



Regione Lombardia
LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N. XII/ 6862

SEDUTA DEL 05/10/2026

Presidente **ATTILIO FONTANA**

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

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

Con l'assistenza del Segretario Riccardo Perini

Su proposta dell'Assessore Guido Bertolaso

Oggetto

RECEPIMENTO DEL PIANO NAZIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE D' ATTESA (PNGLA) 2026-2028 E RELATIVI ALLEGATI, APPROVAZIONE DEL PIANO REGIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA (PRGLA 2026-2028) E APPROVAZIONE DELLE LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI PER LA GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA DEI RICOVERI PROGRAMMATI

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

Il Direttore Generale Mario Giovanni Melazzini

La Dirigente Giuseppina Maria Rita Valenti

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

Il Direttore Centrale Manuela Giaretta



Regione Lombardia
LA GIUNTA

VISTA la seguente normativa nazionale:

- l'articolo 32 della Costituzione, che tutela la salute quale fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività;
- gli articoli 117 e 118 della Costituzione, in materia di riparto delle competenze legislative e amministrative tra lo Stato e le Regioni;
- il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni, recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";
- la legge 23 dicembre 2005, n. 266 e, in particolare, l'articolo 1, commi 280, 282 e 284, concernenti rispettivamente la realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa, il divieto di sospensione delle attività di prenotazione delle prestazioni rientranti nei livelli essenziali di assistenza e le relative sanzioni;
- la legge 3 agosto 2007, n. 120, recante "Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria";
- il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", e, in particolare, l'Allegato 5;
- il decreto del Ministro della salute 19 dicembre 2022, concernente la valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie;
- il decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2024, n. 107, recante "Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie", e, in particolare:
 - l'articolo 2, concernente il sistema nazionale di governo delle liste di attesa e gli adempimenti posti a carico delle Regioni e delle Province autonome;
 - l'articolo 3, comma 5, relativo ai sistemi CUP, alla disdetta delle prenotazioni e all'ottimizzazione delle agende;
 - l'articolo 3, comma 7, concernente il pagamento della quota ordinaria di partecipazione al costo in caso di mancata presentazione dell'assistito senza giustificata disdetta, fatti salvi i casi previsti dalla normativa vigente;
- il Piano nazionale di Governo delle liste di attesa 2019-2021, approvato con Intesa sancita in sede di Conferenza Stato-Regioni in data 21 febbraio 2019, Rep. Atti n. 28/CSR;
- l'Intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta dell'11 giugno 2026, Rep. Atti n. 88/CSR, concernente il Piano nazionale di Governo delle liste d'attesa 2026-2028;

VISTO il decreto del Ministro della Salute 26 giugno 2026, recante "Adozione del Piano nazionale di Governo delle liste d'attesa (PNGLA) 2026-2028 e relativi allegati", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana - Serie Generale n. 195 del 24 agosto 2026 - Supplemento Ordinario n. 32;



Regione Lombardia
LA GIUNTA

VISTE altresì:

- la legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33, recante "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità", come successivamente modificata e integrata e, in particolare, l'articolo 21, concernente il sistema informativo sanitario e la sanità digitale e, al comma 3, lettera c), la rete regionale di prenotazione e l'utilizzo del sistema di prenotazione regionale da parte delle strutture sanitarie pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del Servizio sanitario nazionale;
- la legge regionale 6 giugno 2019, n. 9, recante "Legge di revisione normativa e di semplificazione 2019", con particolare riferimento alle modifiche apportate alla legge regionale n. 33/2009 in materia di sistema di prenotazione regionale;
- la legge regionale 14 dicembre 2021, n. 22, recante "Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33", e successive modificazioni e integrazioni;

RICHIAMATI i provvedimenti adottati dalla Giunta regionale con specifico riguardo alle liste di attesa, in particolare:

- la DGR n. XI/1865 del 9 luglio 2019, recante "Recepimento dell'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 21 febbraio 2019 (Rep. Atti 28/CSR) sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 e approvazione della proposta di Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA)";
- la DGR n. X/7766 del 17 gennaio 2018, recante indirizzi di sistema per l'ulteriore contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- la DGR n. XII/5589 del 30 dicembre 2025, recante "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2026 ed in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (AREU) anno 2026", con particolare riferimento agli interventi relativi al CUP Unico Regionale, alla gestione delle agende e al monitoraggio dell'offerta;
- la DGR n. XII/5611 del 12 gennaio 2026, recante "Costituzione della Cabina di Regia per la gestione ed il monitoraggio degli interventi per il contenimento delle liste di attesa";
- la DGR n. XII/5794 del 2 marzo 2026, recante "Determinazioni in ordine al trattamento dei dati personali inerente la digitalizzazione delle liste di attesa - Sistema di gestione centralizzata delle liste di attesa per i ricoveri (LAR)";
- la DGR n. XII/6141 dell'11 maggio 2026, recante "Determinazioni in ordine al contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero previste nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2026 - Piano operativo regionale liste di attesa 2026";



Regione Lombardia

LA GIUNTA

- la DGR n. XII/6583 del 27 luglio 2026, recante "Approvazione rimodulazione Piano Operativo Regionale per il contenimento delle liste di attesa";

CONSIDERATO che il governo dei tempi di attesa è una priorità della programmazione sanitaria nazionale e regionale;

RILEVATO che il decreto del Ministro della Salute 26 giugno 2026 ha adottato il Piano nazionale di Governo delle liste d'attesa (PNGLA) 2026-2028 e i relativi allegati, definendo il quadro nazionale di riferimento per il governo delle liste e dei tempi di attesa e individuando principi, obiettivi e strumenti in materia di appropriatezza, programmazione dell'offerta, sistemi CUP, gestione delle agende, presa in carico, monitoraggio e trasparenza;

RITENUTO di recepire il Piano nazionale di Governo delle liste d'attesa (PNGLA) 2026-2028 e i relativi allegati;

CONSIDERATO che, l'art. 2, comma 1, del decreto del Ministro della Salute del 26 giugno 2026, prevede che, entro centoventi giorni dalla sua entrata in vigore, le Regioni e le Province autonome adottino i propri Piani regionali di Governo delle liste di attesa, prevedendone l'aggiornamento annuale ai sensi dell'art. 2, comma 5, del decreto-legge n. 73/2024, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 107/2024;

RITENUTO di approvare il "Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa – PRGLA 2026-2028" - di cui all'Allegato 1 parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

DATO ATTO altresì che il Piano operativo regionale di Governo delle liste d'attesa di Regione Lombardia, approvato con DGR n. XII/6141/2026 e successivamente integrato e rimodulato con DGR n. XII/6583/2026, costituisce il quadro regionale di programmazione e attuazione in materia di governo delle liste di attesa per l'anno 2026, in attuazione di quanto disposto dall'art. 2 del Decreto del Ministro della Salute 26 giugno 2026;

