR n. XII/2758 del 15 luglio 2024, è stata istituita la Rete regionale per il trattamento chirurgico in urgenza del trauma complesso e delle urgenze microvascolari della mano e dell'arto superiore, che rappresenta un'estensione specialistica della rete trauma maggiore.

Questa rete si fonda su un modello organizzativo di tipo Hub & Spoke, articolato su:

- Centri di II livello (Hub) per la gestione di lesioni complesse ad alta specializzazione, con disponibilità H24 di chirurghi della mano esperti in microchirurgia e risorse dedicate (IRCCS San Gerardo di Monza, Multimedica S. Giuseppe, ASST dei Sette Laghi – Varese).
- Centri di I livello (Spoke), deputati alla gestione delle lesioni di minore complessità, in grado di trattare i casi in urgenza o di attivare il trasferimento verso il centro Hub.

La rete è supportata da AREU, che coordina i flussi pre-ospedalieri, garantisce la centralizzazione dei casi secondo criteri clinico-organizzativi condivisi, e monitora le performance della rete stessa.

L'obiettivo è assicurare omogeneità di accesso alle cure, riduzione del rischio di invalidità permanente, continuità assistenziale e diffusione di protocolli condivisi tra ospedali, in un'ottica di appropriatezza e alta specializzazione, anche grazie alla creazione di un Registro Regionale dedicato al trauma della mano complesso. Ad oltre un anno dall'applicazione della DGR XII/2758/24 è in corso una ricognizione dell'attività delle strutture all'interno della rete, con particolare riferimento agli HUB.

Le reti regionali non tempo-dipendenti

La Rete Oncologica Lombarda – ROL

Con la DGR N° XI / 5389 del 18/10/2021 è stato approvato il Piano Regionale di Prevenzione 2021-2025, il quale individua 10 Programmi Predefiniti e 12 Programmi Liberi regionali, integrati e trasversali, al fine di dare attuazione a tutti i Macro Obiettivi e a tutti gli Obiettivi Strategici del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025. In particolare, tra i Programmi Liberi, il PL 14 affronta il tema delle malattie oncologiche, ponendo tra gli obiettivi la promozione di stili di vita sani e attivi, l'estensione dei programmi di screening oncologico alla popolazione target per ciascuno dei 3 tumori oggetto di screening, l'incremento di adesione ai programmi di screening, l'identificazione precoce dei soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella.

Regione Lombardia da molti anni ha orientato la sua azione in campo oncologico per un'offerta di cura di qualità, appropriata ed orientata ai più efficienti modelli organizzativi.

Al fine di permettere la condivisione di informazioni cliniche e la comunicazione tra i medici e le strutture sanitarie che attuano prevenzione, assistono e curano persone affette da tumore, il sistema Sociosanitario Lombardo ha sviluppato la rete Oncologica Lombarda, nata nel 2005 e rafforzata con diverse progettualità che hanno portato ad importanti risultati consolidando un'ampia "community" professionale e scientifica, costituita da tutti i clinici e ricercatori coinvolti ed orientata al miglioramento della qualità di cura.

La DGR XI/1694 del 3 giugno 2019 “Reti sociosanitarie: ulteriore evoluzione del modello per l’attivazione e implementazione delle nuove reti clinico-assistenziali e organizzative”, tra le altre determinazioni, stabilisce che:

- lo strumento idoneo per l’indirizzo e il governo delle reti, è rappresentato da un Organismo di Coordinamento per ogni singola rete, che realizza un’area di raccordo tra il livello programmatorio regionale, quello organizzativo gestionale delle Aziende e tecnico-scientifico degli operatori sociosanitari;
- la governance delle reti si articola, inoltre, nelle Commissioni Tecniche che, nell’ambito delle tematiche loro assegnate, effettuano un’analisi di contesto a partire dallo studio della struttura di offerta e dai dati di attività, proponendo modelli organizzativi e modalità di sperimentazione degli stessi;

Governance della Rete Oncologica Lombarda

La Rete Oncologica Lombarda (ROL) è nata nel 2005 ed è stata implementata attraverso diverse progettualità (ROL 1: 2005 - 2008 “Progetto prototipale e consolidamento”; ROL 2: 2008-2010 “Implementazione della rete”; ROL 3: 2011-2013 “Diffusione della rete”; ROL 4: 2014-2016 “Managed Care Network”) che hanno generato una solida “community” professionale e scientifica, costituita da tutti i clinici e ricercatori coinvolti ed orientata al miglioramento della qualità di cura.

La Rete Oncologica si concentra sulle patologie neoplastiche dell’adulto e mette a disposizione le competenze necessarie alle altre reti già attive sul territorio lombardo, riguardo a specifiche tematiche di interesse. In particolar modo, si integra con le seguenti reti: Ematologica, delle Neuroscienze, Nefrologica, Diabetico-endocrinologica, della Riabilitazione e delle Cure Palliative.

L’offerta di servizi in Lombardia è molto articolata e comprende Unità Operative che si occupano dei diversi ambiti oncologici (ad es. Oncologie, Breast Unit, Oncologie radioterapiche, ...) servizi sociosanitari e di punti di erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali di oncologia variabile. Inoltre, in Lombardia è molto rappresentata anche la rete della ricerca in ambito oncologico, con la presenza sul territorio regionale di diversi IRCCS, Ospedali universitari e centri di eccellenza che partecipano alla ricerca in questo ambito; in particolare è molto rilevante il contributo alla rete nazionale Alleanza Contro il Cancro - ACC (IRCCS Ist. Naz.le dei Tumori, IRCCS Carlo Besta, IRCCS Maugeri, IRCCS Humanitas, IRCCS Ospedale San Raffaele, Istituto Europeo di Oncologia, IRCCS Fondazione Mondino), che ha l’obiettivo di mettere a disposizione del paziente oncologico le migliori diagnosi e cure e di adottare le migliori pratiche cliniche sviluppate dai singoli IRCCS, per facilitare e velocizzare il trasferimento delle eccellenze a tutti i centri che si occupano di oncologia con ricadute positive sulla salute dei pazienti.

Facendo seguito decreto n. 14505 del 11/10/2022 e n. 17313 del 29/11/2022, DG Welfare ha rinnovato la governance della Rete Oncologica di Regione Lombardia, individuando i componenti dell’Organismo di Coordinamento della Rete.

Ai fini di affrontare e sviluppare le tematiche in un’ottica multidisciplinare che consenta la più ampia e approfondita valutazione, la DG Welfare ha ritenuto opportuno con successiva comunicazione nominare, in accordo con l’Organismo di Coordinamento della Rete, i professionisti nelle Commissioni Tecniche della ROL.

L’Organismo di Coordinamento ha individuato le seguenti Commissioni Tecniche:

- Rete Breast Unit
- Rete dei tumori rari
- Modelli organizzativi delle reti per i tumori solidi
- Lung Unit
- Liver Unit
- Pancreas Unit
- Tumori Colon-Retto

E' stato inoltre attivato il gruppo di lavoro per la predisposizione dell'Istruttoria Tecnica per l'istituzione del Molecular Tumor Board Regionale ai sensi del contenuto dell'intesa Stato Regioni del 10 maggio 2023 e per l'individuazione dei centri specialistici per l'esecuzione dei test per la profilazione genomica estesa Next generation sequencing.

Rete Regionale Centri Senologia (Breast Unit)

Regione Lombardia, attraverso la propria programmazione sanitaria e attraverso i provvedimenti di attuazione, ha attivato da anni, un approccio globale, integrato e multidisciplinare alla malattia oncologica che traduce l'impostazione metodologica ed organizzativa delle raccomandazioni europee e concretizza, nell'ambito del proprio territorio, le indicazioni nazionali.

In sintesi, le tappe della costruzione e sviluppo della Rete regionale senologica:

- DGR n. IX/4882 del 21/02/2013 che approva il documento tecnico *“Linee guida per l'implementazione della Rete regionale lombarda dei Centri di senologia – Breast Units Network”*;
- DGR n. X/3568 del 14/05/2015 che recepisce l'Intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento recante *“Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei Centri di senologia”* (rep. Atti n. 185/CSR del 18 dicembre 2014) che riguarda in larga misura quanto già previsto e approvato nelle Linee Guida sopra citate;
- DGR n. X/5119 del 29/04/2016 che tra gli altri:
 - ✓ approva l'elenco delle Strutture che appartengono alla Rete regionale dei Centri di Senologia”;
 - ✓ stabilisce le caratteristiche e i criteri quali-quantitativi che i Centri di Senologia devono possedere per appartenere alla Rete regionale;
- DGR n. X/2672 del 16/12/2019 - Regole di gestione l'esercizio 2020 - introduce ulteriori indicazioni organizzative e quantitative relativamente alle Breast Unit e pertanto:
 - ✓ ribadisce il volume di attività di 150 interventi/anno (con un range del 10%) di mammella individuati secondo i criteri utilizzati nell'ambito del programma PNE, o l'approvazione dalla ATS di riferimento, di un progetto operativo di attivazione/potenziamento di una Breast Unit, anche interpresidio o interaziendale, rispettoso delle indicazioni previste dalla normativa nazionale e regionale vigente;
 - ✓ dichiara che le Breast Unit devono prevedere un unico percorso di presa in carico dei pazienti, omogeneo, con il riconoscimento di una équipe multidisciplinare che faccia riferimento per l'attività specifica ad un unico Responsabile;

- DGR n. XI/2849 del 18/02/2020 che aggiorna l'elenco delle Breast Unit regionali che rispettano il criterio del numero di interventi per equipe e per singolo operatore, anche attraverso accordi interpresidio o interaziendali che prevedono la costituzione di equipe uniche, con un unico Responsabile e percorso unitario definito.
- DGR n. XI/5010 del 05/07/2021 che aggiorna ulteriormente l'elenco delle Strutture sanitarie pubbliche e private accreditate e a contratto che appartengono alla Rete regionale dei Centri di Senologia.

I Centri di senologia sono unità funzionali che rappresentano un modello di assistenza specializzato nella diagnosi e cura del carcinoma mammario, dove la gestione del percorso della paziente è affidato ad un gruppo di esperti dedicati e con una specifica formazione.

Un team coordinato e multidisciplinare, applicando i percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali (PDTA) aggiornati e conformi alle Linee Guida nazionali e internazionali offre tempestivamente le migliori cure, garantendo quel livello di specializzazione, dalle fasi di screening sino alla gestione della riabilitazione psicofunzionale, in grado di aumentare la qualità delle prestazioni e della vita delle pazienti.

Annualmente la DG Welfare provvede alla verifica dei dati di attività delle Strutture sanitarie sedi di Breast Unit tenendo conto della soglia minima di volume di attività prevista dal Decreto Ministeriale n.70 del 2015 di 150 interventi chirurgici annui per Ca mammella per Struttura (con un range di tollerabilità del 10%).

Per aumentare la capillarità delle cure sul territorio e al fine di facilitare e garantire l'accesso ai percorsi di cura dedicati ed integrati alle pazienti in modo omogeneo sul territorio regionale, su specifiche progettualità territoriali sono state autorizzate Breast Unit interaziendali.

Queste sono riportate anche nella DGR n. XI/5010 del 05/07/2021, in cui si evidenzia il passaggio di alcune Strutture ad un'organizzazione strutturata della Breast Unit fra diversi Enti /Aziende.

L'elenco delle Breast Unit viene annualmente confermato da Decreto della Direzione Generale Welfare.

Di seguito l'elenco aggiornato (Decreto DG Welfare N. 8756 Del 10/06/2024) delle Strutture sanitarie pubbliche e private accreditate e a contratto che appartengono alla Rete regionale dei Centri di Senologia

1	ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA-MILANO	Presidio o intra- aziendali
2	HUMANITAS MIRASOLE S.P.A.	
3	FOND.IRCCS "ISTIT.NAZ.LE TUMORI"MILANO	
4	ASST PAPA GIOVANNI XXIII	
5	ASST DEI SETTE LAGHI	
6	FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI	
7	FONDAZIONE POLIAMBULANZA	
8	ASST DI CREMA	
9	ISTITUTI CLINICI SCIENTIFICI MAUGERI SPA SB	
10	ASST DI LECCO	
11	ISTITUTI OSPEDALIERI BRESCIANI SPA	
12	CLINICHE GAVAZZENI SPA	
13	CONGREGAZIONE DELLE SUORE INFERMIERE DELL' ADDOLORATA	

14	ASST OVEST MILANESE	
15	FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA - OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO	
16	ISTITUTO CLINICO MATER DOMINI S.P.A.	
17	ASST FATEBENEFRAELLI SACCO	
18	ASST DELLA VALLE OLONA	
19	ASST RHODENSE	
20	ASST DI LODI	
21	ASST DI BERGAMO OVEST	
22	ASST BRIANZA	
23	ASST DELLA VALTELLINA E DELL'ALTO LARIO	
24	ASST DI CREMONA	
25	ASST DI BERGAMO EST	
26	ASST NORD MILANO	
27	ASST SANTI PAOLO E CARLO	
28	CASA DI CURA PRIVATA - POLICLINICO DI MONZA SPA	
29	ASST GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA	
30	OSPEDALE SAN RAFFAELE SRL	
31	MULTIMEDICA SPA - CASA DI CURA IGEA SPA	Inter-aziendali (svolgono le attività secondo quanto previsto dai progetti autorizzati)
32	ASST DEGLI SPEDALI CIVILI DI BRESCIA - ASST VALCAMONICA	
33	ASST DI MANTOVA - OSPEDALE SAN PELLEGRINO	
34	ASST DI PAVIA - IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO	
35	ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA - IRCCS POLICLINICO SAN DONATO	
36	ASST DEL GARDA - ASST DELLA FRANCIACORTA	
37	ASST LARIANA - OSPEDALE MORIGGIA PELASCINI	

La Direzione Generale Welfare si avvale altresì del supporto della commissione tecnica “Rete Breast Unit” per aggiornare la parte delle linee guida che riguarda gli indicatori di monitoraggio del percorso di presa in carico dei pazienti e il relativo percorso di audit. La verifica del mantenimento delle caratteristiche quali-quantitative dei centri di senologia della rete regionale avviene inoltre annualmente attraverso le ATS di riferimento, come previsto dalla DGR n. XI/2849 del 18/02/2020, di cui l’ultima ricognizione nelle Breast Unit lombarde è di settembre 2023 (nota DG Welfare del 04/09/2023 “Adempimenti Rete Regionale dei Centri di Senologia” - Protocollo G1.2023.0034630).

L’obiettivo è quello di verificare i requisiti e caratteristiche organizzative dei Centri della Rete Regionale delle Breast Unit, allo scopo di favorire l’omogeneizzazione e l’uniformità delle pratiche assistenziali all’interno della Rete ed ai fini della raccolta della documentazione necessaria per la verifica degli adempimenti richiesti dal Comitato Permanente per la verifica dell’erogazione dei Livelli Essenziali Di Assistenza, di cui all’Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

Inoltre, con la DGR 3458/2024 è stata implementata ulteriormente l’attività regionale di monitoraggio finalizzata alla verifica del rispetto, da parte delle Strutture sanitarie pubbliche e private accreditate e a contratto che appartengono alla Rete regionale dei Centri di Senologia, degli indicatori di percorso.

Di particolare rilevanza è inoltre il lavoro svolto dalla commissione sulle Breast Unit che ha approvato con la DGR XI / 7755 del 28/12/2022 il PDTA-R gestione della persona a rischio e/o con tumore della mammella che definisce un percorso condiviso clinico ed organizzativo multidisciplinare a favore dell’omogeneizzazione e dell’uniformità delle pratiche assistenziali per migliorare e qualificare il percorso dei pazienti con tumore della mammella in Lombardia.

L'obiettivo è evitare la dispersione e duplicazione dell'offerta sanitaria, garantendo alti standard di sicurezza, equità di accesso, fruibilità e competenza, migliorando l'efficienza del sistema regionale e promuovendo l'integrazione con il programma di screening mammografico e la diagnostica clinica del territorio.

La delibera prevede, inoltre, l'estensione dell'esenzione anche ai soggetti di sesso maschile portatori di mutazioni patogenetiche dei geni BRCA1 o BRCA2, per le prestazioni di specialistica ambulatoriale correlate alla prevenzione dell'insorgenza del tumore alla mammella.

Infine, con decreto DG Welfare 1623/2025 è stato approvato il documento tecnico per la gestione della presa in carico dei pazienti con neoplasia mammaria per la stadiazione e il follow up.

Molecular Tumor Board

Il Molecular Tumor Board (MTB) è un organismo multidisciplinare dedicato alla valutazione molecolare delle neoplasie per guidare trattamenti personalizzati in oncologia. Grazie all'utilizzo di tecniche avanzate come il Next Generation Sequencing (NGS), è possibile individuare alterazioni genomiche specifiche che permettono di accedere a terapie mirate. Questo rappresenta un'importante innovazione nell'ambito oncologico, potenziando l'efficacia e la precisione delle cure.

La DGR 2442 del 3 giugno 2024 regola l'istituzione e il funzionamento del Molecular Tumor Board Regionale (MTB-R), conforme alle linee guida stabilite dal Decreto Ministeriale del 30 maggio 2023, che istituisce i MTB a livello nazionale e individua i centri specializzati per l'esecuzione di test di profilazione genomica estesa tramite NGS. Il Molecular Tumor Board rappresenta una struttura chiave per migliorare l'approccio alla cura oncologica personalizzata attraverso l'uso della profilazione genomica, favorendo così l'accesso a terapie mirate per i pazienti.