RITENUTO pertanto di confermare, in quanto coerenti con il PNGLA 2026-2028 e con il PRGLA 2026-2028, le misure, gli obiettivi e gli interventi contenuti nella DGR n. XII/6141/2026, come aggiornata dalla DGR n. XII/6583/2026, nonché le disposizioni degli atti regionali vigenti in materia di governo delle liste di attesa, appropriatezza prescrittiva ed erogativa, programmazione dell'offerta, sistemi di prenotazione, gestione delle agende, percorsi di tutela, monitoraggio e trasparenza;

RICHIAMATA la DGR n. XII/5611 del 12 gennaio 2026, con la quale è stata istituita la Cabina di Regia per la gestione e il monitoraggio degli interventi per il contenimento delle liste di attesa, quale strumento di governance regionale;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

RITENUTO di confermare il ruolo della Cabina di Regia quale organismo regionale di governance, monitoraggio e verifica dell'attuazione delle misure di contenimento delle liste di attesa e di demandare alla Direzione Generale Welfare l'adozione delle eventuali indicazioni operative e degli aggiornamenti tecnici necessari all'attuazione del presente provvedimento, anche in relazione all'evoluzione dei sistemi informativi regionali;

CONSIDERATO che, con specifico riferimento ai ricoveri programmati, il PNGLA 2026-2028 promuove una gestione delle liste improntata a criteri di appropriatezza, equità, trasparenza e tracciabilità e prevede modalità organizzative e strumenti che consentano l'interazione tra le liste dei diversi Enti e l'individuazione delle iscrizioni riferite al medesimo assistito per la medesima esigenza di ricovero, assicurando una gestione univoca della presa in carico, ferma restando la libera scelta del cittadino;

DATO ATTO che Regione Lombardia dispone del sistema di gestione centralizzata delle Liste di Attesa per i Ricoveri (LAR), di cui alla DGR n. XII/5794/2026, che consente di gestire in maniera centralizzata le liste di attesa dei ricoveri programmati;

CONSIDERATO che, anche a seguito delle attività di monitoraggio e del confronto con le ATS e gli Enti erogatori, è emersa la necessità di definire indirizzi regionali omogenei in materia di accesso ai ricoveri programmati, gestione e manutenzione delle liste, sospensioni, rinunce, rivalutazioni cliniche, cancellazioni e iscrizioni duplicate, soggetti coinvolti e relative attività, completando il quadro regionale di attuazione del PNGLA 2026-2028;

RITENUTO:

- di approvare le Linee di indirizzo regionali per la gestione delle liste di attesa dei ricoveri programmati, di cui all'Allegato 2, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, quale quadro organico e uniforme per la predisposizione o l'aggiornamento dei Regolamenti aziendali degli Enti erogatori;

RITENUTO altresì di promuovere, la progressiva evoluzione dei sistemi informativi regionali a supporto della gestione dei ricoveri programmati affinché:

- sia rafforzata la tracciabilità delle diverse fasi del percorso assistenziale, anche attraverso la rilevazione della data della visita specialistica nella quale viene formulata o confermata l'indicazione al ricovero;
- sia favorita una gestione integrata delle liste di attesa e degli strumenti di programmazione dell'offerta, promuovendo l'interazione tra le liste dei diversi Enti erogatori e le rispettive agende di programmazione;

CONSIDERATO altresì che il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2026-2028, nell'ambito delle indicazioni relative alla gestione delle liste di attesa per



Regione Lombardia

LA GIUNTA

i ricoveri programmati, raccomanda l'adozione di un piano di comunicazione e l'utilizzo, durante la permanenza in lista, di canali di comunicazione diversificati, tra cui la posta elettronica, che consentano il contatto con l'assistito anche ai fini della conferma della volontà di permanere in lista;

CONSIDERATO altresì che, in coerenza con tali indicazioni, con circolare della Direzione Generale Welfare prot. Protocollo G1.2026.0033269 del 30/07/2026, avente ad oggetto "Implementazione del campo indirizzo di posta elettronica nel flusso LAR", è stato richiesto agli Enti erogatori di adeguare il relativo tracciato informativo mediante l'acquisizione e la trasmissione dell'indirizzo di posta elettronica dell'assistito, da valorizzare obbligatoriamente per i record inseriti o aggiornati a decorrere dal 1° novembre 2026;

RILEVATO che la disponibilità dell'indirizzo di posta elettronica consente di rafforzare gli strumenti di comunicazione con l'assistito durante la permanenza in lista e risulta funzionale all'invio delle comunicazioni previste nell'ambito della gestione delle liste di attesa, con particolare riferimento alle iscrizioni duplicate e alle ulteriori casistiche disciplinate dalle Linee di indirizzo di cui all'Allegato 1, e che risulta pertanto necessario integrare la tabella dei dati trattati nell'ambito del sistema regionale LAR, riportata nell'Allegato 2 alla DGR n. XII/5794/2026, come segue:

Variabile	Descrizione	Specifiche tecniche	Obbligatorietà
Indirizzo di posta elettronica	-	-	Sì, a partire dal 1° novembre 2026

PRECISATO che il contenuto delle comunicazioni verso i cittadini dovrà essere ispirato al principio di minimizzazione e tutela della riservatezza e protezione dei relativi dati personali;

RITENUTO, pertanto:

- di integrare la tabella riportata nell'Allegato 2 alla DGR n. XII/5794/2026, includendo tra i dati trattati nell'ambito del sistema regionale LAR l'indirizzo di posta elettronica dell'assistito, quale dato obbligatorio per i record inseriti o aggiornati a decorrere dal 1° novembre 2026;
- di prevedere, conseguentemente, che gli Enti erogatori provvedano, ove necessario, all'aggiornamento dell'informativa sul trattamento dei dati personali, in coerenza con le disposizioni contenute nell'Allegato 2 e con l'integrazione dei dati trattati nell'ambito del sistema LAR;

RILEVATO che gli esiti del monitoraggio dell'attività erogata dagli erogatori privati accreditati a contratto restituiscono un quadro nel complesso coerente con le finalità perseguite attraverso la definizione delle quote vincolate destinate all'abbattimento delle liste di attesa, anche alla luce della programmazione dell'offerta e delle relative agende già definita per l'anno in corso;



Regione Lombardia
LA GIUNTA

RITENUTO di fornire, nell'ambito della disciplina contrattuale vigente, una precisazione di seguito riportata in merito alle modalità di accesso alle quote vincolate già definite nei contratti sottoscritti dagli erogatori privati accreditati con le ATS territorialmente competenti, al fine di chiarirne le modalità applicative;

RITENUTO, pertanto, nell'ambito dei contratti sottoscritti dagli erogatori privati accreditati con le ATS territorialmente competenti e con riferimento all'assistenza specialistica ambulatoriale, di prevedere che l'accesso al budget incrementale vincolato destinato all'abbattimento delle liste di attesa sia proporzionato al livello di raggiungimento dei volumi programmati nei singoli raggruppamenti di prestazioni, secondo i seguenti pesi:

- 70% - Prestazioni ambulatoriali PNGLA, con ripartizione del relativo peso tra i sotto-raggruppamenti "prime visite PNGLA" e "altre prestazioni PNGLA" in proporzione ai rispettivi volumi attesi;
- 10% - Prestazioni ambulatoriali COLON;
- 20% - Prestazioni ambulatoriali di controllo;

PRECISATO inoltre che, qualora il raggruppamento "Colonscopia" e/o il raggruppamento "Controlli" non sia oggetto di erogazione da parte dell'erogatore, il relativo peso è riallocato al raggruppamento "PNGLA";

CONSIDERATO che, a seguito di una ricognizione effettuata sulle ATS con la quale è stato richiesto di rappresentare eventuali ulteriori fabbisogni di risorse da destinare all'acquisizione mirata di prestazioni ed alla luce degli approfondimenti successivi effettuati da parte della Direzione Generale Welfare sono state autorizzate:

- con Nota della DG Welfare Prot. n. G1.2026.0037413 del 10/09/2026 l'assegnazione ad ATS Insubria di ulteriori risorse pari a € 202.000 per il recupero delle prestazioni effettuate attraverso l'attività di recall relativa alle prestazioni ambulatoriali di interesse regionale in classe di priorità B e D al fine di migliorare il volume delle prestazioni erogate entro soglia;
- con Nota della DG Welfare Prot. n. G1.2026.0037414 del 10/09/2026 l'assegnazione ad ATS Pavia di ulteriori risorse pari a € 1.200.000,00 per l'acquisizione di prestazioni aggiuntive finalizzate al recupero delle liste di attesa nel secondo semestre 2026, in coerenza con le interlocuzioni intercorse con la Direzione Generale Welfare e con il successivo avviso pubblico adottato dall'Agenzia;
- con Nota della DG Welfare Prot. n. G1.2026.0037415 del 10/09/2026, l'assegnazione ad ATS della Montagna di ulteriori risorse pari a € 540.000,00 da destinare all'acquisizione mirata di prestazioni aggiuntive nel secondo semestre 2026, con particolare riferimento agli ambiti caratterizzati da maggiore criticità e al fine di garantire la continuità alla capacità produttiva aggiuntiva, con particolare riguardo all'area diagnostica;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

STABILITO che gli importi di cui sopra saranno assegnati alle ATS sopra richiamate in sede di adozione delle procedure di assestamento bilancio delle Aziende Sanitarie per l'esercizio 2026;

PRESO ATTO che le risorse di cui ai punti precedenti, pari a complessivi € 1.942.000 trovano copertura valore delle risorse accantonate nella GSA nel 2023 alla voce "Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione e Prov. Aut. Per quota F.S. indistinto finalizzato - Recupero delle liste d'attesa nell'anno 2023 (decreto-legge 198/2022, art. 4, c. 9-octies)" registrate nella contabilità regionale a valore del capitolo 8374 con l'impegno n. 3230054699;

RITENUTO di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito internet della Regione Lombardia;

VAGLIATE e fatte proprie le già menzionate considerazioni;

A VOTI UNANIMI espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

1. di recepire il Piano nazionale di Governo delle liste d'attesa (PNGLA) 2026-2028 e i relativi allegati, adottato con decreto del Ministro della Salute 26 giugno 2026, quale quadro nazionale di riferimento per il governo delle liste e dei tempi di attesa nel territorio regionale;
2. di approvare il "Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa – PRGLA 2026-2028" - di cui all'Allegato 1 parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
3. di dare atto che il Piano operativo regionale di Governo delle liste d'attesa di Regione Lombardia, approvato con DGR n. XII/6141/2026 e successivamente integrato e rimodulato con DGR n. XII/6583/2026, costituisce il quadro regionale di programmazione e attuazione in materia di governo delle liste di attesa per l'anno 2026, in attuazione di quanto disposto dall'art. 2 del Decreto del Ministro della Salute 26 giugno 2026;
4. di confermare, in quanto coerenti con il PNGLA 2026-2028 e con il PRGLA 2026-2028, le misure, gli obiettivi e gli interventi contenuti nella DGR n. XII/6141/2026 come aggiornata dalla DGR n. XII/6583/2026, nonché le disposizioni degli atti regionali vigenti in materia di governo delle liste di attesa, appropriatezza prescrittiva ed erogativa, programmazione dell'offerta, sistemi di prenotazione, gestione delle agende, percorsi di tutela, monitoraggio e trasparenza;
5. di confermare il ruolo della Cabina di Regia quale organismo regionale di governance, monitoraggio e verifica dell'attuazione delle misure di



Regione Lombardia

LA GIUNTA

contenimento delle liste di attesa e di demandare alla Direzione Generale Welfare l'adozione delle eventuali indicazioni operative e degli aggiornamenti tecnici necessari all'attuazione del presente provvedimento, anche in relazione all'evoluzione dei sistemi informativi regionali;

6. di approvare le Linee di indirizzo regionali per la gestione delle liste di attesa dei ricoveri programmati, di cui all'Allegato 2, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, quale quadro organico e uniforme per la predisposizione o l'aggiornamento dei Regolamenti aziendali degli Enti erogatori;
7. di promuovere la progressiva evoluzione dei sistemi informativi regionali a supporto della gestione dei ricoveri programmati affinché:
 - sia rafforzata la tracciabilità delle diverse fasi del percorso assistenziale, anche attraverso la rilevazione della data della visita specialistica nella quale viene formulata o confermata l'indicazione al ricovero;
 - sia favorita una gestione integrata delle liste di attesa e degli strumenti di programmazione dell'offerta, promuovendo l'interazione tra le liste dei diversi Enti erogatori e le rispettive agende di programmazione;
8. di prendere atto che il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2026-2028, nell'ambito delle indicazioni relative alla gestione delle liste di attesa per i ricoveri programmati, raccomanda l'adozione di un piano di comunicazione e l'utilizzo, durante la permanenza in lista, di canali di comunicazione diversificati, tra cui la posta elettronica, che consentano il contatto con l'assistito anche ai fini della conferma della volontà di permanere in lista;
9. di integrare la tabella riportata nell'Allegato 2 alla DGR n. XII/5794/2026, includendo tra i dati trattati nell'ambito del sistema regionale LAR l'indirizzo di posta elettronica dell'assistito, quale dato obbligatorio per i record inseriti o aggiornati a decorrere dal 1° novembre 2026, considerato che potrà essere utilizzato per le comunicazioni all'interessato nel rispetto della normativa privacy applicabile, come segue:

Variabile	Descrizione	Specifiche tecniche	Obbligatorietà
Indirizzo di posta elettronica	-	-	Si, a partire dal 1° novembre 2026