Struttura e Funzionamento del Molecular Tumor Board Regionale (MTB-R)

Il MTB-R è organizzato in un Coordinamento centrale e diverse Articolazioni Clinico-Assistenziali distribuite nelle strutture sanitarie regionali, con un totale di 11 Strutture di Ricovero e Cura di riferimento, ciascuna associata a una specifica area territoriale. Il coordinamento centrale ha un ruolo consultivo e di supporto per garantire il corretto funzionamento delle articolazioni, facilitando la collaborazione con i Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM) per ottimizzare la valutazione e l'accesso dei pazienti alle terapie personalizzate.

Le Articolazioni Clinico-Assistenziali del MTB-R:

<i>Molecular Tumor Board Regionale (MTB-R)</i>	Coordinamento Regione Lombardia
<i>Articolazione MTB-R</i>	ASST degli Spedali Civili di Brescia
<i>Articolazione MTB-R</i>	ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda
<i>Articolazione MTB-R</i>	ASST dei Sette Laghi
<i>Articolazione MTB-R</i>	Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico
<i>Articolazione MTB-R</i>	Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori

Articolazione MTB-R	Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo
Articolazione MTB-R	IRCCS Humanitas Research Hospital
Articolazione MTB-R	IRCCS Istituto Europeo di Oncologia
Articolazione MTB-R	IRCCS Ospedale San Raffaele
Articolazione MTB-R	ASST Papa Giovanni XXIII
Articolazione MTB-R	Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Il coordinamento centrale, ha la responsabilità di:

- Sviluppare linee guida per l'applicazione dei test genomici e la gestione terapeutica personalizzata.
- Armonizzare le regole operative tra le articolazioni del MTB-R.
- Proporre criteri di appropriatezza per l'accesso ai test genomici e alle terapie mirate.
- Promuovere percorsi di formazione in oncologia di precisione.
- Collaborare con il Comitato Regionale dei Servizi di Medicina di Laboratorio (CReSMel) per aggiornare la classificazione dei test genomici di I e II livello.
- Valutare e monitorare indicatori di processo e outcome per garantire la qualità delle attività cliniche.

Inoltre, il Coordinamento propone l'utilizzo di modulistica condivisa, come il consenso informato e il referto, e coordina audit tecnico-scientifici per monitorare e migliorare le modalità operative delle articolazioni cliniche del MTB-R.

Funzioni e Attività delle Articolazioni del MTB-R

Le Articolazioni del MTB-R hanno un ruolo operativo e clinico-assistenziale nella valutazione dei singoli casi proposti dai GOM. Le loro responsabilità includono:

- Prescrivere test genomici di II livello su tessuto e biopsia liquida per l'identificazione di biomarcatori predittivi.
- Proporre terapie a target molecolare basate sull'analisi dei risultati dei test genomici.
- Suggestire l'inclusione in studi clinici e fornire consulenze di genetica per varianti germinali potenzialmente ereditabili.
- Produrre un referto formale per ogni valutazione, contenente informazioni cliniche dettagliate e indicazioni terapeutiche.

Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM)

I GOM, team multidisciplinari di esperti, partecipano alla presa in carico dei pazienti e alle decisioni terapeutiche in tutti i passaggi del percorso di cura oncologico. Collaborano strettamente con le Articolazioni del MTB-R per garantire che le terapie siano personalizzate e basate su evidenze molecolari. I GOM discutono le opzioni terapeutiche per ciascun paziente a partire dalla diagnosi e

lungo tutto il percorso di cura, sottoponendo i casi complessi all'Articolazione del MTB-R per valutazioni specifiche.

Il Molecular Tumor Board (MTB) è un organismo multidisciplinare dedicato alla valutazione molecolare delle neoplasie per guidare trattamenti personalizzati in oncologia. Grazie all'utilizzo di tecniche avanzate come il Next Generation Sequencing (NGS), è possibile individuare alterazioni genomiche specifiche che permettono di accedere a terapie mirate. Questo rappresenta un'importante innovazione nell'ambito oncologico.

Pancreas Unit

La DGR n. XI/6241 del 04/04/2022 "Determinazioni in merito all'attivazione della rete regionale dei centri di diagnosi e cura dei tumori del pancreas – Pancreas Unit" ha avviato il percorso di creazione in Regione Lombardia delle Pancreas Unit, unità di cura multidisciplinari dedicate al tumore del pancreas che hanno l'obiettivo di offrire un percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale integrato alla malattia per affrontare la complessità della diagnosi e della cura di questa patologia, con l'obiettivo di migliorare i risultati clinici e la qualità dei servizi.

La numerosità delle figure professionali coinvolte nel percorso di cura del tumore del pancreas e menzionate nella DGR n. XI/6241 del 04/04/2022 sono lo specchio della complessità della patologia:

- Chirurgo Oncologo;
- Gastroenterologo ed Endoscopista;
- Oncologo Medico;
- Palliativista;
- Radiologo e Radiologo interventista;
- Radioterapista Oncologo;
- Genetista Medico;
- Anatomico Patologo e Biologo Molecolare;
- Medico Nutrizionista;
- Dietista/Biologo Nutrizionista;
- Diabetologo;
- Medico Nucleare;
- Psicologo;
- Fisioterapista;
- MultiDisciplinary Team, MDT, coordinator, Case Manager;
- Pancreas Care Nurse, Navigator Nurse;
- Research nurse.

Inoltre il centro hub deve organizzarsi con un Centro Accoglienza Pazienti, CAP, per poter effettuare una adeguata presa in carico del paziente sin dalle prime fasi diagnostiche.

Il centro periferico, spoke, non ha al suo interno tutte le competenze oppure non può eseguire attività per cui sono richiesti volumi minimi necessari a garantire un livello qualitativo adeguato alla complessità della procedura clinica. La chirurgia pancreatico, l'ecoendoscopia e la radioterapia sono

ad esempio tipiche attività i cui risultati sono altamente dipendenti dalla capacità e dalla competenza dell'operatore che le pratica, e il volume di attività svolto è in genere associato ad un miglior risultato.

Il coordinamento fra il centro hub e i centri spoke è garantito da:

- l'aderenza alle varie attività previste nel documento PDTA, Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale,
- la partecipazione congiunta dei medici degli hub e degli spoke alle riunioni multidisciplinari

L'elenco delle Strutture sanitarie pubbliche e private accreditate a contratto, identificate quali Centri Hub e Centri Spoke della Rete regionale delle "Pancreas Unit" è contenuto nel Sub Allegato 4 della DGR n. XII/2966 del 05/08/2024, aggiornamento della DGR n. XII/1802 del 29/01/2024 che stabilisce i requisiti previsti al fine del riconoscimento del Centro come parte della rete e da indicazioni in merito alla periodica verifica del mantenimento di tali parametri.

Centri Hub per la diagnosi e cura dei tumori del pancreas

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

Centri Spoke per l'Oncologia medica

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

16.	ASST Pavia - Ospedale Civile di Voghera
17.	ASST Rhodense - Ospedale di Circolo di Rho
18.	ASST Valcamonica - P.O. Esine
19.	ASST Valle Olona – P.O. S. Antonio Abate di Gallarate
20.	ASST Valle Olona – P.O. Saronno
21.	ASST Valtellina e Alto Lario - P.O. di Sondrio
22.	Congregazione Suore Infermiere dell'addolorata - Ospedale Valduce
23.	Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico
24.	IRCCS Istituto Europeo di Oncologia
25.	Istituti Ospedalieri Bergamaschi - Policlinico San Marco
26.	Istituti Ospedalieri Bergamaschi - Policlinico San Pietro
27.	Policlinico di Monza

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

1.	ASST Bergamo Est – P.O. Seriate
2.	ASST Bergamo Ovest – P.O. Treviglio-Caravaggio
3.	ASST Brianza - P.O. Vimercate
4.	ASST Crema - P.O. Crema
5.	ASST Fatebenefratelli Sacco – P.O. Fatebenefratelli e Oftalmico
6.	ASST Fatebenefratelli Sacco – P.O. Sacco
7.	ASST Franciacorta – P.O. Chiari
8.	ASST Garda – P.O. Manerbio
9.	ASST Garda – P.O. Gavardo
10.	ASST Garda – P.O. Desenzano
11.	ASST Lariana – P.O. Sant'Anna
12.	ASST Lecco – P.O. Manzoni Lecco
13.	ASST Lodi – P.O. Lodi
14.	ASST Melegnano e Martesana - P.O. di Vizzolo Predabissi
15.	ASST Pavia - Ospedale Civile di Vigevano
16.	ASST Pavia - Ospedale Civile di Voghera
17.	ASST Rhodense - Ospedale di Circolo di Rho
18.	ASST Valcamonica - P.O. Esine
19.	ASST Valle Olona – P.O. Busto Arsizio
20.	Casa di cura S. Maria Spa - Multimedica
21.	Congregazione Suore Infermiere dell'addolorata - Ospedale Valduce
22.	Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico
23.	IRCCS Istituto Europeo di Oncologia
24.	IRCCS Multimedica Sesto S.G.
25.	Istituti Ospedalieri Bergamaschi - Policlinico San Marco
26.	Istituto Clinico Beato Matteo
27.	Ospedale San Giuseppe - Multimedica
28.	Policlinico di Monza

Centri Spoke per la Radioterapia

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

Di particolare rilevanza, al fine di completare la definizione del modello clinico organizzativo e a garanzia della massima appropriatezza ed efficacia nella diagnosi e cura delle neoplasie pancreatiche, è inoltre il lavoro svolto dal Gruppo di Lavoro sulle Pancreas Unit che ha redatto il

PDTA-R “PDTA-R prevenzione e gestione tumore del pancreas e della regione periampollare” approvato con Decreto N. 11595 del 26/07/2024 e che delinea il percorso diagnostico e terapeutico dei tumori del pancreas promuovendo un approccio multidisciplinare e integrato, in considerazione dell’alta specializzazione necessaria e delle diverse figure mediche e sanitarie che devono essere coinvolte.

Rete Tumori Rari di Regione Lombardia

La Rete Tumori Rari (RTR) di Regione Lombardia costituisce un'articolazione specialistica della ROL ed è finalizzata ad assicurare la presa in carico omogenea dei pazienti affetti da tumori a bassa incidenza, attraverso un modello organizzativo fondato sulla multidisciplinarietà e sulla centralizzazione delle competenze.

La RTR di Regione Lombardia opera in integrazione con la Rete Nazionale Tumori Rari (RNTR) e con le Reti Europee di Riferimento (ERN), con l’obiettivo di garantire equità di accesso alle diagnosi molecolari, ai trattamenti innovativi e agli studi clinici, nonché di promuovere la ricerca e la formazione specifica, e si raccorda funzionalmente con la Rete Malattie Rare e per quanto riguarda le sindromi di rischio genetico di neoplasia (presidiate a livello europeo dalla Rete GENTURIS).

Organizzazione e governance

La RTR prevede centri “provider” e centri “user”, in una logica organizzativa di tipo hub & spoke (per cui user = spoke e provider = hub):

- I centri provider sono stati individuati "riconoscendo le migliori competenze professionali funzionali al conseguimento dell'obiettivo generale di buon funzionamento della Rete e, in particolare, a quello di fornire teleconsultazioni del miglior livello", come specificato nell’Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano per la realizzazione della Rete Nazionale dei Tumori Rari (RNTR) [Rep. atti n. 158/CSR. 18A00257. GU Serie Generale n.12 del 16.01.2018], integrando l'elenco sancito dall’Accordo Stato-Regioni del 21/9/23 recepito da Regione Lombardia DGR 1827 del 31/01/2024. Tali Centri sono identificati per famiglie di patologie (sarcomi, tumori neuroendocrini, tumori rari del distretto testa-collo, ginecologici e pediatrici) e garantiscono attività multidisciplinare, test genomici di secondo livello, accesso al *MTB-R*, partecipazione a studi clinici e attività di teleconsulto per il confronto clinico con gli Spoke;
- i centri user operano in stretta relazione con i centri provider della rete all’interno della ROL e si interfacciano con la RNTR. Tali Centri assicurano la presa in carico territoriale, la continuità assistenziale, il follow-up e l'attività di teleconsulto con il provider di riferimento.

Lo sviluppo delle tematiche inerenti la RTR è affidato alla Commissione Tecnica RTR, nominato dalla Direzione Generale Welfare nell’ambito della governance della ROL e composto da rappresentanti degli IRCCS, delle ASST, delle Università e delle associazioni dei pazienti.

Attività e obiettivi di sviluppo

La Rete concorre alla realizzazione del Programma di Azione Quinquennale 2023-2027 in attuazione delle linee strategiche regionali in campo oncologico, approvato con DGR n. XII/2173 del 15/04/2024 ai sensi della DGR n. XII/1438 del 27/11/2023. Nel quinquennio 2023-2027 la Rete prevede i seguenti obiettivi generali:

- implementare la RTR di Regione Lombardia in interazione con le Reti Europee di Riferimento e con la rete EURACAN per i tumori rari solidi dell'adulto;
- promuovere la digitalizzazione sanitaria;
- promuovere il coinvolgimento delle associazioni dei pazienti nell'implementazione del percorso del malato oncologico.

Rete Nutrizione Clinica

La Rete della Nutrizione Clinica Lombarda (NCL) è stata istituzionalmente avviata con la DGR di programmazione n. XI/1694/2019 e il successivo Decreto DG Welfare n. 14890 del 18/10/2022, con l'obiettivo di assicurare la presa in carico integrata, omogenea e multidisciplinare delle condizioni che richiedono intervento nutrizionale specialistico (malnutrizione per difetto ed eccesso, insufficienza intestinale cronica benigna, sindrome dell'intestino corto e patologie che necessitano di nutrizione artificiale e parenterale). La Rete è finalizzata ad armonizzare percorsi diagnostico-terapeutici sul territorio, definire requisiti dei centri e dei team nutrizionali multidisciplinari, promuovere la formazione specialistica e garantire l'integrazione con le reti di patologia correlate (oncologia, epato-gastroenterologia, malattie rare).

La Rete è articolata su livelli organizzativi distinti approvati con DGR n. XII/2966 del 05/08/2024, che definisce le caratteristiche dei team nutrizionali multidisciplinari e dei centri prescrittori della nutrizione artificiale domiciliare.

NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILIARE (NAD)

Centri regionali di riferimento: presidi con competenze cliniche, strutture di degenza e day hospital per nutrizione artificiale, laboratorio per monitoraggio clinico-nutrizionale e disponibilità a partecipare a registri regionali. (DGR XII/2966; Decreto DG Welfare n. 14890/2022).

Team nutrizionali multidisciplinari: composti da medico nutrizionista, dietista/biologo nutrizionista, infermiere esperto, chirurgo digestivo, gastroenterologo, farmacista clinico, psicologo, fisioterapista, secondo quanto definito negli allegati tecnici regionali (Decreto n. 14890/2022; Allegati tecnici DGR XII/2966).

La stessa DGR n. XII/2966 del 05/08/2024 stabilisce le caratteristiche dei centri di riferimento di nutrizione in oncologia e la successiva DGR n. XII/ 4437 del 26/05/2025 approva le caratteristiche dei centri di riferimento per la Nutrizione Clinica Pediatrica.

La governance regionale è affidata alla Direzione Generale Welfare con il supporto dell'Organismo di Coordinamento della Rete, nominato con Decreto DG Welfare n. 14890 del 18/10/2022.

L'Organismo di Coordinamento è composto da specialisti delle varie discipline coinvolte nel trattamento e nella presa in carico delle patologie che necessitano di un intervento nutrizionale ed è presieduto e coordinato dal Dirigente della Unità Organizzativa regionale competente in materia di reti.

Le Commissioni Tecniche previste nell'ambito della RNCL riguardano i seguenti temi:

- Sovrappeso e obesità;
- Malnutrizione in ospedale, sul territorio e NAD;
- Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (in coordinamento con il Tavolo specifico presso la Struttura Salute Mentale Regionale);
- Nutrizione in Oncologia ed Ematoncologia (in sinergia con la Rete Oncologica e Ematologica);
- Nomenclatore tariffario in Nutrizione Clinica.

Attività e obiettivi di sviluppo

Screening nutrizionale : implementazione dello screening nutrizionale obbligatorio nei percorsi di presa in carico ospedaliera e territoriale, secondo gli indirizzi regionali (DGR n. XII/1812 del 29/01/2024 e successive determinazioni), con azioni di compliance e indicatori di qualità.

Percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA): definizione e diffusione dei PDTA per le condizioni maggiormente a rischio nutrizionale (compresa la Sindrome dell'Intestino Corto/Insufficienza Intestinale Cronica Benigna), con definizione dei tempi-target diagnostico-terapeutici, criteri di referral agli Hub e modalità di presa in carico domiciliare. La DGR n. XII/ 4437 del 26/05/2025 approva il documento "PDTA-R Percorsi Nutrizionali per i pazienti oncologici" redatto dalla Commissione Tecnica "Nutrizione in Oncologia ed Ematoncologia" della Rete regionale della Nutrizione Clinica, in raccordo con la Rete Oncologica Lombarda.

Rete Ematologica

La Rete Ematologica Lombarda – REL è stata avviata istituzionalmente con la DGR n. VIII/6575 del 13/02/2008 che ha approvato la prima fase progettuale di durata triennale, con gli obiettivi di:

- realizzare un network per le patologie ematologiche attivando collaborazioni cliniche tra le Strutture ospedaliere del territorio;
- elaborare PDTA;
- elaborare criteri di qualità per la valutazione dei percorsi;

- realizzare un modello organizzativo per la presa in carico del paziente al fine di garantire percorsi di appropriatezza diagnostico-terapeutica, continuità delle cure ed omogeneità di trattamento sul territorio.

La stessa delibera individuava l'Ospedale Niguarda di Milano quale Ente attuatore cui demandare la responsabilità del coordinamento gestionale e operativo del progetto, in funzione delle sue caratteristiche di elevata expertise, in grado di garantire procedure diagnostico-terapeutiche complesse e all'avanguardia nel trattamento, in particolare, delle leucemie, linfomi e mielomi.

Partecipavano al progetto, oltre all'Ente attuatore, quali Strutture pilota: la ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo, la ASST Spedali Civili di Brescia e il Policlinico San Matteo di Pavia.

La prima fase del progetto REL ha consentito di mappare e valorizzare il patrimonio delle conoscenze che caratterizza l'ambito professionale e clinico ematologico e di creare una base di rapporti collaborativi e convergenza di obiettivi.

La DGR n. X/3569 del 14/05/2015 ha approvato il documento: *"REL Fase 2 - Un progetto di knowledge management"*, elaborato nell'ambito della REL, che indica le linee di sviluppo e gli obiettivi prioritari a supporto della continuità ed implementazione delle attività del network di patologia. Le linee di indirizzo sono state elaborate in base alle esperienze acquisite e ai risultati raggiunti nel corso della Fase 1 del progetto REL, oltreché, in base all'individuazione delle necessità e potenzialità di implementazione della rete.

Con Decreto DG Welfare n.2791 del 03/03/2022 sono stati nominati i componenti dell'Organismo di Coordinamento e approvato il Piano di Rete della rete Ematologica

Le finalità prioritarie della rete sono:

- garantire la migliore accessibilità alle cure per i pazienti ematologici;
- consentire la diffusione sul territorio di centri di eccellenza e di tecnologie ad elevato standard;
- garantire che la stessa qualità delle prestazioni sia erogata in tutto il territorio regionale;
- assicurare la continuità assistenziale attraverso la realizzazione di percorsi assistenziali integrati tra gli specialisti delle diverse Strutture Ospedaliere e la Medicina Territoriale;
- coniugare appropriatezza del processo di cura e sostenibilità economica.

Nell'ambito dell'Accordo sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni del 21 settembre 2023, adottato ai sensi dell'articolo 2, comma 1, lettera b), e dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento "Processo normativo e attuativo per la definizione dell'assetto della Rete Nazionale Tumori Rari", sono individuati i Centri "Provider" e "User" in ambito ematologico nella gestione del paziente con tumori rari oncoematologici in Regione Lombardia. Tale distinzione è coerente con quanto delineato dall'Intesa siglata il 26 ottobre 2017 tra Governo, Regioni e Province autonome, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 (Rep. atti n. 158/CSR, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 12 del 16 gennaio 2018) e prevede una rete clinica collaborativa "hub and spoke" di natura istituzionale coordinata da AGENAS, in accordo con il Ministero della Salute e le Regioni, dove i centri Provider rappresentano il riferimento nazionale per la consulenza clinica, organizzativa e scientifica, anche tramite l'utilizzo di strumenti di telemedicina.

Rete Nefrologica

La DGR VIII/9741 del 30/6/2009 ha avviato la sperimentazione Rete Nefrologica Lombarda – ReNe, alla quale hanno fatto seguito il Decreto DG Salute n. 1074 del 12/02/2013 che ha approvato i documenti tecnici elaborati dalla rete: “PDTA per la gestione integrata della malattia renale cronica”; “Principi diagnostici e terapeutici per le principali forme di glomerulonefriti primitive”; “Accessi per dialisi”; “Il trapianto renale” e il Decreto DG Salute n. 2750 del 9/04/2015 di nomina il Comitato Esecutivo.

Il Decreto DG Welfare n. 11269 del 25/09/2020 ha nominato i componenti dell’Organismo di Coordinamento e approva il Piano di Rete della rete Nefrologica

Commissioni Tecniche identificate:

- Rete paziente con Insufficienza renale;
- Biopsie renali;
- Dialisi peritoneale;
- Accessi vascolari;
- Trasporto del paziente dializzato (collaborazione con Agenzia Regionale Emergenza Urgenza AREU per definizione dei criteri di trasporto);
- Trapianto (collaborazione con Coordinamento Regionale Trapianti)

Attività svolte

- Predisposizione di un cruscotto di dati per il Registro Insufficienza renale cronica e trattamento sostitutivo. Definizione dei criteri per il trasporto del paziente dializzato (collaborazione con AREU per definizione dei criteri).
- Redazione di 4 documenti da parte della CT Rete paziente con insufficienza renale: dialisi peritoneale, accessi vascolari, biopsie renali, trapianto renale (collaborazione con centri trapianto e Coordinamento Regionale Trapianti)
- Rinnovo dell’elenco dei professionisti del coordinamento di rete (in corso di approvazione con decreto)

Obiettivi/Azioni

- Stesura del nuovo piano di rete
- Conclusione dei lavori delle CT:
- Rete paziente con insufficienza renale;
- Biopsie renali;
- Dialisi peritoneale;
- Accessi vascolari;
- Trapianto (collaborazione con Coordinamento Regionale Trapianti)

Rete Diabetico-Endocrinologica

Il Decreto DG Welfare n.18447 del 17/12/2019 ha rinnovato il coordinamento di rete, nominato i componenti dell'Organismo di Coordinamento e approvato il Piano di Rete della rete Endocrino-diabetologica.

Obiettivi prioritari:

- Censire e definire centri per la presa in carico, PDTA e modello organizzativo delle reti per le seguenti patologie:
 - Patologie della Tiroide
 - Osteoporosi
 - Diabete mellito
 - Piede diabetico
- Determinare criteri di appropriatezza per la gestione del paziente obeso: indicazione alla chirurgia bariatrica e follow-up post-chirurgico
- Fornire indicazioni in merito alla gestione degli squilibri elettrolitici in pazienti degenti
- Definire percorsi condivisi per le patologie endocrinologiche in gravidanza.

Commissioni Tecniche

- Patologie della Tiroide
- Osteoporosi (DGR 6327 del 02/05/2022 attivazione della rete regionale dei centri per la prevenzione, diagnosi e cura dell'osteoporosi, fratture da fragilità e patologie osteo-metaboliche)
- Diabete

Piede diabetico

Attività svolte

- Definizione dei criteri dei centri per osteoporosi e fratture di fragilità
- Definizione dei criteri dei centri per il piede diabetico (DGR 6253 del 11/04/2022) Identificazione dei centri di II e III livello e realizzazione del PDTA "Salvataggio d'arto nei pazienti con piede diabetico"(DGR163/2023)
- Definizione del documento sui livelli della rete per la patologia tiroidea (DGR 1554 del 18/12/2023)
- Ricognizione sulle caratteristiche dei centri per la diagnosi e cura di osteoporosi e fratture di fragilità

Obiettivi /Azioni

- Criteri Centri e PDTA per il Diabete mellito
- PDTA per Osteoporosi e fratture di fragilità

Rete Infettivologica

La DGR n. XI /4927 del 21/06/2021 e il Decreto DG Welfare n. 9975 del 21/07/2021 ha istituito la Rete Infettivologica di Regione Lombardia e nominato i componenti dell'Organismo di

Coordinamento della rete Infettivologica, indicato Centri infettivologici regionali di riferimento (Centri Hub e Centri Spoke).

Obiettivi prioritari:

- il collegamento istituzionale tra gli ospedali e le strutture territoriali coinvolte (servizi di igiene e sanità pubblica, cure primarie, servizi per le dipendenze, sanità penitenziaria, consultori familiari, ecc.);
- la predisposizione e implementazione di protocolli operativi e raccomandazioni cliniche;
- la definizione e verifica dell'applicazione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) per le patologie infettive prevalenti;
- l'integrazione e il coordinamento con le altre reti clinico-assistenziali regionali;

Obiettivi

- Antimicrobial stewardship e prevenzione e gestione delle infezioni da germi MDR (quale anche applicazione del PNCAR)
- Prevenzione diagnosi e trattamento delle infezioni in soggetti immunodepressi
- Endocarditi, osteomieliti ed infezioni dei devices
- Infezioni trasmesse da insetti e zoonosi (con approccio one health)

La DGR n. 3720 del 30 dicembre 2024 ha inoltre previsto, nell'ambito delle attività di preparedness, l'attivazione del Centro Regionale Malattie Infettive, configurato come Dipartimento Funzionale tra ASST Fatebenefratelli Sacco e IRCCS San Matteo di Pavia, sotto il coordinamento della Direzione Generale Welfare, per il tramite delle UO Prevenzione e UO Veterinaria.

Rete Cardiovascolare

Il Decreto DG Welfare n.18447 del 17/12/2019 ha nominato i componenti dell'Organismo di Coordinamento della rete Cardiovascolare e approvato il Piano di Rete della rete Cardiovascolare. Questa si occupa di innovazione tecnologica in ambito cardiovascolare, di definire e aggiornare i criteri guida e le modalità operative della Rete STEMI, Chirurgia vascolare, Insufficienza cardiaca acuta cronica ed avanzata e nelle attività della Cardiologia interventistica strutturale, Cardiopatia ischemica, insufficienza cardiaca acuta cronica ed avanzata, Chirurgia vascolare; Definire la Rete regionale per la gestione del trattamento ECMO in pazienti in shock cardiogeno o arresto cardiaco refrattario; Definire i criteri per la telemedicina e il PDTA del paziente cardiovascolare.

Ultime attività svolte:

- definizione requisiti per aggiornamento Rete STEMI, Chirurgia vascolare, Insufficienza cardiaca acuta cronica ed avanzata (DGR 3522) e monitoraggio sull'applicazione della Delibera. Si sta provvedendo, in applicazione della DGR n. 3522/2020, all'aggiornamento della rete di Chirurgia Vascolare, della rete STEMI e della rete scompenso cardiaco, finalizzato all'individuazione dei centri della rete
- Linee guida per il trattamento transcateretere della stenosi valvolare aortica

- Determinazioni in merito alle remunerazioni di prestazioni di assistenza ospedaliera in ambito cardiovascolare
- Rete regionale per la gestione del trattamento ECMO in pazienti in shock cardiogeno o arresto cardiaco refrattario
- Attivazione del tavolo sulla telecardiologia e redazione delle linee d'indirizzo su scompenso cardiaco, ipertensione, telemonitoraggio e teleriabilitazione domiciliare

Rete Cure palliative e Terapia del dolore

Sin dagli anni '90 Regione Lombardia ha identificato gli ambiti della Terapia del Dolore e delle Cure Palliative come strategici, intervenendo con numerosi provvedimenti di Giunta regionale che ne hanno favorito lo sviluppo e che hanno portato ad essere una realtà all'avanguardia nell'offerta di cura, non solo a livello nazionale ma anche internazionale. La legge n. 38/2010 ha sancito il diritto del cittadino ad accedere alle Reti di Terapia del Dolore e di Cure Palliative, identificando due reti ben distinte tra loro. L'assetto organizzativo e il modello gestionale di riferimento sono contenuti nell'Intesa n. 151/CSR del 25/07/2012. Con successivo Accordo n. 85/CSR del 10/07/2014 sono state identificate le figure professionali idonee ad operare rispettivamente nelle due Reti; sono stati inoltre declinati i contenuti minimi formativi che tali professionisti devono possedere. Il DM n.70/2015, recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, ha definito il numero di posti letto per i Centri Hub e il numero di Centri ambulatoriali/Centri Spoke, per milione di abitanti. I Nuovi LEA 2017, di cui al DPCM 12/01/2017, hanno definito e aggiornato i Livelli Essenziali di Assistenza anche con riferimento all'erogazione delle prestazioni assistenziali di Cure Palliative e di Terapia del dolore.

Rete Terapia del dolore

Regione Lombardia da molti anni ha orientato la sua azione per favorire lo sviluppo della Rete di Terapia del dolore.

La DGR n. IX/4610/2012 che approva il documento tecnico *“Rete Terapia del Dolore Regione Lombardia”* ha disciplinato in maniera compiuta il modello organizzativo della Rete di Terapia del Dolore, la tipologia dei pazienti e i criteri per la loro eleggibilità, i PDTA differenziati per livelli di complessità diagnostica. Ha inoltre recepito i requisiti minimi e le modalità organizzative per l'accreditamento delle Strutture per la Terapia del Dolore di Secondo (Centri CTDSL - HUB) e di Primo livello (Centri CTDPL- Spoke).

Le successive deliberazioni, DGR n. X/2563/2014 e n. X/4983/2016, infatti, a partire dal monitoraggio del bisogno e dell'offerta di cura basato sull'analisi dei volumi delle prestazioni e l'assetto organizzativo delle singole strutture, in coerenza con gli standard di cui al DM n.70/2015, identificano 4 Centri di Terapia del dolore di Secondo Livello (CTDSL - HUB) (ASST Rhodense, ASST dei Sette Laghi, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, IRCCS Maugeri di Pavia) e 25 Centri di Terapia del dolore di Primo Livello (CTDPL - SPOKE). Sono stati censiti ulteriori 41 Strutture sanitarie che erogano prestazioni di Terapia del dolore, che dimostrano la lunga tradizione in questo settore.

Sul versante della formazione professionale, la DGR n. X/5455/2016 avvia il progetto pluriennale regionale per la formazione dei professionisti della Rete regionale di Terapia del Dolore, in attuazione dell'Accordo n. 85/CSR del 10/07/2014. Questo progetto ha concluso le prime due edizioni e prevede lo svolgimento di una ulteriore edizione.

Il sistema di governance e di coordinamento della rete prevede un Organismo di coordinamento la cui composizione è stata definita con la DGR n. X/6691/2017 e che successivamente è stato istituito con Decreto della Direzione Generale Welfare n. 5223/2019.

Infine, la DGR n. XI/2672 del 16/12/2019 *“Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario per l'esercizio 2020”* ha introdotto elementi innovativi che riguardano:

- a) la riclassificazione dei Centri di Terapia del dolore attraverso la revisione del sistema di accreditamento, mediante l'aggiornamento e/o l'inserimento di nuovi requisiti, rispetto alla DGR n. IX/4610/2012; ciò consentirà la piena attuazione dell'inserimento del Codice 96 di disciplina, in coerenza al Decreto del Ministero della Salute del 22/11/2018 *“Modifica dell'elenco delle specialità cliniche e delle discipline ospedaliere”*;
- b) l'ulteriore aggiornamento della Rete di Terapia del dolore in Regione Lombardia, in coerenza al DM n. 70/2015, con l'identificazione di eventuali ulteriori 5 Centri di Primo Livello (CTDPL - Spoke);
- c) lo sviluppo delle Reti locali di Terapia del dolore al fine di facilitare il governo di sistema secondo *“Piani di Rete”* e le strategie promosse da Regione Lombardia - DG Welfare con il coinvolgimento dell'Organismo regionale di coordinamento e dei Centri di Secondo Livello di Terapia del Dolore (CTDSL – HUB).

Per l'attuazione degli obiettivi sopra descritti, l'Organismo di coordinamento della Rete di Terapia del dolore nella sua funzione di organismo tecnico, ha avviato i lavori di approfondimento propedeutici alla elaborazione di documenti tecnici finalizzati allo sviluppo delle linee di indirizzo programmatiche individuate da Regione Lombardia, anche con riferimento all'ambito specifico delle Cure palliative e Terapia del dolore pediatriche.

Rete Cure palliative

Con riferimento specifico alla Rete di Cure palliative, Regione Lombardia sin dal 1998 ha emanato un Atto di indirizzo e coordinamento specifico per le Cure palliative ed ha iniziato il processo di accreditamento molti anni prima della legge n. 38/2010, con una produzione normativa che ha regolato il settore di riferimento in modo articolato.

La DGR n. IX/4610/2012 che approva il *“Documento per lo sviluppo della Rete per le Cure Palliative in Lombardia”* ha implementato il modello organizzativo della Rete di Cure Palliative, disciplinando in maniera compiuta la tipologia dei pazienti e i criteri per la loro eleggibilità, nonché le modalità di presa in carico. Ha inoltre recepito, adeguandoli, i requisiti minimi per l'accREDITAMENTO di cui all'Intesa n. 151/CSR del 25/07/2012.

Successivamente, la DGR n. X/5918/2016 che ha disposto in merito alla evoluzione del modello organizzativo della Rete delle Cure palliative in Lombardia, ha portato alla integrazione dei modelli organizzativi sanitario e sociosanitario e rappresenta l'attuale assetto organizzativo delle Reti di Cure

Palliative in Lombardia, in attuazione della LR n. 23/2015 e in coerenza con i Nuovi LEA di cui al DPCM 12/01/2017.