10. di prevedere, conseguentemente, che gli Enti erogatori provvedano, ove necessario, all'aggiornamento dell'informativa sul trattamento dei dati personali, in coerenza con le disposizioni contenute nell'Allegato 2 e con l'integrazione dei dati trattati nell'ambito del sistema LAR;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

11. di prevedere, nell'ambito dei contratti sottoscritti dagli erogatori privati accreditati con le ATS territorialmente competenti e con riferimento all'assistenza specialistica ambulatoriale, che l'accesso al budget incrementale vincolato destinato all'abbattimento delle liste di attesa sia proporzionato al livello di raggiungimento dei volumi programmati nei singoli raggruppamenti di prestazioni, secondo i seguenti pesi:
 - 70% - Prestazioni ambulatoriali PNGLA, con ripartizione del relativo peso tra i sotto-raggruppamenti "prime visite PNGLA" e "altre prestazioni PNGLA" in proporzione ai rispettivi volumi attesi;
 - 10% - Prestazioni ambulatoriali COLON;
 - 20% - Prestazioni ambulatoriali di controllo;
12. di precisare altresì che, qualora il raggruppamento "Colonscopia" e/o il raggruppamento "Controlli" non sia oggetto di erogazione da parte dell'erogatore, il relativo peso è riallocato al raggruppamento "PNGLA";
13. di assegnare, a seguito di una ricognizione effettuata sulle ATS con la quale è stato richiesto di rappresentare eventuali ulteriori fabbisogni di risorse da destinare all'acquisizione mirata di prestazioni ed alla luce degli approfondimenti successivi effettuati da parte della Direzione Generale Welfare:
 - ad ATS Insubria ulteriori risorse pari a € 202.000,00 per il recupero delle prestazioni effettuate attraverso l'attività di recall relativa alle prestazioni ambulatoriali di interesse regionale in classe di priorità B e D al fine di migliorare il volume delle prestazioni erogate entro soglia;
 - ad ATS Pavia ulteriori risorse pari a € 1.200.000,00 per l'acquisizione di prestazioni aggiuntive finalizzate al recupero delle liste di attesa nel secondo semestre 2026, in coerenza con le interlocuzioni intercorse con la Direzione Generale Welfare e con il successivo avviso pubblico adottato dall'Agenzia.
 - ad ATS della Montagna ulteriori risorse pari a € 540.000,00 da destinare all'acquisizione mirata di prestazioni aggiuntive nel secondo semestre 2026, con particolare riferimento agli ambiti caratterizzati da maggiore criticità e al fine di garantire la continuità alla capacità produttiva aggiuntiva, con particolare riguardo all'area diagnostica;
14. di stabilire che gli importi di cui sopra saranno assegnati alle ATS sopra richiamate in sede di adozione delle procedure di assestamento bilancio delle Aziende Sanitarie per l'esercizio 2026;
15. di dare atto che le risorse di cui al precedente punto 13, pari a complessivi € 1.942.000,00 trovano copertura valere delle risorse accantonate nella GSA nel 2023 alla voce "Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione e Prov. Aut. Per quota F.S. indistinto finalizzato - Recupero delle liste d'attesa



Regione Lombardia

LA GIUNTA

nell'anno 2023 (decreto-legge 198/2022, art. 4, c. 9-octies)" registrate nella contabilità regionale a valere del capitolo 8374 con l'impegno n. 3230054699;

16. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul portale istituzionale regionale.

**IL SEGRETARIO
RICCARDO PERINI**

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.

Allegato 1

PIANO REGIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA (PRGLA) 2026-2028

Indice

1. Quadro generale	4
1.1. Premessa e finalità	4
1.2. Obiettivi del Piano Regionale	5
1.2.1. Rafforzamento dell'appropriatezza della domanda	5
1.2.2. Efficientamento organizzativo e standardizzazione dei percorsi.....	5
1.2.3. Digitalizzazione e integrazione dei processi	5
1.2.4. Governo dell'offerta e dei tempi di attesa	5
2. Specialistica Ambulatoriale	6
2.1. Modello di governo regionale	6
2.2. Monitoraggio delle prestazioni ricomprese nel PNGLA.....	6
2.3. Ricette dematerializzate.....	8
2.3.1. Dematerializzazione delle ricette	9
2.3.2. Elementi essenziali della prescrizione	9
2.4. Appropriatezza prescrittiva.....	10
2.4.1. Quadro degli interventi regionali per l'appropriatezza prescrittiva	10
2.4.1.1. Modulo prescrittivo regionale.....	11
2.4.2. Criteri per la corretta attribuzione della tipologia di accesso	12
2.4.2.1. Tipo accesso 1 - primo accesso.....	12
2.4.2.2. Tipo accesso 0 - altra tipologia di accesso.....	13
2.4.3. Strumenti per il governo dell'appropriatezza prescrittiva	13
2.4.4. Standardizzazione del quesito diagnostico	13
2.4.5. Vincoli alla prescrizione: controlli/ <i>alert</i> sui criteri di erogabilità	15
2.4.6. Monitoraggio della domanda e <i>benchmarking</i>	15
2.5. Trasparenza e comunicazione ai cittadini.....	15
2.6. Percorsi e strumenti trasversali	16
2.6.1. Prescrizione, prenotazione e continuità della presa in carico	16
2.6.2. Ambito territoriale di garanzia	17
2.6.3. Percorsi di tutela	17
2.6.4. Sistemi informativi e qualità dei dati.....	18
2.6.4.1. Sistema CUP regionale	18
2.6.4.2. Sistemi di notifica e comunicazione con il cittadino per le prestazioni ambulatoriali	18
2.6.4.3. Gestione mancata disdetta della prenotazione per le prestazioni ambulatoriali	18
3. Ricoveri programmati	19

3.1. Dal governo delle liste alla digitalizzazione del percorso di ricovero	19
---	----

1. Quadro generale

1.1. Premessa e finalità

Il **governo delle liste di attesa** costituisce una delle principali priorità del **Servizio Sanitario Nazionale (SSN)**, in quanto direttamente connesso alla capacità del sistema di assicurare ai cittadini un accesso **tempestivo, appropriato ed equo alle prestazioni sanitarie**.

In tale contesto, con decreto del Ministro della Salute del **26 giugno 2026**, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana in data 24 agosto 2026, è stato adottato il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2026-2028, che **definisce il quadro nazionale di riferimento per la programmazione, l'organizzazione e il monitoraggio degli interventi finalizzati al governo dei tempi di attesa**.

Il PNGLA 2026-2028 promuove un approccio integrato al governo delle liste di attesa, fondato sul **governo della domanda e dell'offerta**, sul **miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva**, sull' **utilizzo efficiente della capacità produttiva**, sull'**integrazione dei percorsi di tutela** e sul **monitoraggio sistematico delle performance**, con riferimento alle prestazioni di **specialistica ambulatoriale** e ai **ricoveri programmati**.