Il modello organizzativo previsto definisce un coordinamento a livello regionale (Rete Regionale di Cure Palliative - RRCPP) e uno a livello locale (Rete Locale di Cure Palliative - RLCP) coordinato dalle ASST attraverso le funzioni di un Dipartimento di Cure Palliative, ove presente, aziendale o interaziendale. Sono definiti nuovi profili tariffari per ciò che riguarda gli Hospice e per le Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP-Dom), identificando per queste ultime, due livelli con differente intensità assistenziale: di base e specialistico. La citata deliberazione ha impresso un forte sviluppo alle Reti Locali di Cure Palliative (RLCP), favorendo la presa in carico precoce dei malati con bisogni di Cure Palliative. L'evoluzione del modello organizzativo ha determinato anche l'istituzione di un nuovo flusso informativo dedicato per le cure palliative, sia per il profilo residenziale Hospice, sia per le Unità di Cure Palliative domiciliari, avviato a partire dal 1° gennaio 2019. Al 31 dicembre 2019 la Rete di Cure palliative presenta: 73 Hospice accreditati e contrattualizzati per un totale di 813 posti letto che nell'anno di riferimento hanno garantito 15.047 ricoveri; 131 soggetti erogatori accreditati e contrattualizzati di UCP-Dom che hanno erogato 14.887 percorsi di presa in carico domiciliare.

Con DGR n. X/6691/2017 viene definita la composizione dell'Organismo di Coordinamento regionale della Rete di Cure Palliative, successivamente istituito con Decreto della Direzione Generale Welfare n. 5224/2019.

Il procedimento di certificazione regionale, in attuazione della legge 27/12/2013, n. 147 art. 1, comma 425 e successivo DM 4/6/2015, avviato con DGR n. X/5341/2016 che ha fornito le indicazioni per la presentazione delle istanze e conclusosi con DGR n. X/7854/2018, aggiornata con DGR n. XI/1299/2019, ha portato alla certificazione, di 126 medici palliativisti idonei ad operare nelle Reti di Cure palliative.

Infine, la DGR n. XI/2672/2019 *"Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario per l'esercizio 2020"* rilevando l'importante mutamento socio-economico ed epidemiologico nella popolazione lombarda, fornisce linee di indirizzo programmatiche strategiche volte ad identificare precocemente il bisogno di cure palliative nei pazienti complessi, cronici e fragili, raccomandando una forte sinergia tra la Rete di Cure Palliative e le Reti Clinico Assistenziali. Lo sviluppo di tale ambito prevede che venga stimolata l'attivazione di gruppi di lavoro intraospedalieri con gli specialisti di branca allo scopo di favorire cure palliative nei confronti di pazienti non oncologici e l'implementazione del livello ambulatoriale e consulenziale intra e extra ospedaliero.

Per l'attuazione degli obiettivi sopra descritti, l'Organismo di coordinamento della Rete Regionale di Cure palliative nella sua funzione di organismo tecnico, ha avviato i lavori di approfondimento propedeutici alla elaborazione di documenti tecnici finalizzati allo sviluppo delle linee di indirizzo programmatiche individuate da Regione Lombardia, tra queste, l'individuazione di indicatori specifici per monitorare la performance delle Reti Locali di Cure Palliative e l'equilibrio tra la domanda e l'offerta; la definizione di procedure di rete, ivi compreso l'utilizzo degli strumenti di rilevazione del bisogno di Cure palliative – sub allegati "E" e "F" alla DGR n. XI/1046/2018 - e l'individuazione di modalità erogative ulteriori, sia in regime ambulatoriale che consulenziale; la definizione di modalità di identificazione del bisogno di cure palliative nei pazienti complessi, cronici e fragili in fase avanzata di malattia, stratificandone il bisogno, pervenendo ad una proposta di un modello organizzativo di riferimento. Con riferimento all'ambito specifico delle Cure palliative e Terapia del dolore

pediatriche è stata avviata la definizione di un modello organizzativo di riferimento a partire dal monitoraggio del bisogno e dell'offerta e delle risorse attualmente esistenti sui territori.

Sul versante della formazione professionale, in attuazione alla DGR n. X/5455/2016 è stato avviato e concluso il progetto pluriennale regionale per la formazione dei professionisti della Rete regionale di Cure palliative. L'Organismo di coordinamento proseguirà il monitoraggio del bisogno formativo, in coerenza con l'Accordo n. 87/CSR del 10/07/2014, con attenzione anche all'ambito delle Cure Palliative e Terapia del Dolore pediatriche per le quali è prevista inoltre la definizione e programmazione di percorsi formativi specifici.

Sistema Regionale Trapianti - Rete Trapianti

L'attività di trapianto in Lombardia si inserisce nel contesto della rete nazionale trapianti, con un ruolo di eccellenza quali-quantitativo, sia sotto il profilo clinico, che organizzativo.

Il Sistema Regionale Trapianti (SRT) ha come *mission* il governo e la gestione clinico-organizzativa di tutto il complesso di attività relative al processo donazione-trapianto, per migliorare la risposta al fabbisogno di salute. Il SRT opera nell'ambito del quadro normativo di riferimento articolato su più livelli: comunitario, nazionale e regionale e in sinergia con il Centro Nazionale Trapianti.

Con la DGR n. XI/6150 del 21/03/2022 è stata rimodulata l'architettura organizzativa della rete.

Il nuovo modello organizzativo stabilisce che il "Centro regionale per i trapianti", così come previsto dalla Legge 91/1999, è costituito da due entità funzionali:

- Coordinamento Regionale Trapianti - che, ai sensi dell'art. 43, comma 3, della l.r. 30/12/2009 n. 33 e s.m.i., realizza il supporto alla programmazione regionale in tema di donazione e trapianto. E' collocato presso la DG Welfare di Regione Lombardia.
- UOC Trapianti Lombardia-NITp (" Nord Italian Transplant Program ") - è sede del "Centro interregionale per i trapianti" denominato "Nord Italian Transplant Program (NITp)" ed è collocata e opera presso la Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano con le seguenti principali funzioni:
 - supporto clinico-operativo al processo di donazione e trapianto;
 - tenuta del Registro Regionale dei donatori di cellule staminali emopoietiche;
 - valutazione di parte terza per l'attività di trapianto di organi da donatore vivente.
- **Riorganizzare la Rete Trapiantologica regionale.** Si prevede di attuare un nuovo Programma Regionale Donazione Organi e Tessuti 2024-2026. Il Programma è sviluppato dal Coordinamento Regionale Trapianti (CoRe), situato presso DG Welfare, da cui recepisce gli indirizzi di programmazione. Sarà condotto, per le funzioni delegate, di AREU, alla quale afferiscono il Coordinamento Regionale Trapianti di trasporto d'organi (CRTO), i Coordinamenti Ospedalieri di Procurement (COP) e le Banche dei tessuti e degli organi.

Organi

La DGR n. VII/20112/2004 ha approvato, in via definitiva, i criteri quali-quantitativi e le modalità per l'individuazione delle Strutture accreditate idonee ad espletare i trapianti di organi da cadavere.

In base a tali criteri e standard minimi di attività, in Lombardia sono riconosciuti con relativi provvedimenti di autorizzazione, i seguenti Centri di trapianto di organi:

STRUTTURA	Rene	Fegato	Cuore	Polmone	Pancreas	Intestino
ASST Niguarda Milano	X	X	X	X	X comprensivo di isole pancreatiche	
IRCCS Policlinico Milano	X	X		X		
ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo	X	X	X	X	X	X
IRCCS S. Matteo Pavia	X		X	X		
ASST Spedali Civili Brescia	X					
IRCCS Tumori Milano		X				
IRCCS S. Raffaele Milano	X				X comprensivo di isole pancreatiche	
ASST Varese	X					

Tessuti

Il Decreto della DG Salute n. 5529 dell'1/04/2003 stabilisce, tra gli altri, le procedure per l'autorizzazione al trapianto di tessuti, escluse le cornee, e i requisiti generali e specifici che le Strutture sanitarie devono possedere per effettuare attività di trapianto di tessuto.

In base a tali parametri, le Strutture sanitarie lombarde autorizzate al trapianto di tessuto, sono le seguenti:

STRUTTURA	Segmenti vascolari	Valvole cardiache
ASST San Carlo Milano	X	
IRCCS Policlinico San Donato Milanese		X
ASST Garbagnate Milanese	X	
IRCCS San Raffaele Milano	X	
ASST Spedali Civili Brescia	X	X

○ Centri di Prelievo di organi e tessuti

I Centri di Prelievo di organi e tessuti svolgono la loro attività secondo le modalità previste dalla normativa vigente in raccordo e sinergia con il Centro di Riferimento Regionale.

○ Banche regionali di tessuti e cellule

Le Banche regionali di tessuti e cellule, istituite ai sensi dell'art. 15 della legge 91/99, costituiscono gli istituti dei tessuti, così come definiti dall'art. 3, lettera q), del D.lgs. 191/2007.

Presso le Banche si effettuano attività di lavorazione, conservazione, stoccaggio, distribuzione di tessuti e cellule umani, operando in conformità alle disposizioni comunitarie e nazionali al fine di garantire qualità e sicurezza per la donazione, l'approvvigionamento, il controllo, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umani destinati ad applicazioni sull'uomo, a fini trapiantologici. Le Banche regionali sono le seguenti:

Banca Regionale	Sedi
Banca regionale tessuto oculare	ASST San Gerardo di Monza IRCCS Policlinico S. Matteo di Pavia
Banca regionale tessuto cutaneo	ASST Niguarda di Milano
Banca regionale tessuto muscolo-scheletrico	ASST Pini di Milano
Banca regionale tessuto vascolare e valvolare	IRCCS Centro Cardiologico Monzino di Milano
Banca regionale sangue cordonale	Fondazione IRCCS Policlinico S. Matteo di Pavia Fondazione IRCCS Ca' Granda - Ospedale Maggiore Policlinico di Milano
Banca regionale isole pancreatiche	ASST Niguarda di Milano Ospedale San Raffaele Milano

--	--

- **Ambito di supporto alle attività trapiantologiche**

- **Attività di prelievo**

- La DGR n. XI/6329 del 2.5.2022 “Sistema Regionale Trapianti: programma regionale per lo sviluppo della donazione di organi e tessuti a scopo di trapianto – 2022-2023” stabilisce gli strumenti per implementare il programma regionale di donazione attraverso le seguenti attività:

- Definizione degli assetti dei coordinamenti ospedalieri di procurement;
 - Identificazione dei Coordinamenti Ospedalieri di Procurement (COP) COP di I livello e COP di II livello;
 - Coinvolgimento nel percorso di donazione delle strutture sanitarie private accreditate;
 - Attivazione di Collegi Medici di accertamento di morte encefalica di riferimento per il territorio di ciascuna ATS;
 - Monitoraggio del paziente neuroleso;
 - Sviluppo dei percorsi di donazione a cuore fermo controllato e non controllato;
 - Definizione dei target dell’obiettivo “Attività di donazione di organi e tessuti” previsto dalla DGR n. XI/5832 del 29.12.2021 per le Direzioni Generali di ASST/IRCCS/ATS;
 - Formazione del personale sanitario.

- **Rete dei Servizi Diagnostici**

- Il Sistema Trapianti si avvale anche di programmi di supporto diagnostico di secondo livello, per l’effettuazione di esami di microbiologia e di sierologia in urgenza sul donatore e di istologia, al fine di garantire 24/7 l’adeguata definizione del profilo di rischio del donatore.

- Azienda Regionale Emergenza-Urgenza AREU per la parte di logistica e trasporti

Tra le principali attività recentemente svolte si segnala, nel 2022, la revisione e l’aggiornamento del modello organizzativo del sistema regionale trapianti, con l’obiettivo di rafforzarne l’efficacia e l’appropriatezza. Nel 2023, è stato inoltre elaborato un PDTA regionale per il paziente con grave lesione neurologica e contestualmente è stato attivato un tavolo multidisciplinare all’interno delle reti tempo-dipendenti. Tale tavolo ha il compito di valutare, in assenza di opzioni terapeutiche, l’eventuale ricovero in Terapia Intensiva a fini donativi, come previsto dal Decreto n. 8296/2023.

Il Coordinamento Regionale Trapianti (CoRe) è impegnato nella realizzazione di numerosi obiettivi strategici, tra cui:

- la predisposizione del Programma Regionale di Donazione di Organi e Tessuti;
 - l’elaborazione dei Programmi regionali di trapianto relativi a cuore, polmone, rene e fegato;
 - la verifica dei criteri di conduzione dei programmi di trapianto presso le strutture sanitarie autorizzate;
 - l’approvazione dei requisiti regionali per l’autorizzazione al trapianto di organi solidi da donatore cadavere.

Tra le iniziative più recenti si annoverano:

- l'istituzione del Programma Regionale per il trapianto di rene da donatore vivente per il biennio 2023-2024;
- l'istituzione del Programma Regionale per il trapianto di cellule staminali emopoietiche (CSE), mediante apposito atto regionale, sempre per il biennio 2023-2024;
- l'elaborazione del Programma Regionale per la donazione a cuore fermo;
- lo sviluppo del Programma Regionale per la perfusione d'organo, con il supporto logistico di AREU;
- la revisione delle modalità di rimborso per le attività di donazione di organi e tessuti e l'attivazione di un fondo regionale dedicato a sostegno della donazione.

SISTEMA REGIONALE TRAPIANTI (DGR 6150/2022; Regole Sistema Socio-Sanitario 2024)

Coordinamento Regionale Trapianti (CoRe) (c/o DG Welfare)				
Coordinamento Regionale di Procurement Consolle Regionale Trasporto Organi (c/o AREU)			S.C. Trapianti Lombardia NITp (c/o Policlinico Mi)	
9 COP di II livello (su base ATS)		Banche Tessuti/ Organi	Strutture Trapianto Organi	
21 COP I Livello (100 Presidi Ospedalieri)	Privato accreditato	Strutture Trapianto Tessuti	Rete territoriale insufficienze d'organo	

A far seguito i numerosi provvedimenti intercorsi nella XI e XII Legislatura del SSR lombardo e per garantire l'efficientamento della Rete nel suo complesso, è stato promosso il percorso di integrazione dell'offerta sanitaria ospedaliera e sanitaria-sociosanitaria territoriale.

In particolare, con

- emanazione regionale del modello assistenziale "Continuità assistenziale ostetrica: la prima visita di assistenza al domicilio alle donne dopo il parto a cura dell'ostetrica/o", (*cd home-visiting*) prevista anche dalla Deliberazione del Consiglio Regionale n.395/2024;
- investimento tecnologico (ecografi) nei Consultori Familiari come indicato dalla dgr n.1141/2023 e dalla dgr n.1827/2024 al fine di dotare tale strumentazione in ogni sede territoriale, utile a garantire prestazioni in area ostetrica e in area ginecologica;
- avviare un percorso di condivisione con i seguenti indicatori di risultato:
 - a) una procedura integrata territorio-ospedale per la "Presenza in carico della donna dalla 36^a-37^a settimana di gravidanza";

- b) una procedura integrata territorio-ospedale-territorio per il “Percorso della donna ai sensi della Legge n.194 del 22 maggio 1978” prevedendo l’offerta routinaria e istituzionale del contatto consultoriale.

Nel corso del 2025 e 2026 si realizza l’estensione regionale dell’Agenda del Percorso Nascita -WEB, sia ad uso ambulatoriale sia consultoriale, con la prescrivibilità degli esami individuati settimana - specifici ai fini della sorveglianza del decorso della gravidanza e come formalizzato dai provvedimenti regionali e dalla Deliberazione del Consiglio n.395/2024.

Rete delle Neuroscienze

Il Decreto DG Welfare n.18447 del 17/12/2019 ha nominato i componenti dell’Organismo di Coordinamento della Rete delle Neuroscienze. La Rete presenta le Commissioni tecniche sull’Ictus per le cui attività si rimanda a quanto esposto sulla Rete Stroke Unit, sulle demenze, sulla cefalea e su parkinson e parkinsonismi atipici, con l’obiettivo di migliorare i percorsi di riabilitazione neurologica sia intraospedaliera sia territoriale, mettere a sistema le diverse esperienze aziendali e della medicina di famiglia di utilizzo della telemedicina nell’ambito delle neuroscienze con l’obiettivo di incrementare l’erogazione appropriata di tali prestazioni nell’ottica della presa in carico complessiva del paziente.

Con Decreto Direzione Generale Welfare n. 366 del 18/01/2017 sono stati definiti i percorsi di presa in carico della persona affetta da sclerosi multipla e le caratteristiche organizzative della rete dei centri di riferimento.

Con DGR XI/3477 del 05/08/2020 e DGR XI/3677 del 13/10/2020 è stata costituita e sono stati identificati i centri della rete regionale per la diagnosi e il trattamento delle cefalee.

Nel 2021 è stato predisposto il Piano di Attività 2021-2023 di Regione Lombardia per l'accesso al Fondo nazionale Alzheimer e demenze. La Commissione Tecnica Demenze ha predisposto la definizione dei Centri per i disturbi cognitivi e le demenze (CDCD) regionali e sta elaborando il PDTA regionale sulle demenze.

Gli obiettivi della rete sono inoltre:

- Implementazione sistema per la gestione integrata dei pazienti con declino cognitivo/demenza e loro familiari, con sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di telemedicina.
- Rivalutazione modello organizzativo Cefalea, Parkinson e parkinsonismi atipici, Epilessia
- Attivazione tavolo di lavoro per definizione rete dei centri per Malattie demielinizzanti e Sclerosi multipla
- Definire l’organizzazione in rete delle Neurochirurgie lombarde con particolare riguardo alla distribuzione territoriale e alla valutazione dei volumi in conformità a quanto stabilito dal Decreto Ministeriale 70/15
- Migliorare i percorsi di riabilitazione neurologica sia intraospedaliera sia territoriale

Nel corso degli ultimi anni sono state attivate più Commissioni Tecniche, che hanno prodotto documenti programmatici e operativi a supporto dell'organizzazione regionale. Tra le attività, con Decreto della Direzione Generale Welfare n. 18447 del 17 dicembre 2019 è stato approvato il Piano di Rete della Rete Clinico Assistenziale e Organizzativa Neuroscienze, che include tra gli obiettivi prioritari il censimento e la definizione del modello organizzativo della rete lombarda per le Demenze, con istituzione di una commissione tecnica costantemente attiva.

I lavori della commissione tecnica della rete hanno portato, in seguito alle ricognizioni e al censimento delle dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) e alle loro attività, alla DGR XII/1553 del 18/12/2023, cioè alla definizione di un documento descrittivo delle caratteristiche dei CDCD e della loro organizzazione in rete, e alla formulazione di un PDTA regionale raccomandato, che ha visto il coinvolgimento di più di 50 membri di diverse professioni, discipline, nonché istituzioni e associazioni di pazienti, con peer-review del documento da parte di componenti di organi centrali, come l'Istituto Superiore di Sanità, e di altre regioni. La rete ha favorito la condivisione della pratica clinica e la fruibilità dei dati disponibili, sia tramite la raccolta di dati tramite survey, sia tramite l'uso dei sistemi informativi lombardi, esitando in pubblicazioni scientifiche su riviste internazionali che permettono oggi il confronto con altre regioni e nazioni.

Già con il Fondo Demenze 2021-23, ed oggi con il Fondo Demenze 2024-26, recepito con DGR XII/4476 del 03/06/2025, sono state avviate attività formative multidisciplinari e multiprofessionali in tutte le 8 ATS regionali, con l'obiettivo di disseminare e formare sul PDTA raccomandato regionale i professionisti dei CDCD, degli ospedali e del territorio, inclusi gli MMG. Il PDTA prevede la stratificazione in base all'indice di fragilità, alla diagnosi precoce e alla multidisciplinarietà della presa in carico e gestione dei pazienti. Inoltre, secondo le disponibilità dell'Istituto Superiore di Sanità, alcuni professionisti del Sistema Socio-Sanitario Lombardo hanno partecipato a sessioni di formazione con altri professionisti di altre regioni italiane, per favorire il confronto interregionale e la condivisione di buone pratiche.

Attualmente, il Piano Nazionale Demenze è in corso di aggiornamento sotto il coordinamento del Ministero della Salute e dell'Istituto Superiore di Sanità, con il coinvolgimento nella stesura di tutte le regioni, inclusa Regione Lombardia. In attesa, la commissione tecnica demenze continua costantemente ad osservare attentamente e discutere i più recenti sviluppi scientifici, terapeutici e tecnologici.

Nel campo delle cefalee, la Regione ha avviato un progetto specifico in attuazione del Decreto ministeriale del 23 marzo 2023, che promuove la sperimentazione di modelli regionali per la presa in carico delle forme croniche di cefalea primaria. La progettualità mira a strutturare una rete di centri di secondo e terzo livello, integrata con i percorsi diagnostici-terapeutici già esistenti e in raccordo con le reti delle altre regioni. Gli obiettivi includono l'equità di accesso, la tempestività nella presa in carico, l'integrazione tra i professionisti coinvolti (specialisti, MMG, pronto soccorso), la promozione della formazione del personale sanitario e il coinvolgimento di figure specialistiche in funzione dei bisogni del paziente (es. ginecologi, psicologi).

Parallelamente, è stata avviata una rivalutazione dell'organizzazione per Parkinson e parkinsonismi atipici, così come per l'epilessia, con l'obiettivo di aggiornare i modelli assistenziali alla luce delle evoluzioni cliniche e organizzative. È inoltre in corso il lavoro per la definizione della rete regionale per le malattie demielinizzanti e la sclerosi multipla, attraverso la costituzione di un tavolo tecnico dedicato.

Un ulteriore ambito di intervento riguarda la neurochirurgia, per la quale si sta lavorando alla definizione di una rete organizzativa a livello regionale, con attenzione alla distribuzione territoriale delle strutture e alla verifica dei volumi di attività, in conformità a quanto previsto dal D.M. 70/2015.

Infine, uno degli obiettivi trasversali della rete è il miglioramento dei percorsi di riabilitazione neurologica, sia in ambito intraospedaliero sia sul territorio, con particolare attenzione all'integrazione delle strutture riabilitative neuromotorie all'interno delle unità funzionali, al fine di garantire continuità assistenziale e presa in carico multidisciplinare dei pazienti.

Rete Reumatologica

La DGR XI/1694 del 3 giugno 2019 "Reti sociosanitarie: ulteriore evoluzione del modello per l'attivazione e implementazione delle nuove reti clinico-assistenziali e organizzative", tra le altre determinazioni, stabilisce che:

- lo strumento idoneo per l'indirizzo e il governo delle reti, è rappresentato da un Organismo di Coordinamento per ogni singola rete, che realizza un'area di raccordo tra il livello programmatico regionale, quello organizzativo gestionale delle Aziende e tecnico-scientifico degli operatori sociosanitari;
- la governance delle reti si articola, inoltre, nelle Commissioni Tecniche che, nell'ambito delle tematiche loro assegnate, effettuano un'analisi di contesto a partire dallo studio della struttura di offerta e dai dati di attività, proponendo modelli organizzativi e modalità di sperimentazione degli stessi;

Facendo seguito alla DGR XI/1694, il Decreto DG Welfare n. 18447 del 17 dicembre 2019 ha provveduto a nominare i componenti dell'Organismo di Coordinamento della Rete Reumatologica e approvarne il Piano di Rete volto a definirne il modello organizzativo regionale e individuarne gli obiettivi prioritari fra cui:

- individuare i criteri di accesso ad una prima visita specialistica reumatologica e invio da parte del Medico di Medicina Generale;
- stabilire i criteri di appropriatezza e le modalità organizzative del percorso riabilitativo del paziente reumatologico.

A questi si aggiunge l'organizzazione di percorsi terapeutici e riabilitativi regionali di cura e diagnosi per le persone affette da fibromialgia, in applicazione del Decreto Ministeriale che ripartisce fra le Regioni un fondo nazionale dedicato.

Le associazioni dei pazienti e di volontariato attivo sono parte del Coordinamento della Rete Reumatologica, rappresentate dal direttivo delle associazioni ALOMAR e GILS.

Il modello lombardo di presa in carico dei pazienti cronici ha evidenziato che sono seguiti all'interno del Sistema sociosanitario regionale (dato anno 2017): circa 41.800 pazienti affetti da artrite reumatoide (in maggioranza donne tra i 40 e i 79 anni); circa 19.700 pazienti con psoriasi e artrite psoriasica (in maggioranza uomini tra i 40 e i 64 anni); circa 7.700 pazienti affetti da malattie del tessuto osteo-muscolare e del tessuto connettivo e circa 6.800 pazienti affetti da malattia di Sjogren.

In Regione Lombardia sono presenti 10 Unità Operative di Reumatologia.

Criteri di invio a visita specialistica da parte del mmg-reumatologo in caso di sospetto di malattia reumatologica

L'esigenza di giungere a un tempestivo invio del paziente con sospetta malattia reumatologica da parte del Medico di Medicina Generale allo specialista reumatologo è in accordo con la necessità di una diagnosi precoce che diviene in Reumatologia tanto più importante e cruciale quanto più efficaci sono le terapie attualmente a disposizione. Esistono ampie evidenze a dimostrazione del fatto che una precoce strategia terapeutica, prima dell'instaurarsi di danni irreversibili, è in grado di modificare il decorso della malattia e di ridurre la disabilità in molti pazienti reumatologici.

I criteri di invio regolamentati da Regione Lombardia sono stati riferiti a 5 gruppi nosologici relativi a patologie infiammatorie croniche che nel loro insieme coprono circa il 70 % delle patologie reumatologiche epidemiologicamente più rilevanti (Artrite Reumatoide, Spondiloentesoartriti, Polimialgia Reumatica, artriti microcristalline, connettiviti sistemiche).

Fibromialgia

La fibromialgia è una patologia cronica con elevata prevalenza in Italia, stimata intorno al 2,2% della popolazione e la cui presentazione clinica ha molteplici manifestazioni, dal dolore cronico diffuso ai disturbi del sonno, all'affaticamento cronico e ai disturbi cognitivi, sintomi spesso sovrapponibili ad altre patologie rendendo difficile non solo la sua diagnosi ma anche il suo trattamento.

Dagli studi epidemiologici, la maggiore prevalenza è nella fascia d'età compresa tra i 35 ei 55 anni, ovvero quando i pazienti si trovano nel pieno della loro vita lavorativa, che viene però fortemente compromessa dai sintomi della fibromialgia. È di fatto, ad oggi, una delle principali cause di disabilità, ed ha di conseguenza un grande impatto sulla qualità della vita dei pazienti.

Per questo motivo una diagnosi precoce e un trattamento tempestivo e appropriato è riconosciuto come fattore che influenza positivamente la storia clinica della sindrome, con ricadute favorevoli a livello clinico, psicologico, sociale ed economico. Ciononostante, sussistono ancora problemi significativi in merito alla tempestività della diagnosi, all'accesso alle terapie - in particolare a quelle innovative - e al coordinamento dell'assistenza adeguata a questi pazienti.

Queste osservazioni hanno evidenziato la necessità di predisporre in Regione Lombardia percorsi di cura condivisi per la fibromialgia che siano in grado di:

- garantire una diagnosi precoce;
- effettuare valutazioni multidimensionali dei bisogni sanitari e delle diverse problematiche fisiche, psichiche e sociali;
- integrare la molteplicità degli interventi e garantire che la cura del paziente non sia compromessa dalla frammentazione del percorso;
- migliorare la qualità dell'assistenza e garantire un accesso equo ai trattamenti;
- gestire correttamente la condizione e ridurre le complicanze;
- ridurre i costi socioeconomici.

Esse sono state declinate con la DGR 4297/2021, con cui Regione Lombardia ha previsto l'attivazione della Commissione Tecnica Fibromialgia, parte della Rete Reumatologica, il cui obiettivo è stato la definizione degli indirizzi regionali e delle indicazioni terapeutiche per la gestione del paziente con fibromialgia. La Commissione Tecnica, così come il Coordinamento della Rete Reumatologica Lombarda, sono entrambi composti da professionisti di riferimento sulla patologia, rappresentanza di ASST e/o Strutture private accreditate a contratto, Medici di Medicina Generale Società Scientifiche e rappresentanze professionali, e Associazioni dei pazienti.

La Commissione Tecnica regionale sulla fibromialgia ha provveduto a definire le caratteristiche dei diversi livelli di assistenza, individuando volumi, centri di riferimento e livelli della rete gerarchica per la presa in carico del paziente. Da quanto previsto dalla DGR n. XI/7880 del 6/02/2023 "Determinazioni in merito alla costituzione della Rete regionale dei Centri per la diagnosi e cura della fibromialgia", i livelli assistenziali per i pazienti affetti da Fibromialgia sono stati così definiti:

- MMG e attività ambulatoriale reumatologica periferica per la gestione dei casi lievi/moderati (1° livello);
- attività multi-specialistica nei centri ospedalieri per la gestione dei casi severi/molto severi (2° livello);
- I centri ospedalieri possono essere ulteriormente stratificati, in base alla possibilità di coordinamento e offerta di percorsi assistenziali multi-specialistiche, identificando tra questi i Centri di Riferimento di 3° Livello.

I Centri regionali per la diagnosi e cura della fibromialgia sono stati pertanto individuati da Regione Lombardia in base al soddisfacimento dei requisiti richiesti e del bacino di utenza attraverso il Decreto DG Welfare n. 4286 del 22/03/2023 "Rete regionale dei centri per la diagnosi e cura della fibromialgia – attuazione della DGR n. XI/7880 del 06/02/2023", nel dettaglio:

CENTRI DI RIFERIMENTO - 3° LIVELLO

IRCCS Ospedale San Raffaele
ASST di Mantova
IRCCS Galeazzi- Sant' Ambrogio
ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda
ASST Spedali Civili Brescia
Fondazione IRCCS San Matteo

CENTRI DI 2° LIVELLO

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori – Monza
ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini - CTO
ASST Santi Paolo e Carlo
ASST Rhodense
ASST Papa Giovanni XXIII
ASST dei Sette Laghi
ASST Brianza
ASST Bergamo Ovest
ASST Cremona
Ospedale Moriggia Pelascini
COF Lanzo Hospital
Casa di Cura Habilita
Casa di Cura Villa Gemma
Istituti Clinici di Pavia e Vigevano

Il Decreto stabilisce inoltre che i CENTRI DI 1° LIVELLO sono identificati nei Medici di Medicina Generale e nelle Strutture sanitarie pubbliche e private accreditate a contratto dotate di ambulatori di reumatologia.

Facendo seguito all'Accordo in Conferenza Stato Regioni che ha portato all'individuazione di un fondo ministeriale (DM dell'8 luglio 2022) finalizzato allo studio, alla diagnosi e alla cura della fibromialgia, di supporto alla definizione dei percorsi regionali di presa in carico dei pazienti, Regione Lombardia ha provveduto, secondo le tempistiche previste dal Ministero, a definire con la Commissione Tecnica il percorso di attuazione dell'accordo.

Il Decreto da mandato pertanto ai Centri di riferimento di predisporre, per il tramite dell' ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, individuata quale Ente coordinatore, un progetto congiunto, in conformità alle indicazioni e alle finalità contenute nel DM dell'8/07/2022.

Gli obiettivi dell'intervento sono:

1. la stesura di un modello di diagnosi e presa in carico condiviso con la DG Welfare.
2. l'attuazione e monitoraggio del modello proposto di presa in carico del paziente con fibromialgia e/o sospetta fibromialgia;
3. l'integrazione dei Centri di Riferimento con i Centri di II livello e I livello della rete, facilitando l'accesso alle strutture per i casi di particolare complessità e problematicità clinica e attivando strumenti strutturati di consulenza e supporto a distanza, anche con strumenti di teleconsulto;
4. la predisposizione di supporti e sistemi informativi per la gestione del percorso e per l'implementazione dell'assistenza ai malati;
5. la definizione dei requisiti per la strutturazione di un registro regionale dei pazienti con fibromialgia e monitoraggio dei dati di attività della rete;
6. la realizzazione di attività e percorsi formativi per gli altri Centri della rete, in particolare sul modello di diagnosi e presa in carico;

7. la programmazione di incontri di aggiornamento periodici tra i Centri della rete al fine di discutere casi clinici, aggiornarsi sulle sperimentazioni cliniche, promuovere e sviluppare studi clinici multicentrici;

Regione Lombardia aveva istituito a questo scopo in data 28/12/2022 i capitoli di entrata e di spesa per i fondi del riparto del contributo di 5 milioni di euro, ex articolo 1, comma 972, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, finalizzato allo studio, alla diagnosi e alla cura della fibromialgia previsti dal DM Salute del 8 luglio 2022. La quota di riparto prevista per Regione Lombardia è di 854.181 euro.

I citati fondi sono stati impiegati per la realizzazione dei programmi specifici, in ottemperanza al dettato ministeriale, con le modalità indicate nel progetto “Rete regionale dei Centri per la diagnosi e cura della fibromialgia”, di durata biennale, proposto dai Centri di Riferimento ed approvato con Decreto N. 12097 del 09/08/2023.

Il progetto vede i 6 Centri di riferimento regionali individuati dal Decreto DG Welfare n. 4286 (ASST Niguarda, ASST Spedali Civili di Brescia, ASST Mantova, IRCCS San Matteo di Pavia, IRCCS San Raffaele, IRCCS Ospedale Galeazzi Sant’Ambrogio) come riferimento per le Strutture ospedaliere e territoriali regionali, con ASST Niguarda individuato quale Ente coordinatore regionale.

Al centro del progetto c'è la necessità di definire, organizzare e sistematizzare la sequenza più appropriata di eventi ed azioni per garantire che i problemi segnalati dai pazienti siano affrontati nel modo più efficace possibile e favorire a livello territoriale il corretto invio dei pazienti alle Unità multidisciplinari dei centri ospedalieri, sensibilizzando i medici di medicina generale e gli ambulatori territoriali alla fibromialgia, dando indicazioni sulla gestione del paziente e supportando la collaborazione e la consulenza con i Centri di riferimento per una corretta valutazione clinica, psicologica e riabilitativa.

Fra i principali obiettivi declinati nel Progetto Regionale:

- la costituzione di una Rete Regionale per la gestione del paziente con sindrome fibromialgica, in grado di intercettare pazienti non ancora posti a diagnosi e quindi non trattati o sottotrattati, di definire una diagnosi precisa ed il livello di gravità e di ottimizzare e uniformare i percorsi di terapia più appropriati per ogni paziente;
- la creazione del Board di Coordinamento della Rete Regionale e di 4 Commissioni Tecniche, con compiti di coordinamento, definizione dei contenuti scientifici e dei percorsi clinici e telematici, definizione delle strategie di formazione e comunicazione, definizione delle policy di raccolta dati e rispetto della privacy, orientamento e controllo nelle varie fasi di attività del progetto;
- l'ideazione e realizzazione di moduli informatizzati, costituenti la Piattaforma Telematica Integrata, a supporto della attività clinica, organizzativa, gestionale e formativa della Rete e dei servizi di supporto al paziente;
- la realizzazione di un piano di comunicazione sui servizi della rete, per informare i pazienti e la cittadinanza del progetto, delle modalità di accesso, dei risultati progressivamente raggiunti;

- la formazione degli operatori coinvolti nella erogazione dei servizi;
- la promozione della raccolta sistematizzata dei dati e l'analisi dei dati raccolti.