Nell'ambito del PNGLA 2026-2028 sono individuate specifiche **linee di intervento**, con particolare riferimento:

- a) al **governo della domanda e all'appropriatezza prescrittiva**, al fine di orientare le prescrizioni in funzione dell'effettivo bisogno clinico-assistenziale;
- b) alla **programmazione dell'offerta e allo sviluppo di nuovi modelli assistenziali**, anche attraverso il coinvolgimento dei servizi territoriali e di ulteriori soggetti della rete di offerta;
- c) al **rafforzamento delle garanzie di accesso e dell'integrazione tra componente pubblica e privata accreditata**;
- d) all'**adozione di modelli evoluti di gestione e monitoraggio delle liste di attesa**, anche mediante la **Piattaforma Nazionale delle Liste di Attesa** e le correlate piattaforme regionali;
- e) alla **comunicazione, alla trasparenza e alla tutela degli utenti**.

Ai sensi dell'articolo 2, comma 5, del decreto-legge n. 73/2024, entro 120 giorni dall'entrata in vigore del decreto ministeriale di adozione del PNGLA 2026-2028 e dei relativi allegati, le Regioni e le Province Autonome adottano i rispettivi Piani Regionali di Governo delle Liste di Attesa, prevedendone l'aggiornamento annuale.

Nell'ambito di tale quadro normativo e programmatico si colloca il **Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) 2026-2028 di Regione Lombardia**, che recepisce gli indirizzi nazionali e li declina in coerenza con le specificità organizzative e assistenziali del Servizio Sanitario Regionale (SSR), in continuità con le azioni già intraprese. Il Piano definisce gli interventi, gli strumenti e le modalità di monitoraggio finalizzati a garantire il rispetto dei tempi di accesso, migliorare l'appropriatezza e l'efficienza dei percorsi, rafforzare la tutela del cittadino e assicurare una programmazione dell'offerta sempre più coerente con i fabbisogni della popolazione.

Le disposizioni del PNGLA 2026-2028 non espressamente recepite o disciplinate nel presente Piano saranno attuate, ove necessario, mediante successivi atti regionali, in coerenza con il quadro nazionale di riferimento.

1.2. Obiettivi del Piano Regionale

Il Piano Regionale si articola lungo quattro direttrici integrate di intervento: il rafforzamento dell'appropriatezza della domanda; l'efficientamento organizzativo e standardizzazione dei percorsi; la digitalizzazione e l'integrazione dei processi; il governo dell'offerta e dei tempi di attesa. Tali direttrici concorrono, in modo integrato, a migliorare la capacità di risposta del sistema, garantire un utilizzo più appropriato ed efficiente delle risorse disponibili e assicurare ai cittadini l'accesso alle prestazioni nei tempi previsti.

1.2.1. Rafforzamento dell'appropriatezza della domanda

L'**appropriatezza prescrittiva rappresenta una leva strategica per orientare la domanda in funzione dell'effettivo bisogno clinico e assicurare coerenza tra prestazione, classe di priorità e tempi di accesso**. In tale ambito, il Piano prevede il rafforzamento degli strumenti e delle modalità di supporto alla prescrizione, nonché l'utilizzo di controlli e funzionalità automatizzate, con l'obiettivo di ridurre la variabilità prescrittiva, migliorare la qualità e la completezza delle prescrizioni e favorire una maggiore omogeneità dei comportamenti prescrittivi sull'intero territorio regionale.

1.2.2. Efficientamento organizzativo e standardizzazione dei percorsi

L'**efficientamento organizzativo è finalizzato a migliorare il coordinamento tra gli attori del sistema e l'utilizzo della capacità produttiva disponibile**, attraverso una più efficace organizzazione dell'offerta, la standardizzazione dei percorsi e una maggiore integrazione tra i diversi livelli e soggetti del SSR. In tale ambito, il Piano promuove modalità organizzative omogenee, il rafforzamento degli strumenti di governo delle agende e dell'offerta e una più efficace cooperazione tra Enti pubblici e privati accreditati.

1.2.3. Digitalizzazione e integrazione dei processi

La digitalizzazione e l'integrazione dei processi è finalizzata a **rendere più semplici, integrati e tracciabili i flussi che accompagnano il cittadino lungo il percorso di accesso alle prestazioni**, attraverso una progressiva integrazione dei sistemi informativi, la riduzione dei passaggi extra-sistema e il superamento delle discontinuità informative tra le diverse fasi del percorso assistenziale. In tale ambito, il Piano incentiva il rafforzamento degli strumenti digitali a supporto della prescrizione, della prenotazione, della presa in carico e dell'erogazione delle prestazioni, sia ambulatoriali sia di ricovero, favorendo una maggiore continuità e tracciabilità del percorso del cittadino, nonché una più tempestiva disponibilità delle informazioni necessarie al governo della domanda e dell'offerta.

1.2.4. Governo dell'offerta e dei tempi di attesa

Il governo dell'offerta e dei tempi di attesa è finalizzato ad assicurare una **programmazione della capacità erogativa sempre più coerente con i fabbisogni assistenziali e a garantire l'accesso alle prestazioni nei tempi previsti dalle relative classi di priorità**. A tal fine, il Piano prevede il rafforzamento del monitoraggio integrato di domanda, offerta e tempi di attesa, nonché la possibilità di rimodulare dinamicamente i volumi in relazione alle criticità rilevate, anche attraverso il **coinvolgimento coordinato degli erogatori pubblici e privati accreditati**. Tale impostazione è orientata a ridurre i disallineamenti tra fabbisogno e capacità produttiva e a intervenire tempestivamente nelle situazioni di maggiore criticità.

2. Specialistica Ambulatoriale

2.1. Modello di governo regionale

Regione Lombardia adotta un modello di governo delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale fondato sull'**integrazione tra programmazione annuale dell'offerta, monitoraggio continuativo della domanda e capacità di rimodulazione dinamica dei volumi**, con l'obiettivo di assicurare il progressivo allineamento tra il fabbisogno assistenziale espresso dalla popolazione e la capacità produttiva del sistema regionale.

Il modello costituisce l'**evoluzione dell'impostazione adottata negli anni precedenti**, prevalentemente basata sulla definizione centralizzata di *target* minimi di offerta, sulla programmazione anticipata delle agende e sulla valorizzazione della capacità produttiva storicamente espressa dagli Enti. A partire dal 2026, tale impostazione viene integrata da una componente **maggiormente dinamica e orientata alla domanda, finalizzata a rendere la programmazione più flessibile e tempestivamente adattabile** alle criticità emergenti. Il modello si articola pertanto su **due livelli complementari**:

- una **quota programmata e stabile di attività**, definita nell'ambito della programmazione sanitaria annuale sulla base del fabbisogno atteso e della capacità produttiva;
- una **quota aggiuntiva e flessibile**, attivabile in corso d'anno in relazione all'emergere di specifiche criticità, sulla base del monitoraggio della domanda, dei tempi di attesa e del livello di saturazione delle agende.

Tale **modello è coordinato dalla Cabina di Regia regionale**, istituita con DGR n. XII/5611/2026, quale strumento di monitoraggio, indirizzo e coordinamento delle azioni sul territorio.

Nell'ambito della Cabina di Regia vengono analizzati con continuità l'andamento della domanda non soddisfatta¹, le disponibilità di offerta e le eventuali criticità riferite alle singole prestazioni e ai diversi ambiti territoriali. La disponibilità di offerta viene verificata anche attraverso simulazioni di negoziazione dei volumi, finalizzate a rappresentare la presenza e la distribuzione degli *slot*, nell'ambito della rete degli Enti pubblici e privati accreditati, e a individuare tempestivamente eventuali disallineamenti rispetto alla domanda rilevata.

In caso di criticità, il modello prevede la possibilità di integrare i volumi già programmati con ulteriori quote di attività, attivate in modo mirato per favorire un tempestivo riequilibrio tra domanda e offerta. **La programmazione dell'offerta assume quindi carattere dinamico: alla capacità produttiva rilevata presso gli Enti viene affiancata la valutazione del fabbisogno assistenziale effettivamente espresso**, così da orientare eventuali richieste aggiuntive verso le prestazioni e gli ambiti territoriali nei quali si rilevino maggiori disallineamenti tra domanda e offerta.

L'impostazione risulta coerente con il PNGLA 2026-2028, che richiede ai Piani regionali l'adozione di sistemi di analisi del fabbisogno di prestazioni assistenziali e di strumenti idonei a programmare l'offerta.

2.2. Monitoraggio delle prestazioni ricomprese nel PNGLA

Nel triennio 2026-2028 Regione Lombardia **proseguirà il monitoraggio delle prestazioni ricomprese nel PNGLA secondo un criterio di prioritizzazione basato sulle criticità effettivamente rilevate sul territorio**, con

¹ Per domanda non soddisfatta si intendono le prescrizioni ancora valide e prenotabili, non associate a prenotazione o erogazione.

particolare riferimento ai livelli di domanda e alla capacità del sistema di garantire l'accesso nei tempi previsti. Il perimetro regionale presenta un'ampia sovrapposizione con quello nazionale, concentrando il presidio sulle prestazioni per le quali emergono maggiori esigenze di monitoraggio e intervento. Rientrano in tale ambito, in particolare, le principali prime visite specialistiche, le prestazioni endoscopiche, ecografiche, nonché le prestazioni di diagnostica per immagini a maggiore complessità, tra cui risonanze magnetiche e tomografie computerizzate. La selezione risponde all'esigenza di concentrare le attività di governo sugli ambiti nei quali si rilevano criticità più significative o persistenti, sia in termini di rispetto dei tempi massimi di attesa sia con riferimento alla capacità dell'offerta disponibile di assorbire la domanda.

Per le prestazioni ricomprese nel perimetro nazionale che non evidenziano attualmente, livelli di criticità tali da richiedere uno specifico presidio regionale, il monitoraggio potrà essere mantenuto nell'ambito degli ordinari strumenti di controllo, senza l'attivazione di ulteriori misure dedicate. Rientrano in tale casistica, a titolo esemplificativo, la prima visita angiologica, l'ecocolordoppler dei grossi vasi addominali, l'impedenziometria, l'ortopanoramica, alcune prestazioni radiografiche e specifiche prestazioni di tomografia computerizzata.

Il perimetro regionale comprende, inoltre, prestazioni ulteriori rispetto a quelle espressamente previste a livello nazionale, che potranno essere ampliate qualora emergano esigenze di monitoraggio connesse alle caratteristiche della domanda o a criticità rilevate sul territorio. In tale ambito rientrano, ad esempio, l'ecografia ostetrica e alcune varianti diagnostiche con mezzo di contrasto.

La selezione delle prestazioni assume pertanto carattere dinamico e potrà essere aggiornata nel corso del triennio sulla base dell'evoluzione dei tempi di attesa, dei livelli di domanda e offerta e delle evidenze derivanti dalle attività di monitoraggio, così da mantenere il presidio regionale costantemente coerente con le effettive esigenze del sistema.

Di seguito sono riportate le prestazioni oggetto di specifico monitoraggio da parte di Regione Lombardia nel triennio 2026-2028.

Prestazioni di Prima Visita (18)

PRIMA VISITA CARDIOLOGICA
PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE
PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA
PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE
PRIMA VISITA EMATOLOGICA
PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA/DIABETOLOGICA
PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA
PRIMA VISITA GERIATRICA
PRIMA VISITA GINECOLOGICA
PRIMA VISITA NEFROLOGICA
PRIMA VISITA NEUROLOGICA
PRIMA VISITA OCULISTICA
PRIMA VISITA ONCOLOGICA
PRIMA VISITA ORTOPEDICA
PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRICA
PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA
PRIMA VISITA REUMATOLOGICA
PRIMA VISITA UROLOGICA

Prestazioni Strumentali (37)

COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A RIPOSO
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI
ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO O VENOSO
ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO
ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA
ECOGRAFIA DEL CAPO E DEL COLLO
ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO
ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE
ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE
ECOGRAFIA GINECOLOGICA CON Sonda TRANSVAGINALE O ADDOMINALE
ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE
ECOGRAFIA OSTETRICA
ECOGRAFIA SCROTALE
ECOCOLORDOPPLER SCROTALE
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (SECONDO HOLTER)
ESAME AUDIOMETRICO TONALE
ESAME AUDIOMETRICO VOCALE
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS]
MAMMOGRAFIA BILATERALE
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA
RM ADDOME INFERIORE
RM ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC
RM ADDOME SUPERIORE
RM DEL COLLO
RM DELLA COLONNA
RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE
RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE SENZA E CON CONTRASTO
SPIROMETRIA GLOBALE
SPIROMETRIA SEMPLICE
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE
TC DEL TORACE
TC DELL'ADDOME COMPLETO
TC DELL'ADDOME INFERIORE
TC DELL'ADDOME SUPERIORE
TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE, COSCIA, GINOCCHIO, GAMBA, CAVIGLIA E PIEDE
TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O CON PEDANA MOBILE

2.3. Ricette dematerializzate

Regione Lombardia prosegue nel percorso di completa **dematerializzazione delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale, quale elemento fondamentale per la digitalizzazione del percorso assistenziale** e, al contempo, quale **presupposto per una conoscenza tempestiva e strutturata della domanda di prestazioni**.

Il percorso di dematerializzazione si sviluppa lungo **due direttrici complementari**: da un lato, l'estensione dell'utilizzo della prescrizione in modalità DEM; dall'altro, la progressiva valorizzazione delle informazioni strutturate contenute nella ricetta dematerializzata.