Come previsto dal Decreto di approvazione del progetto N. 12097 del 09/08/2023, l'Ente Coordinatore ASST Niguarda dovrà inviare alla DG Welfare una relazione e rendicontazione intermedia sull'esecuzione delle attività progettuali in corso ai 12 mesi di attività e produrre la relazione scientifica e la rendicontazione economica finale ai 24 mesi di attività.

Si allega la presentazione preliminare alla relazione intermedia dove vengono evidenziate le commissioni attivate dal progetto per lavorare sugli obiettivi proposti e la Piattaforma Telematica Integrata in fase di rilascio a supporto di molte delle attività della Rete.

La piattaforma, *Fibronet Care*, permetterà di attivare servizi di Telemonitoraggio e Videoconsulenza dedicati ai pazienti fibromialgici in carico ai centri della rete regionale.

Osteoporosi

Con la Delibera n. XI/6327 del 02/05/2022 Regione Lombardia ha dato le indicazioni per costituire la Rete regionale dei Centri per la prevenzione, diagnosi e cura dell'osteoporosi, fratture da fragilità e patologie osteo-metaboliche.

Le fratture da fragilità costituiscono una delle principali sfide per i Sistemi Sanitari dei Paesi Occidentali, per il loro crescente numero a fronte del costante aumento della popolazione in età anziana. La rilevanza della patologia è stata evidenziata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dal Ministero della Salute ed è stata oggetto del documento di indirizzo "Una strategia di intervento per l'osteoporosi" della Conferenza Stato-Regioni del 10 maggio 2018, che ha sottolineato la necessità di un approccio che consenta il raccordo e il coordinamento degli interventi di prevenzione, diagnosi e cura dell'osteoporosi e delle sue complicanze, in un'ottica di integrazione e valorizzazione delle competenze e professionalità coinvolte.

Nel corso della vita, circa il 40% della popolazione incorre in una frattura di femore, di vertebra o di polso, nella maggioranza dei casi dopo i 65 anni, con elevati costi sociali ed economici, non solo per la spesa sanitaria generata dai ricoveri, ma anche per la disabilità e perdita di autonomia che ne derivano, soprattutto nel caso di fratture di femore.

Sulle tematiche dell'osteoporosi, delle fratture da fragilità e delle patologie osteo-metaboliche la DG Welfare ha attivato una Commissione Tecnica all'interno della Rete Endocrino-diabetologica Lombarda. La delibera approvata dalla Giunta definisce il modello organizzativo, che assicura la continuità assistenziale attraverso un team multiprofessionale e il monitoraggio, mediante adeguati strumenti di valutazione, delle fasi di passaggio tra i vari setting assistenziali, identificando tre differenti livelli di intervento:

- Medici di Medicina Generale e Specialisti per patologia prevalente – I livello;
- Ambulatorio osteoporosi – II livello;
- Centro/Unità osteoporosi e patologia osteometabolica – III livello.

La DG Welfare ha censito le Strutture sanitarie pubbliche e private accreditate a contratto nel territorio regionale per definire i Centri che andranno a costituire la Rete regionale per la prevenzione, diagnosi e cura dell'osteoporosi, fratture da fragilità e patologie osteo-metaboliche.

È in preparazione l'atto per l'individuazione dei centri.

Rete Udito

Il Decreto DG Welfare n. 11539 del 31/08/2021 ha nominato i componenti dell'Organismo di Coordinamento e approvato il Piano di Rete della Rete Udito che si sta occupando di supportare l'attività di screening audiologico neonatale attraverso la riprogettazione piattaforma regionale di screening audiologico, di identificare i centri per l'implantologia acustica con la loro messa in rete, di stabilire gli indirizzi per i meccanismi di gara in ambito di implantologia e protesica, di definire i requisiti qualitativi e modelli organizzativi dei centri per la prescrizione, la fornitura e l'assistenza protesica acustica, di rivedere i percorsi diagnostico terapeutici, riabilitativi ed assistenziali relativi alle patologie otologiche.

Rete malattie rare

La Rete per le malattie rare della Lombardia al 26/10/2020 (DGR n. XI/3711) è costituita da 61 Presidi [13 Presidi individuati inizialmente (DGR n. 7328 dell'11/12/2001) e 41 identificati con successivi aggiornamenti (luglio 2002, febbraio 2005, agosto 2006, gennaio 2009, giugno 2011, febbraio 2012, febbraio 2013, luglio 2013, febbraio 2014, aprile 2015, agosto 2015, febbraio 2016, aprile 2017, settembre 2017, maggio 2018, luglio 2018, aprile 2019, ottobre 2020, maggio 2021), dalle 8 Agenzie di Tutela della Salute (ATS) e dal Centro di Coordinamento regionale.

I Presidi sono individuati tra quelli in possesso di documentata esperienza diagnostica e/o terapeutica, nonché di idonea dotazione di strutture di supporto e di servizi complementari (per es. di diagnosi genetica). Il ruolo di Centro di Coordinamento è stato affidato al Centro di Ricerche Cliniche per le Malattie Rare Aldo e Cele Daccò dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS, attivo già dai primi anni '90 nella ricerca, informazione e formazione per le malattie rare. Le ATS rappresentano i punti di contatto tra la Rete regionale, i Medici di Assistenza Primaria, i servizi territoriali e il cittadino. Le attività di coordinamento operativo e di condivisione delle strategie comuni in materia di malattie rare sono assicurate dai competenti uffici della D.G. Welfare.

Centro di Coordinamento regionale

Sin dalla istituzione della Rete regionale malattie rare, al Centro di Coordinamento sono stati attribuiti diversi compiti. In particolare, le attività attualmente in corso si svolgono secondo le articolazioni di seguito riportate:

- 1) Gestione del Registro regionale delle malattie rare, coordinata con il Registro nazionale dell'ISS,
- 2) Coordinamento dei Presidi della Rete, al fine di garantire la tempestiva diagnosi e l'appropriata terapia, qualora esistente, anche mediante l'adozione di specifici protocolli concordati
- 3) Consulenza e supporto ai medici del SSN in ordine alle malattie rare ed alla disponibilità di farmaci appropriati per il loro trattamento;
- 4) Collaborazione alle attività formative degli operatori sanitari e del volontariato ed alle iniziative preventive;
- 5) Informazione alle Associazioni dei malati e dei loro familiari ed ai cittadini in generale in ordine alle malattie rare ed alla disponibilità dei farmaci;
- 6) Mantenimento dei Servizi a disposizione degli utenti: Help-line telefonica, consulenza specialistica, sito internet dedicato, produzione di materiale informativo.
- 7) 7) il monitoraggio epidemiologico nell'ambito del progetto regionale per lo Screening neonatale esteso (SNE) collaborazione al lavoro di gruppi tematici (Coordinamento regionale del sistema SNE, Tavolo Tecnico Interregionale Malattie Rare, Tavolo di Lavoro per la predisposizione del nuovo Piano Nazionale delle malattie rare, Osservatorio Farmaci Orfani).

Il Centro di Coordinamento partecipa inoltre al Progetto Rete Italiana Centri di Ascolto & informazione sulle Malattie Rare – RICAMaRE, promosso dal Centro Nazionale Malattie Rare dell'ISS. Sono previste tra le altre attività di partecipazione alle Reti di riferimento europee per le malattie rare.

La Rete delle Malattie Rare è stata oggetto di un recente aggiornamento normativo con la DGR n. XII/2443 del 03/06/2024, che definisce criteri di attribuzione delle quote in base al numero di codici di malattia gestiti e alla partecipazione delle strutture agli ERNs (European Reference Networks). Nello specifico, l'attribuzione delle quote avviene secondo una scala progressiva basata sul numero di codici assegnati alle strutture (da meno di 10 a oltre 300) e su quante reti ERN risultano attive per ciascun centro, con una quota aggiuntiva per ogni partecipazione.

Gli obiettivi della rete includono:

- La proposta di modelli per la domiciliazione delle terapie, anche tramite centralizzazione degli acquisti a livello regionale;
- La revisione dei presidi attualmente facenti parte della rete, al fine di razionalizzarne e aggiornarne la configurazione;
- Il miglioramento dei sistemi di raccolta dati e monitoraggio, con l'attivazione della nuova piattaforma del Registro regionale delle Malattie Rare;
- La definizione dei livelli assistenziali per specifiche patologie, attraverso l'elaborazione di PDTA dedicati;
- L'individuazione di presidi riabilitativi specifici per il trattamento di pazienti con malattie rare;
- La valorizzazione del ruolo delle ERN come strumento di qualificazione della rete;
- L'attuazione concreta delle indicazioni contenute nel nuovo Testo Unico sulle Malattie Rare, recepito a livello regionale.

Sistema Trasfusionale Regionale - Rete attività trasfusionali

In sintesi, le tappe della costruzione e sviluppo della Rete regionale delle attività trasfusionali:

- ✓ DGR n. IX/3465 del 16 maggio 2012 requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle attività sanitarie dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta
- ✓ DGR n. IX/3825 del 25 luglio 2012 “Caratteristiche e funzioni delle Strutture Regionali di Coordinamento (SRC) per le attività trasfusionali”
- ✓ DGR n. IX/4612 del 28 dicembre 2012 “Linee guida per l’accreditamento dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti”
- ✓ DGR n. X/1632 del 4 aprile 2014 modello di riorganizzazione delle attività trasfusionali regionali
- ✓ DGR n. X/5094 del 29 aprile 2016 rinnovo convenzioni con Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano e Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia sedi regionali della Banca del cordone ombelicale
- ✓ DGR n. X/5235 del 31 maggio 2016 rimborso per le attività svolte dalle Associazioni e Federazioni di donatori volontari del sangue
- ✓ DGR n. X/5876 del 28 novembre 2016 “Piano strategico nazionale per il supporto trasfusionale nelle maxi-emergenze”
- ✓ DGR n. XI/83 del 7 maggio 2018 schema tipo di convenzione tra le strutture pubbliche provviste di servizi trasfusionali e quelle pubbliche e private accreditate e non accreditate, prive di servizio trasfusionale, per la fornitura di sangue e derivati e di prestazioni di medicina trasfusionale
- ✓ DGR n. XI/375 del 23 luglio 2018 “Revisione e aggiornamento della costituzione e del funzionamento del Comitato del Buon Uso del Sangue”
- ✓ DGR n. XI/1239 del 12/02/2019 “Indirizzi per l’organizzazione e il funzionamento del sistema trasfusionale regionale – approvazione del piano sangue regionale”
- ✓ DGR n. XI/1608 del 15/05/2019 “Recepimento dell’Accordo Stato-Regioni del 13/12/2018 (Rep. Atti 225/CSR) concernente lo “Schema tipo di convenzione per la cessione del sangue e dei suoi prodotti per uso di laboratorio e per la produzione di dispositivi medico-diagnostici in vitro”
- ✓ DGR XI/5803 del 29/12/2021 “Determinazioni in merito alla Banca regionale del sangue raro”
- ✓ DGR n. XI/5804 del 29/12/2021 “Rinnovo delle convenzioni con la Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano e con la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia per il funzionamento delle due sedi regionali della Banca per la conservazione, la tipizzazione, lo studio e la distribuzione delle cellule staminali da cordone ombelicale”

Gli obiettivi della Rete lombarda attività trasfusionali è il governo e gestione dell’intera filiera della medicina trasfusionale, il raggiungimento e mantenimento dell’autosufficienza regionale di sangue, emocomponenti ed emoderivati, il concorso all’autosufficienza nazionale e alla cooperazione internazionale, il mantenimento dei livelli di sicurezza e di qualità del processo trasfusionale, migliorando costantemente l’appropriatezza dei percorsi clinico-assistenziali.

Rete Pediatrica

Regione Lombardia si conferma un punto di riferimento nazionale per l'assistenza pediatrica, con ospedali e IRCCS di alto livello che coprono l'intero spettro delle patologie pediatriche, dalle emergenze neonatali alla cardiochirurgia pediatrica, fino alla gestione di malattie rare e complesse. L'integrazione tra ospedali pediatrici, dipartimenti materno-infantili e centri di ricerca garantisce una presa in carico multidisciplinare ed efficace, con un'offerta sanitaria all'avanguardia a livello nazionale e internazionale.

Regione Lombardia vanta numerose strutture pediatriche di eccellenza, ciascuna con specifiche peculiarità, accreditamenti ed aree di specializzazione:

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori di Monza

Riconosciuta come Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) nella disciplina di pediatria nel 2022, la Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori rappresenta un centro di riferimento per la cura e la ricerca in ambito pediatrico. Le sue attività coprono diverse aree, tra cui:

- Degenza Pediatrica: offre assistenza per patologie pediatriche di varia natura.
- Day Hospital e Ambulatori Pediatrici: forniscono servizi specialistici in endocrinologia, gastroenterologia, genetica clinica, epatologia, reumatologia e pneumoallergologia.
- Centro "Fondazione Mariani" per le Malattie Metaboliche Rare dell'Infanzia: dedicato alla diagnosi e trattamento di malattie metaboliche rare.
- Area Emato-Oncologica Pediatrica – Centro Maria Letizia Verga: specializzato in emato-oncologia pediatrica e trapianto di midollo osseo.

La Fondazione partecipa a reti europee di riferimento (ERN) per malattie rare, tra cui malformazioni cranio-facciali, malattie ematologiche rare, malattie del fegato, malattie metaboliche congenite e oncologia pediatrica.

La Fondazione è la seconda struttura in Lombardia per numero di Piani Terapeutici attivi nell'ambito delle malattie rare diagnosticate prevalentemente in età pediatrica, con un continuo incremento negli anni. Il personale medico della Pediatria gestisce anche i pazienti che accedono al DEA di II livello per tutte le patologie acute. Inoltre, vengono seguite patologie di tipo chirurgico in collaborazione con specialisti di riferimento, garantendo un ambiente idoneo all'età pediatrica.

Ospedale dei Bambini "Vittore Buzzi" di Milano (ASST Fatebenefratelli Sacco)

L'Ospedale Buzzi è riconosciuto come Laboratorio di Riferimento Regionale per lo Screening Neonatale, secondo la DGR 596 del 2023. Inoltre, nelle Regole 2025 (DGR 3720 del 30/12/2024), è stato individuato come centro di Anestesia e Rianimazione Pediatrica nell'ambito del progetto sperimentale per la gestione delle grandi ustioni in età pediatrica.

Il Buzzi è un ospedale pediatrico di riferimento a livello regionale per numerose specialità, tra cui chirurgia pediatrica, ortopedia pediatrica, neonatologia e terapia intensiva neonatale. Dispone di un pronto soccorso pediatrico altamente specializzato e rappresenta uno dei punti di riferimento per la gestione delle patologie pediatriche complesse.

Ospedale dei Bambini di Brescia (ASST Spedali Civili di Brescia)

Parte dell'ASST Spedali Civili di Brescia, questo ospedale offre una vasta gamma di servizi pediatrici con un approccio multidisciplinare, tra cui:

- Pronto Soccorso Pediatrico: attivo 24 ore su 24.
- Reparti di degenza: per diverse specialità pediatriche.
- Ambulatori specialistici: per follow-up e consulenze.
- Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale: altamente specializzata nella gestione dei neonati critici.
- Chirurgia pediatrica e ortopedia pediatrica: trattamenti per patologie congenite e acquisite dell'età pediatrica.

L'Ospedale dei Bambini di Brescia è noto per il suo Centro di riferimento per le malattie rare pediatriche, che si occupa di diagnosi e trattamento di patologie genetiche e metaboliche.

Dal 2012, l'ospedale è accreditato dalla Joint Commission International secondo gli standard per l'accreditamento degli ospedali, inclusi quelli per i centri medici ospedalieri universitari.

Ospedale Filippo Del Ponte di Varese (ASST Sette Laghi)

Inserito tra i cinque HUB pediatrici della Regione Lombardia, l'Ospedale Del Ponte è specializzato in:

- Chirurgia Pediatrica e Urologia Pediatrica: offre interventi specialistici per patologie chirurgiche in età pediatrica.
- Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale: fornisce assistenza ai neonati prematuri o con patologie complesse.
- Neuropsichiatria Infantile: dedicata alla diagnosi e trattamento dei disturbi neuropsichiatrici in età evolutiva.
- Oncoematologia Pediatrica: per la cura di patologie oncologiche ed ematologiche nei bambini.
- Centro di riferimento per malattie rare pediatriche: con un focus su patologie genetiche e metaboliche.

Nel dicembre 2019, è stato inaugurato un Pronto Soccorso Pediatrico dedicato, e nel luglio 2021 è stata aperta una Terapia Intensiva Pediatrica.

Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo (ASST Papa Giovanni XXIII)

Dispone di unità specializzate in vari ambiti pediatrici, tra cui:

- Trapiantologia Pediatrica: offre programmi di trapianto per pazienti pediatrici.
- Area Materno-Infantile: comprende servizi di ostetricia, neonatologia e pediatria.
- Onco-Ematologia Pediatrica: dedicata alla cura di tumori e malattie del sangue nei bambini.
- Cardiochirurgia Pediatrica: insieme al Policlinico San Donato, è una delle uniche due strutture in Lombardia a eseguire interventi di cardiochirurgia pediatrica.

La struttura è dotata di un Pronto Soccorso Pediatrico e di un'area dedicata alla Terapia Intensiva Neonatale e Pediatrica.

Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano (ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda)

Il Dipartimento Materno-Infantile dell'Ospedale Niguarda offre:

- Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale: per l'assistenza ai neonati con patologie critiche.
- Pediatria: con servizi di degenza e ambulatoriali per diverse specialità.

- Chirurgia Pediatrica: per interventi chirurgici in età pediatrica.

L'ospedale è certificato come "Ospedale all'altezza dei bambini" e dispone di un Pronto Soccorso Pediatrico attivo 24 ore su 24.

IRCCS Fondazione Ca' Granda - Ospedale Maggiore Policlinico di Milano

Il Policlinico di Milano, riconosciuto IRCCS anche per la disciplina Emergenza-Urgenza nell'adulto e nel bambino, è un importante centro per:

- Clinica Mangiagalli: specializzata in ostetricia, ginecologia e neonatologia, con un'importante area dedicata alla terapia intensiva neonatale per i neonati prematuri e con patologie complesse.
- Clinica De Marchi: dedicata alla pediatria, con reparti di terapia intensiva pediatrica e servizi specialistici in nefrologia pediatrica, ematologia pediatrica, reumatologia pediatrica e malattie metaboliche rare. La struttura è anche sede di centri di riferimento per la diagnosi e cura di malattie rare in età pediatrica.

IRCCS Policlinico San Donato (Gruppo San Donato)

Riconosciuto IRCCS per le Malattie del cuore e dei grandi vasi nell'adulto e nel bambino.

L'unità di cardiologia pediatrica e neonatale offre servizi di diagnosi e trattamento delle cardiopatie congenite con approcci innovativi e tecnologicamente avanzati. E' uno dei due centri lombardi (insieme al Papa Giovanni XXIII) per la cardiocirurgia pediatrica.

IRCCS Fondazione Istituto Neurologico C. Besta di Milano

Riconosciuto IRCCS per la disciplina Malattie del sistema nervoso nell'adulto e nel bambino.

L'istituto è un centro di riferimento per la diagnosi e la gestione delle patologie neurologiche rare pediatriche, comprese le epilessie farmacoresistenti e le malattie neurodegenerative dell'infanzia. Attivo anche nel campo della neurochirurgia pediatrica avanzata e nella gestione di disturbi del neurosviluppo.

Nome Ente	Nome Struttura	Nome UO	Degenza Ordinaria	DH/DS	Posti Tecnici
ASST DEGLI SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	PRESIDIO OSPEDALE DEI BAMBINI	Chirurgia pediatrica	30	4	0
ASST DEI SETTE LAGHI	PRESIDIO DI VARESE (OSP FILIPPO DEL PONTE)	Chirurgia pediatrica	7	8	0
ASST DI LECCO	OSPEDALE SAN LEOPOLDO MANDIC MERATE	Chirurgia pediatrica	2	2	1
ASST FATEBENEFRAELLI SACCO	PRESIDIO OSPEDALIERO VITTORE BUZZI	Chirurgia pediatrica	21	3	0
ASST GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA	PRESIDIO OSPEDALIERO OSPEDALE NIGUARDA CA' GRANDA	Chirurgia pediatrica	5	0	0
ASST OVEST MILANESE	STABILIMENTO OSPEDALIERO DI LEGNANO	Chirurgia pediatrica	7	3	1
ASST PAPA GIOVANNI XXIII	OSPEDALE PAPA GIOVANNI XXIII	Chirurgia pediatrica	19	0	0
CASA DI CURA LA MADONNINA S.P.A.	CASA DI CURA LA MADONNINA	Chirurgia pediatrica	0	0	0
COLUMBUS CLINIC CENTER S.R.L.	CASA DI CURA COLUMBUS	Chirurgia pediatrica	0	0	0
FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA - OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO	FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA - OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO	Chirurgia pediatrica	17	3	0
FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO	POLICLINICO "SAN MATTEO"	Chirurgia pediatrica	24	1	1
TOTALE CHIRURGIA PEDIATRICA		N. 11	132	24	3

LA RETE PEDIATRICA DI REGIONE LOMBARDIA

La Rete Pediatrica-Adolescenziaria della Regione Lombardia è una delle reti clinico-assistenziali e organizzative regionali, istituita per garantire la continuità assistenziale e l'appropriatezza clinico-

organizzativa nell'ambito delle cure pediatriche e adolescenziali. È finalizzata a migliorare la qualità, la sicurezza e l'efficacia degli interventi sanitari e sociosanitari dedicati ai minori, con particolare attenzione alla transizione dalle cure pediatriche alla medicina dell'adulto.

Struttura della Governance

La governance della rete (Decreto DG Welfare n.7301 del 25/05/2022) si articola su due livelli principali:

- Organismo di Coordinamento, che comprende tutti i Direttori di Struttura Complessa di Pediatria e Chirurgia Pediatrica della Lombardia. Ha il compito di raccordare il livello programmatico regionale con le necessità organizzative e tecnico-scientifiche delle strutture sanitarie.
- Commissioni Tecniche, che supportano l'Organismo di Coordinamento con approfondimenti su tematiche specifiche.

Commissioni Tecniche e Aree di Competenza

Sono istituite quattro Commissioni Tecniche per affrontare aspetti specifici dell'assistenza pediatrica:

- Appropriatelyzza del ricovero pediatrico – Analizza l'organizzazione del pronto soccorso pediatrico e la gestione dell'Osservazione Breve Intensiva (OBI).
- Modello organizzativo per la gestione del bambino dal territorio all'ospedale – Definisce il percorso di presa in carico e integrazione tra cure primarie e ospedaliere.
- Malattie rare, malattie croniche complesse e riabilitazione in età evolutiva – Approfondisce le necessità cliniche e organizzative dei pazienti con condizioni complesse.
- Chirurgia pediatrica – Studia l'organizzazione e l'efficacia delle prestazioni chirurgiche per la popolazione pediatrica.

La composizione delle Commissioni Tecniche è flessibile e include esperti specifici secondo le esigenze tematiche, mantenendo un approccio multidisciplinare e multiprofessionale.

Rete della Medicina di Laboratorio

Il presente capitolo sintetizza e analizza l'evoluzione normativa e organizzativa del modello di rete della Medicina di Laboratorio in Regione Lombardia, così come delineato nei principali provvedimenti regionali emanati tra il 2022 e il 2025.

Le fonti principali di riferimento sono i seguenti provvedimenti :

La DGR XI/6330 del 02 /05/2022 “Presa d'atto del riparto delle risorse previste dall'art.29 del decreto-legge 25/05/2021, n.73, convertito con modificazioni della legge 23/07/2021, "Incentivo al processo di riorganizzazione della rete dei laboratori del servizio sanitario nazionale" e attuazione del cronoprogramma di Regione Lombardia”

la DGR n. XI 6989 del 19/09/2022 “Rete Regionale dei Servizi di Medicina di Laboratorio: approvazione del modello organizzativo per il potenziamento delle attività analitiche di sequenziamento di nuova generazione (Next Generation Sequencing - NGS) ai sensi della DGR n. XI/6330 del 02-05-2022”

la DGR n. XI/7044 del 26/09/2022 “Determinazioni in merito all'organizzazione dei Servizi di Medicina di Laboratorio e relativo aggiornamento dei requisiti specifici autorizzativi e di accreditamento”;

il Decreto n. 13807 del 7 ottobre 2025 (DG Welfare) “Attuazione del Cronoprogramma per la riorganizzazione della Rete Regionale della Medicina di Laboratorio ai sensi della DGR n. XI/6330 del 02/05/2022 - Istituzione della Rete Regionale della Medicina di Laboratorio Pubblica”

Origini e indirizzi strategici – DGR XI/6330/2022

La DGR XI/6330 del 2 maggio 2022 ha rappresentato il punto di avvio del processo di riorganizzazione della Medicina di Laboratorio in Lombardia, attraverso la presa d'atto del riparto delle risorse previste dall'art. 29 del Decreto-Legge 25 maggio 2021, n. 73 (convertito con modificazioni dalla Legge 23 luglio 2021, n. 106).

Con tale atto la Regione ha approvato il cronoprogramma per l'attuazione del processo di riordino della rete dei laboratori pubblici e privati accreditati, assegnando al Comitato Regionale per i Servizi di Medicina di Laboratorio (CReSMEL) un ruolo tecnico centrale nell'elaborazione delle istruttorie e nel monitoraggio dei risultati. Il provvedimento ha introdotto la logica di rete funzionale basata su soglie minime di attività, criteri di qualità e interoperabilità informatica tra le strutture.

Sviluppo del modello di rete per la Diagnostica Molecolare complessa – DGR XI/6989/2022

Con la DGR XI/6989 del 19 settembre 2022 la Regione Lombardia ha approvato il modello organizzativo per il potenziamento delle attività analitiche di sequenziamento di nuova generazione (Next Generation Sequencing -NGS). Il provvedimento ha istituito le ‘NGS Facility’, infrastrutture interaziendali che permettono di condividere risorse tecnologiche, professionali e bioinformatiche tra più laboratori, al fine di migliorare la qualità delle prestazioni e ottimizzare l'efficienza produttiva. Le Facility rappresentano i nodi specialistici della rete regionale e costituiscono la base per la futura organizzazione integrata della diagnostica molecolare complessa.

Aggiornamento ed integrazione dei requisiti autorizzativi e di accreditamento dei Servizi di Medicina di Laboratorio – DGR XI/7044/2022

La DGR XI/7044 del 26 settembre 2022 ha definito il quadro regolatorio di riferimento per l'organizzazione dei Servizi di Medicina di Laboratorio, aggiornando i requisiti specifici autorizzativi e di accreditamento. L'atto ha introdotto volumi minimi di attività analitica, tempi massimi di refertazione e criteri di appropriatezza, promuovendo l'efficientamento e la qualità delle prestazioni. Per i laboratori pubblici, tali requisiti costituiscono la base tecnica per il successivo processo di razionalizzazione e consolidamento in rete, mentre per le strutture private accreditate rappresentano condizioni vincolanti per l'accredimento istituzionale.

Istituzione della Rete della Medicina di Laboratorio Pubblica – Decreto n. 13807/2025

Il Decreto n. 13807 del 7 ottobre 2025 della Direzione Generale Welfare ha istituito formalmente la Rete Regionale della Medicina di Laboratorio Pubblica, completando il percorso di riorganizzazione avviato con le DGR XI/6330/2022.

Il modello regionale si articola su tre livelli di governance:

- I livello: Dipartimenti Interaziendali Funzionali Specialistici (DIFS);
- II livello: Comitati Territoriali di Medicina di Laboratorio (CT-ML);
- III livello: Coordinamento Regionale della Rete (CoR-ML).

Il coordinamento regionale è affidato al Centro Regionale di Coordinamento della Medicina di Laboratorio.

Il decreto prevede inoltre la creazione della Consulta delle Comunità di Pratica della Medicina di Laboratorio, con funzioni consultive e propositive nei principali ambiti specialistici (Anatomia Patologica, Genetica Medica, Microbiologia e Virologia Clinica e Patologia Clinica).

Obiettivi e principi del modello di rete delle Medicina di Laboratorio Pubblica

Il modello di rete della Medicina di Laboratorio di Regione Lombardia persegue l'obiettivo di garantire uniformità di accesso, qualità diagnostica, sostenibilità e innovazione. Tra i principi ispiratori si evidenziano:

- l'omogeneità dell'offerta e la riduzione delle disuguaglianze territoriali;
- la specializzazione dei poli analitici e il consolidamento delle attività complesse;
- l'interoperabilità informatica e l'integrazione dei sistemi gestionali;
- la valorizzazione delle competenze professionali e la promozione dell'innovazione tecnologica.

L'organizzazione in rete rappresenta un modello dinamico e multilivello capace di coniugare efficienza operativa, qualità scientifica e sostenibilità economica, in coerenza con il D.M. 2 aprile 2015, n. 70 e con gli Accordi Stato-Regioni in materia di medicina di Laboratorio.

Rete dei punti nascita

In attuazione del Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, che definisce gli standard qualitativi, strutturali e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, Regione Lombardia ha avviato un percorso organico di revisione e adeguamento della rete dei Punti Nascita. Tale processo, richiamato dalla DGR XII/4890 del 1° agosto 2025, persegue l'obiettivo di garantire la qualità, la sicurezza e l'appropriatezza dei percorsi assistenziali materno infantili.

Il lavoro istruttorio è stato coordinato dal Comitato Percorso Nascita Regionale (CPNr), istituito con Decreto DG Salute n. 12274 del 16 dicembre 2013 e aggiornato con Decreto DG Welfare n. 8784 del 15 giugno 2018. Il CPNr ha condotto una ricognizione approfondita dei Punti Nascita attivi sul territorio regionale, con specifico focus su quelli che presentano un volume di attività inferiore a 500 parti annui, soglia identificata dal DM 70/2015, quale parametro minimo di efficacia e di efficienza organizzativa. L'attività di ricognizione ha riguardato l'intera filiera assistenziale materno-infantile, analizzando non solo gli aspetti quantitativi di attività ma anche i profili qualitativi e di sicurezza.

Gli esiti della ricognizione sono stati formalmente recepiti nella DGR XII/4938 del 4 agosto 2025, che ha fornito un quadro aggiornato della rete dei punti nascita regionale. Nell'Appendice 2 della deliberazione sono stati elencati i Punti Nascita oggetto di sospensione definitiva a seguito delle riorganizzazioni complessive intervenute dal 2018. La DGR ha inoltre incaricato la Direzione Generale Welfare di procedere alla formalizzazione dei provvedimenti attuativi e di garantire, per ciascun territorio, la continuità dei percorsi assistenziali materno-infantili, attraverso la cooperazione tra strutture di I e II livello e il raccordo con i servizi territoriali consultoriali.

In esecuzione di tali indirizzi, la Direzione Generale Welfare ha emanato il Decreto n. 13819 del 7 ottobre 2025, con il quale è stata disposta la sospensione definitiva dei Punti Nascita elencati nell'Appendice 2 della DGR XII/4938/2025. Il provvedimento si fonda sulle risultanze tecniche del CPNr, nel rispetto delle disposizioni dell'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 e del DM 70/15, che stabilisce i requisiti minimi per la sicurezza dei punti nascita e i criteri per la concessione di eventuali deroghe.

L'insieme delle verifiche tecniche, dei pareri del Comitato Percorso Nascita Regionale, delle deliberazioni della Giunta Regionale e delle determinazioni della Direzione Generale Welfare consente di formalizzare la configurazione attuale della rete dei punti nascita regionale, nella quale sono individuati i Punti Nascita attivi e quelli per i quali è stata disposta la sospensione definitiva, come da tabelle di seguito riportate.

ATS	ENTE	Punto Nascita Attivo
321-ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	121-CASA DI CURA S. PIO X - MILANO	030121-CASA DI CURA S. PIO X - MILANO
	367-SACROCUORE MILANO (OSP. S. GIUSEPPE F.B.F. - MILANO)	030367-OSPEDALE S. GIUSEPPE - MILANO
	701-ASST GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA	030913-OSPEDALE CA' GRANDA-NIGUARDA - MILANO
	702-ASST SANTI PAOLO E CARLO	030914-OSPEDALE S. PAOLO - MILANO
		030915-OSPEDALE S. CARLO BORROMEO - MILANO
	703-ASST FATEBENEFRATELLI SACCO	030056-PRESIDIO OSPED. V. BUZZI - MILANO

		030057-OSPEDALE M. MELLONI - MILANO
	705-ASST OVEST MILANESE	030074-OSPEDALE G. FORNAROLI MAGENTA
		030281-OSPEDALE CIVILE DI LEGNANO
	706-ASST RHODENSE	030066-OSPEDALE G. SALVINI-GARBAGNATE MIL.SE
		030073-OSPEDALE DI CIRCOLO - RHO
	707-ASST NORD MILANO	030051-P.O. CITTA' DI SESTO S. GIOVANNI
	708-ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA	030071-OSPEDALE S. MARIA DELLE STELLE MELZO
		030072-OSPEDALE DI VIZZOLO PREDABISSI
	709-ASST DI LODI	030067-OSPEDALE MAGGIORE DI LODI
	925-IRCCS OSPEDALE POLICLINICO DI MILANO	030925-FONDAZ.IRCCS CA' GRANDA - OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO
	935-S. RAFFAELE- MI	030935-IRCCS S. RAFFAELE - MILANO
322-ATS DELL'INSUBRIA	029-OSP.SACRA FAMIGLIA - F.B.F. - ERBA	030029-OSPEDALE DI ERBA S.R.L.
	030-OSP.GENERALE DI ZONA VALDUCE - COMO	030030-OSPEDALE VALDUCE
	710-ASST DEI SETTE LAGHI	030010-OSPEDALE GALMARINI - TRADATE
		030282-OSPED.CIRCOLO CAUSA PIA LUVINI-CITTIGLIO
		030901-OSPEDALE F. DEL PONTE - VARESE
	711-ASST DELLA VALLE OLONA	030004-OSPEDALE DI CIRCOLO - BUSTO ARSIZIO
		030006-OSP. S. ANTONIO ABATE - GALLARATE
	712-ASST LARIANA	030902-OSPEDALE S. ANNA - COMO
323-ATS DELLA MONTAGNA	031-OSP. MORIGGIA PELASCINI - GRAVEDONA	030031-OSP. MORIGGIA PELASCINI - GRAVEDONA
	713-ASST DELLA VALTELLINA E DELL'ALTO LARIO	030042-OSPEDALE SONDRIO
		030904-OSPEDALE MORELLI - SONDALO
	714-ASST DELLA VALCAMONICA	030274-OSPEDALE VALCAMONICA - ESINE
324-ATS DELLA BRIANZA	715-ASST DI LECCO	030903-OSPEDALE DI CIRCOLO A. MANZONI - LECCO