2.3.1. Dematerializzazione delle ricette

Il PNGLA 2026-2028 prevede espressamente la piena dematerializzazione delle prescrizioni mediche, prevedendone il monitoraggio mediante specifica reportistica. La disponibilità sistematica delle prescrizioni in formato elettronico consente infatti di analizzare la domanda secondo molteplici dimensioni — territoriali, anagrafiche e relative alle prestazioni richieste — e di mettere in relazione i volumi prescritti con quelli prenotati ed erogati.

Regione Lombardia ha già progressivamente rafforzato l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata.

Con le determinazioni regionali adottate negli anni precedenti sono stati definiti specifici target relativi sia alla quota di prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni prescrivibili in modalità DEM, sia alla corretta gestione della ricetta lungo il processo di erogazione, con particolare riferimento agli stati di blocco ed erogato.

2.3.2. Elementi essenziali della prescrizione

In coerenza con il PNGLA 2026-2028, nelle procedure di prescrizione e prenotazione delle prestazioni ambulatoriali specialistiche garantite dal SSN **deve essere assicurato l'utilizzo sistematico degli elementi necessari alla corretta gestione del percorso assistenziale**, con particolare riferimento:

- alla natura di primo accesso o accesso successivo;
- all'indicazione della classe di priorità per i primi accessi;
- al quesito diagnostico.

Tali elementi, oltre a costituire requisiti essenziali della prescrizione, rappresentano informazioni necessarie per il corretto funzionamento dei sistemi di prenotazione, per il monitoraggio della domanda e per il governo dell'appropriatezza prescrittiva. Le specifiche azioni regionali finalizzate alla loro corretta compilazione e valorizzazione sono approfondite nel successivo paragrafo dedicato all'appropriatezza prescrittiva. In particolare, la prescrizione deve consentire di identificare:

Pertanto, nel triennio 2026-2028 Regione Lombardia prosegue:

- nel **monitoraggio della percentuale di prescrizioni effettuate in modalità dematerializzata**, attraverso una specifica reportistica regionale aggiornata con cadenza mensile e consultabile dagli Enti erogatori e dalle ATS, al fine di assicurare un monitoraggio continuativo dell'andamento e degli eventuali scostamenti rispetto agli obiettivi regionali;
- nel **monitoraggio della corretta gestione della ricetta dematerializzata nelle successive fasi** di presa in carico, prenotazione ed erogazione;
- nell'**utilizzo dei dati del prescritto** quale componente informativa a supporto dell'analisi della domanda e della programmazione dell'offerta;
- nel **progressivo miglioramento della qualità e completezza delle informazioni contenute nella prescrizione**, in coerenza con gli indirizzi definiti a livello nazionale e regionale.

2.4. Appropriately prescriptive

Negli ultimi anni il sistema sanitario si è confrontato con una **crescente pressione sulla capacità di garantire l'accesso tempestivo alle prestazioni specialistiche e diagnostiche**. Sebbene siano stati avviati numerosi interventi finalizzati ad aumentare la capacità produttiva attraverso il miglioramento dell'efficienza organizzativa, l'acquisto di prestazioni, la revisione dei modelli operativi e l'introduzione di soluzioni tecnologiche innovative, tali interventi, pur contribuendo al rafforzamento dell'offerta, non risultano di per sé sufficienti a compensare l'incremento della domanda di prestazioni.

Tale crescita è riconducibile sia a fattori strutturali, quali l'evoluzione demografica, l'aumento della prevalenza delle patologie croniche e l'ampliamento delle opportunità diagnostico-terapeutiche, sia a **elementi che possono determinare un utilizzo non ottimale delle risorse disponibili**, causati da fenomeni di inappropriatezza definiti come segue:

- **inappropriatezza clinico-prescrittiva**: prescrizioni non coerenti con le linee guida, con la patologia e con il quadro clinico del paziente, ad esempio in presenza di quesiti diagnostici aspecifici, mancato rispetto delle soglie minime di indicazione o ridondanze nella prescrizione di esami sullo stesso distretto.
- **inappropriatezza amministrativa**: utilizzo non conforme delle regole d'accesso e degli elementi strutturali della ricetta come l'errata attribuzione delle classi di priorità U, B e D, l'errata compilazione del campo "Primo Accesso" o **l'utilizzo della DEM anche per le prestazioni erogate nell'ambito della sanità integrativa**;

In questo contesto, **il governo della domanda assume un ruolo strategico per garantire un utilizzo appropriato ed efficace delle risorse disponibili**, favorendo la corretta presa in carico dei pazienti e contribuendo al miglioramento dell'accesso ai servizi e alla riduzione delle liste di attesa. In tale prospettiva, l'appropriatezza prescrittiva costituisce uno dei principali strumenti di governo clinico, in quanto consente di assicurare l'equilibrio tra qualità dell'assistenza, sostenibilità del sistema e sicurezza del paziente. **Una prescrizione può infatti definirsi appropriata quando risponde a un reale bisogno clinico, risulta coerente con il quadro anamnestico e sintomatologico del paziente, è supportata dalle evidenze scientifiche e dalle linee guida di riferimento, è formulata nel setting assistenziale e nei tempi più adeguati rispetto alla condizione clinica e al livello di urgenza e assicura la corretta valorizzazione degli elementi informativi necessari alla gestione del percorso prescrittivo e di accesso alla prestazione.**

2.4.1. Quadro degli interventi regionali per l'appropriatezza prescrittiva

Regione Lombardia ha progressivamente sviluppato interventi per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e il governo della domanda, attraverso l'analisi dei comportamenti prescrittivi e la definizione di indirizzi condivisi a supporto delle decisioni cliniche e dei percorsi diagnostico-assistenziali. Tali interventi, progressivamente estesi a diversi ambiti specialistici, sono finalizzati a **favorire l'appropriatezza delle prestazioni, ridurre la variabilità prescrittiva e promuovere un utilizzo efficace delle risorse disponibili**, nel rispetto dell'autonomia e della responsabilità professionale dei clinici.

Il progressivo ampliamento delle prestazioni e degli ambiti oggetto di intervento ha successivamente evidenziato la **necessità di affiancare alle linee di indirizzo strumenti in grado di supportare il prescrittore direttamente nella fase di prescrizione**, traducendo i criteri di appropriatezza in funzionalità operative integrate nei sistemi regionali.

Il percorso regionale per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva trova un ulteriore sviluppo nella **realizzazione di strumenti a supporto del prescrittore**, finalizzati a tradurre gli indirizzi regionali in funzionalità operative integrate nel processo di prescrizione.

2.4.1.1. Modulo prescrittivo regionale

In tale contesto, con la DGR n. XII/514 del 26 giugno 2023, Regione Lombardia ha previsto e finanziato la realizzazione del Modulo Prescrittivo Regionale, quale strumento unico e standardizzato a supporto dei prescrittori del SSR.