	717-ASST DELLA BRIANZA	030068-PRESIDIO OSPEDALIERO DI DESIO – PIO XI-
		030070-PRESIDIO OSPEDALIERO DI CARATE – VITTORIO EMANUELE III
		030078-PRESIDIO OSPEDALIERO DI VIMERCATE
	926-FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI DI MONZA	030926-FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI DI MONZA
325-ATS DI BERGAMO	718-ASST PAPA GIOVANNI XXIII	030905-OSPEDALE PAPA GIOVANNI XXIII - BG
	719-ASST DI BERGAMO OVEST	030131-OSPEDALE DI TREVIGLIO E CARAVAGGIO
	720-ASST DI BERGAMO EST	030140-OSPEDALE BOLOGNINI - SERIATE
326-ATS DI BRESCIA	176-ISTITUTO CLINICO SANT ANNA BRESCIA	030176-ISTITUTO CLINICO S. ANNA - BRESCIA
	295-POLIAMBULANZA - BRESCIA	030295-FONDAZIONE POLIAMBULANZA - BRESCIA
	721-ASST DEGLI SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	030906-PRES. OSPEDAL. SPEDALI CIVILI BRESCIA
	722-ASST DELLA FRANCIACORTA	030154-PRESIDIO OSPEDALIERO DI CHIARI
	723-ASST DEL GARDA	030156-OSPEDALE DI DESENZANO
		030184-OSPEDALE DI MANERBIO
327-ATS DELLA VAL PADANA	724-ASST DI CREMONA	030908-OSPEDALE DI CREMONA
	725-ASST DI MANTOVA	030239-OSP.CIVILE DESTRA SECCHIA-PIEVE CORIANO
		030907-OSPEDALE C. POMA - MANTOVA
	726-ASST DI CREMA	030209-OSPEDALE MAGGIORE - CREMA
328-ATS DI PAVIA	727-ASST DI PAVIA	030193-OSPEDALE CIVILE - VIGEVANO
		030194-OSPEDALE CIVILE - VOGHERA
	924-IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO	030924-POLICLINICO S. MATTEO – PAVIA

ATS	ENTE	Punto Nascita Sospeso Definitivamente
321-ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	709-ASST DI LODI	030079-OSPEDALE CIVICO - CODOGNO

322-ATS DELL'INSUBRIA	711-ASST DELLA VALLE OLONA	030008-OSP. GENERALE PROVINCIALE - SARONNO
		030012-OSPEDALE CARLO ONDOLI - ANGERA
323-ATS DELLA MONTAGNA	713-ASST DELLA VALTELLINA E DELL'ALTO LARIO	030044-OSPEDALE DI CHIAVENNA
324-ATS DELLA BRIANZA	715-ASST DI LECCO	030024-OSPEDALE DI CIRCOLO S.L. MANDIC-MERATE
325-ATS DI BERGAMO	148-POLICLINICO SAN PIETRO - PONTE S. PIETRO	030148-POLICLINICO SAN PIETRO - PONTE S. PIETRO
	720-ASST DI BERGAMO EST	030133-OSPEDALE PESENTI FENAROLI - ALZANO L.
		030382-OSPEDALE M. O. ANTONIO LOCATELLI-PIARIO
326-ATS DI BRESCIA	178-IST.CLIN. CITTA' DI BRESCIA - BRESCIA	Istituto Clinico CITTA' DI BRESCIA
	722-ASST DELLA FRANCIACORTA	030163-PRESIDIO OSPEDALIERO DI ISEO
	723-ASST DEL GARDA	030157-OSPEDALE CIVILE LA MEMORIA DI GAVARDO
327-ATS DELLA VAL PADANA	724-ASST DI CREMONA	030273-PRESIDIO OSPEDALIERO OGlio PO-CASALMAGGIORE
	725-ASST DI MANTOVA	030227-PRESIDIO OSPEDALIERO - ASOLA
328-ATS DI PAVIA	727-ASST DI PAVIA	030383-NUOVO OSPEDALE DI BRONI E STRADELLA

Il decreto ha inoltre stabilito che le ATS competenti per territorio provvedano ad attuare le procedure di riallineamento degli assetti accreditati previste dalla DGR XI/6677 del 14 luglio 2022.

Posti letto ospedalieri

In attuazione di quanto previsto dal Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, la Regione Lombardia prosegue il percorso di adeguamento della rete ospedaliera agli standard qualitativi e quantitativi nazionali, garantendo un equilibrio tra accessibilità, sicurezza e sostenibilità del sistema.

Alla data di aggiornamento inizio 2025, la dotazione complessiva di posti letto in Lombardia risulta pari a 35.695 unità, corrispondenti a un valore medio di 3,6 posti letto ogni 1.000 abitanti, di cui 2,8 per acuti e 0,7 per post-acuti. **Tale configurazione evidenzia una sostanziale coerenza con gli standard fissati dal DM 70/2015, confermando il raggiungimento di un equilibrio ottimale tra capacità di offerta e fabbisogno assistenziale della popolazione.**

La distribuzione territoriale mostra una variabilità legata alla conformazione demografica e alla concentrazione delle strutture di alta specializzazione. L'ATS della Città Metropolitana di Milano si conferma il territorio con la dotazione più elevata (3,9 PL/1.000 ab), riflettendo la presenza di numerosi IRCCS e presidi di riferimento regionale e nazionale. Valori superiori alla media regionale si osservano anche nelle ATS di Brescia (4,0 PL/1.000 ab) e Pavia (5,2 PL/1.000 ab), dove è significativa l'incidenza dei posti letto di riabilitazione e lungodegenza. Le ATS della Brianza e

dell'Insubria presentano invece una dotazione leggermente inferiore, coerente con una configurazione più diffusa e con una maggiore integrazione tra rete ospedaliera e servizi territoriali.

Per quanto riguarda l'ospedalizzazione, i dati del flusso SDO 2024 indicano un tasso regionale pari a 117,39 ricoveri per 1.000 abitanti, inferiore al limite massimo di 160 fissato dal DM 70/2015. Il risultato testimonia l'efficacia delle politiche regionali di appropriatezza e la progressiva riduzione dei ricoveri evitabili attraverso il potenziamento dei percorsi ambulatoriali e territoriali.

Anche in questo caso si evidenziano differenze tra le diverse ATS: i valori più elevati si registrano per Milano (130,51), Pavia (128,59) e Brescia (137,43), dove si concentra gran parte delle attività di alta complessità e dei centri di riferimento specialistici; le ATS della Brianza (90,79) e dell'Insubria (96,36) presentano invece tassi più contenuti, coerenti con modelli organizzativi fortemente integrati con l'assistenza territoriale e domiciliare.

Ente territoriale	rapporto SSR	PL attivati (ord+DH+DS)	di cui ACUTI	di cui POST ACUTI	popolazione e 2024	dotazione PL attivati (ord+DH+DS) per 1.000 ab	dotazione PL attivati (ord+DH+DS) ACUTI per 1.000 ab	dotazione PL attivati (ord+DH+DS) POST ACUTI per 1.000 ab
ATS CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	pubblico	7.865	7.176	689	3.478.070	3,9	3,2	0,6
	privato	5.530	4.067	1.463				
ATS DELL'INSUBRIA	pubblico	2.468	2.277	191	1.463.621	2,9	2,2	0,7
	privato	1.750	916	834				
ATS DELLA MONTAGNA	pubblico	765	633	132	293.868	3,6	2,7	0,9
	privato	295	169	126				
ATS DELLA BRIANZA	pubblico	2.506	2.321	185	1.213.556	2,9	2,3	0,6
	privato	1.050	528	522				
ATS DI BERGAMO	pubblico	1.827	1.663	164	1.115.037	3,2	2,4	0,8
	privato	1.749	1.020	729				
ATS DI BRESCIA	pubblico	2.398	2.312	86	1.167.940	4,0	3,1	0,9
	privato	2.246	1.281	965				
ATS DELLA VAL PADANA	pubblico	1.643	1.489	154	761.307	3,2	2,5	0,7
	privato	779	414	365				
ATS DI PAVIA	pubblico	1.670	1.529	141	542.082	5,2	3,7	1,5
	privato	1.154	460	694				
		35.695	28.255	7.440	10.035.481	3,6	2,8	0,7

Posti letto per 1.000 abitanti per ATS [POST ACUTI: disciplina = 28; 56; 60; 75]

ENTE	Numeratore	Denominatore	Indicatore
REGIONE LOMBARDIA	1.135.380	10.066.275	117,39
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	438.958	3.523.139	130,51
ATS DELL'INSUBRIA	137.617	1.462.906	96,36
ATS DELLA MONTAGNA	30.921	293.854	106,06
ATS DELLA BRIANZA	106.340	1.211.258	90,79
ATS DI BERGAMO	122.769	1.111.228	119,07
ATS DI BRESCIA	150.636	1.164.063	137,43
ATS DELLA VAL PADANA	77.915	760.588	104,31
ATS DI PAVIA	70.224	539.239	128,59

Tasso di ospedalizzazione - anno 2024 [Considerati solo Ricoveri Ordinari/Day Hospital; Escluse SDO non finanziate a causa di errori invalidanti; Escluso DRG neonato sano; Considerati solo i residenti in Lombardia; Escluse le SDO rendicontate da strutture non accreditate]

Ricognizione e razionalizzazione delle Unità Operative

Di seguito è riportata la tabella delle strutture di degenza e dei servizi senza posti letto, elaborata in conformità al DM 70/2015 (aggiornamento ad agosto 2025) e corredata dal range di riferimento previsto dal Decreto.

Ai fini del calcolo delle Unità Operative per bacino di utenza sono state considerate, per le strutture pubbliche, le Unità Complesse, mentre per le strutture private accreditate i punti di erogazione per disciplina, secondo quanto indicato nella Circolare del Ministero della Salute del 19 febbraio 2016 ("Articolo 1, comma 541, della Legge 28 dicembre 2015, n. 208 – Indicazioni operative").

Le linee guida in corso di definizione per l'aggiornamento dei Piani di Organizzazione Aziendale Strategica (POAS) per gli erogatori di diritto pubblico prevedono la costituzione di dipartimenti funzionali e gestionali interaziendali e intraaziendali al fine di adeguare la rete d'offerta a quanto previsto dal DM 70/2015 modificando le apicalità, tenuto conto anche del turn-over dei dirigenti di Struttura Complessa.

Si prevede entro 12 mesi dalla data di approvazione del presente provvedimento di attuare la revisione prevista delle discipline, sia per gli erogatori di diritto pubblico che per gli enti erogatori privati accreditati a contratto, mediante l'analisi di specifici driver caratterizzanti le singole discipline, in base anche all'appartenenza dei centri alle reti e in base al posizionamento rispetto alla rete emergenza-urgenza.

Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015) - ANNO 2025	Codice Disciplina	N° Strutture MINIMO DM70	N° Strutture MASSIMO DM70	PRIVATI	PUBBLICI	TOTALE	INDICAZIONI DM 70	N. SOVRAS OGLIA
Allergologia	1	5	10		2	2	SOTTO SOGLIA	
Day hospital	2	N.D.	N.D.	16				
Anatomia e istologia patologica	3	33	67	11	30	41	IN LINEA	
Angiologia	5	N.D.	N.D.			0		
Cardiochirurgia infantile	6	2	3			0	SOTTO SOGLIA	
Cardiochirurgia	7	8	17	10	10	20	SOVRA SOGLIA	+3
Cardiologia	8	33	67	29	52	81	SOVRA SOGLIA	+14
Chirurgia Generale	9	50	100	44	80	124	SOVRA SOGLIA	+24
Chirurgia Maxillo Facciale	10	5	10	3	7	10	IN LINEA	
Chirurgia Pediatrica	11	4	7		8	8	SOVRA SOGLIA	+1
Chirurgia Plastica	12	5	10	15	9	24	SOVRA SOGLIA	+14
Chirurgia Toracica	13	7	13	4	9	13	IN LINEA	
Chirurgia Vascolare	14	13	25	17	16	33	SOVRA SOGLIA	+8
Medicina sportiva	15	N.D.	N.D.			0		
Ematologia	18	8	17	3	14	17	IN LINEA	
Malattie endocrine, nutrizione e ricamb.	19	8	17	4	8	12	IN LINEA	
Immunologia e centro trapianti	20	3	5		1	1	SOTTO SOGLIA	
Geriatrica	21	13	25	4	6	10	SOTTO SOGLIA	
Malattie Infettive e Tropicali	24	8	17	2	18	20	SOVRA SOGLIA	+3
Medicina del Lavoro	25	5	10	2	12	14	SOVRA SOGLIA	+4
Medicina Generale	26	67	125	52	77	129	SOVRA SOGLIA	+4
Medicina legale	27	N.D.	N.D.		13	13		
Unità spinale	28	N.D.	N.D.	1	2	3		
Nefrologia	29	8	17	7	21	28	SOVRA SOGLIA	+11
Neurochirurgia	30	8	17	9	18	27	SOVRA SOGLIA	+10
Neurologia	32	33	67	19	47	66	IN LINEA	
Neuropsichiatria Infantile	33	3	5	3	13	16	SOVRA SOGLIA	+11
Oculistica	34	33	67	36	32	68	SOVRA SOGLIA	+1
Odontoiatria e Stomatologia	35	13	25	2	7	9	SOTTO SOGLIA	
Ortopedia e Traumatologia	36	50	100	42	69	111	SOVRA SOGLIA	+11
Ostetricia e Ginecologia	37	33	67	20	47	67	IN LINEA	
Otorinolaringoiatria	38	33	67	18	33	51	IN LINEA	
Pediatria	39	33	67	7	44	51	IN LINEA	
Psichiatria	40	33	67	3	25	28	SOTTO SOGLIA	
Medicina termale	41	N.D.	N.D.			0		
Tossicologia	42	2	3			0	SOTTO SOGLIA	
Urologia	43	33	67	34	30	64	IN LINEA	
Grandi Ustionati	47	2	3			0	SOTTO SOGLIA	
Nefrologia (Abititato al Trapianto Rene)	48	3	5	1	4	5	IN LINEA	
Terapia Intensiva	49	33	67	29	74	103	SOVRA SOGLIA	+36
Unità coronarica nell'ambito della Cardiologia	50	33	67	15	26	41	IN LINEA	
Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza	51	33	67	IN DEFINIZIONE AI SENSI DELLA DGR 787/2023	IN DEFINIZIONE AI SENSI DELLA DGR 787/2024			
Dermatologia	52	8	17	2	6	8	IN LINEA	
Emodialisi	54	17	33	11	5	16	SOTTO SOGLIA	
Recupero e Riabilitazione funzionale	56	N.D.	N.D.	80	42	122		
Fisiopatologia della riproduzione umana nell'ambito della Ginecologia/Ostetricia	57	3	5			0	SOTTO SOGLIA	
Gastroenterologia	58	13	25	5	23	28	SOVRA SOGLIA	+3
Lungodegenti	60	67	125	37	1	38	SOTTO SOGLIA	
Medicina Nucleare (con + senza posti letto)	61	11	22	9	15	24	SOVRA SOGLIA	+2
Neonatologia	62	8	17	5	6	11	IN LINEA	
Oncologia (con + senza posti letto)	64	50	100	16	33	49	SOTTO SOGLIA	
Oncoematologia Pediatrica	65	3	5		1	1	SOTTO SOGLIA	
Pneumologia	68	13	25	6	24	30	SOVRA SOGLIA	+5
Radiologia	69	33	67	77	55	132	SOVRA SOGLIA	+65
Reumatologia	71	8	17	2	7	9	IN LINEA	
Terapia Intensiva Neonatale	73	8	17	1	7	8	IN LINEA	
Radioterapia oncologica	74	8	17	15	17	32	SOVRA SOGLIA	+15
Neuro-Riabilitazione	75	8	17	IN CORSO DI RICLASSIFICAZIONE	IN CORSO DI RICLASSIFICAZIONE			
Neurochirurgia Pediatrica	76	2	3			0	SOTTO SOGLIA	

Nefrologia Pediatrica	77	2	3		1	1	SOTTO SOGLIA	
Urologia Pediatrica	78	2	3		1	1	SOTTO SOGLIA	
Terapia semi-intensiva	94			1		1	SOVRA SOGLIA	+1
Day surgery	98	N.D.	N.D.	25				
Terapia del dolore (con + senza posti letto)	99	23	37		6	6	SOTTO SOGLIA	
Direzione Sanitaria di presidio		33	67	N.D.	59	59	IN LINEA	
Farmacia ospedaliera		33	67	23	30	53	IN LINEA	
Fisica sanitaria		8	17		9	9	IN LINEA	
Genetica medica		3	5		3	3	IN LINEA	
Microbiologia e virologia		8	17	1	12	13	IN LINEA	
Dietetica/Dietologia		8	17		2	2	SOTTO SOGLIA	
Servizio trasfusionale		33	67	4	22	26	SOTTO SOGLIA	
Laboratorio d'analisi		33	67	37	32	69	SOVRA SOGLIA	+2
Neuroradiologia		5	10		13	13	SOVRA SOGLIA	+3
Emodinamica (come unità semplice nell'ambito della Cardiologia)		17	33	20	31	51	SOVRA SOGLIA	+18