Il Modulo rappresenta uno degli strumenti regionali per il governo dell'appropriatezza e della domanda, consentendo di supportare il prescrittore nella fase di formulazione della prescrizione e di integrare progressivamente nei sistemi regionali regole, criteri e strumenti di supporto alla decisione.

Tra le principali innovazioni introdotte con il modulo prescrittivo figurano:

- il **rafforzamento della distinzione tra prestazioni di primo accesso e prestazioni di controllo**, al fine di favorire la corretta attribuzione delle classi di priorità previste per i primi accessi e di prevenire utilizzi impropri delle stesse nelle prescrizioni di *follow-up*, attraverso:
 - l'introduzione del campo **"tempo clinico"** per le **prestazioni di controllo di specialistica ambulatoriale**. Tale campo consente al prescrittore di indicare la **tempistica ritenuta clinicamente appropriata per l'effettuazione del controllo**, contribuendo a distinguere in modo più chiaro le prestazioni di *follow-up* dai primi accessi e programmazione del *follow-up* coerente con il bisogno clinico del paziente;
 - l'**implementazione di un blocco informatico** volto a **impedire la prescrizione di prestazioni di controllo** (tipo accesso "0") di specialistica ambulatoriale e di diagnostica, **tramite le classi di priorità U, B e D**;
- l'**integrazione dei criteri di Raggruppamento di Attesa Omogenei (RAO)**, finalizzata a supportare il medico nella corretta attribuzione della classe di priorità in relazione alla prestazione prescritta e al relativo quesito diagnostico. Il modello RAO rappresenta infatti un elemento strategico per il governo delle liste di attesa, in quanto definisce criteri clinici condivisi per l'accesso appropriato e prioritario alle prestazioni previste dal PNGLA, contribuendo a ridurre la variabilità prescrittiva e a promuovere comportamenti omogenei nel rispetto dei principi di equità, appropriatezza e uniformità di accesso. Nell'ambito di tale percorso sono stati promossi specifici confronti con i clinici, con particolare riferimento ai binomi **prestazione-classe di priorità** per i quali il Manuale RAO di AGENAS riportava la dicitura "non presenti indicazioni cliniche". I confronti sono stati finalizzati a verificare la corretta prescrivibilità di tali associazioni e a definire le eventuali limitazioni da recepire nel modulo, ad esempio tra le prime misure definite rientra l'**inibizione della prescrizione della colonscopia in classe U**;
- l'**introduzione di controlli ex ante sulle prescrizioni ripetute**, finalizzati a intercettare la reiterazione, entro finestre temporali definite, di prescrizioni riferite alla medesima prestazione e allo stesso assistito, con particolare attenzione ai casi in cui la nuova prescrizione presenti una **diversa classe di priorità**. Le analisi regionali condotte sulle prescrizioni ripetute entro 60 giorni hanno infatti evidenziato, nel periodo gennaio-aprile 2026, una quota complessiva di circa **6%**; il fenomeno risulta più rilevante per alcune prestazioni diagnostiche (es. RM intorno al 14%). Tali evidenze hanno orientato lo sviluppo di **meccanismi automatici di controllo e segnalazione nel modulo prescrittivo**,

con l'obiettivo di **ridurre fenomeni di inappropriatezza amministrativa connessi alla reiterazione delle ricette e alla rimodulazione della classe di priorità**

- l'inserimento di un apposito **flag** per distinguere le prescrizioni riferite a **pazienti con assicurazione sanitaria**;

L'evoluzione del sistema regionale non si limita tuttavia alla fase di compilazione della prescrizione, ma si estende anche al controllo del suo utilizzo nel tempo e al rafforzamento degli strumenti di monitoraggio, con l'obiettivo di intercettare comportamenti potenzialmente distorsivi e migliorare ulteriormente la qualità del processo prescrittivo.

In continuità con tale percorso, Regione Lombardia ha previsto la revisione dell'orizzonte temporale di prenotabilità delle prescrizioni in classe U e B, con la **riduzione del periodo di validità della prescrizione a rispettivamente 10 giorni e 30 giorni**. Tale misura è finalizzata a garantire una maggiore coerenza tra il bisogno clinico espresso al momento della prescrizione e il tempo di effettiva erogazione della prestazione, evitando che prescrizioni riferite a condizioni cliniche temporalmente definite possano essere utilizzate a distanza di molti mesi, quando il quadro clinico del paziente potrebbe essersi modificato e rendere necessaria una nuova valutazione.

Parallelamente, al fine di consolidare gli strumenti di monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva, Regione Lombardia ha previsto l'introduzione, nell'ambito del flusso regionale 28/SAN, di uno specifico **flag** di tracciabilità attraverso il quale il medico prescrittore potrà attestare la sussistenza delle condizioni di appropriatezza previste dalla normativa vigente. La rilevazione interesserà inizialmente un insieme selezionato di prestazioni individuate come prioritarie e consentirà di disporre di informazioni strutturate utili al monitoraggio dei comportamenti prescrittivi.

Gli esiti delle analisi potranno essere restituiti ai professionisti attraverso specifici *feedback* e costituire la base per successivi momenti di approfondimento, confronto e formazione condivisa tra prescrittori, favorendo un miglioramento continuo dell'appropriatezza prescrittiva e una maggiore omogeneità delle pratiche cliniche sul territorio regionale.

2.4.2. Criteri per la corretta attribuzione della tipologia di accesso

Indicazioni operative finalizzate a rafforzare l'appropriatezza prescrittiva, attraverso la corretta attribuzione della tipologia di accesso e la chiara distinzione tra primo accesso e altro accesso.

2.4.2.1. Tipo accesso 1 - primo accesso

Il **primo accesso** ricorre quando il problema clinico principale del paziente viene affrontato per la prima volta, con predisposizione della relativa documentazione clinica e, ove necessario, definizione di un percorso diagnostico-terapeutico o riabilitativo.

È altresì da considerarsi primo accesso la prestazione prescritta da uno specialista qualora, ai fini del completamento diagnostico, sia necessario il parere di uno specialista appartenente a una disciplina diversa.

Rientrano inoltre nei primi accessi i casi in cui insorga un nuovo problema clinico, compaia un sintomo/segno verosimilmente non correlato alla patologia o condizione di base già diagnosticata, si verifichi un'evoluzione imprevista della patologia cronica, ovvero lo specialista che ha in carico il paziente ritenga necessaria una valutazione da parte di uno specialista di disciplina diversa da quella attinente alla malattia di base.

La tempistica di erogazione della prestazione di **primo accesso** è definita in funzione della **classe di priorità attribuita dal prescrittore**, sulla base del quadro clinico del paziente e in coerenza, ove previste, con le indicazioni contenute nel **Manuale RAO**.

2.4.2.1.1. Percorso di cura

Qualora, nel corso del **primo accesso**, si renda necessario un ulteriore approfondimento ai fini del completamento del percorso diagnostico-terapeutico, gli accertamenti ritenuti necessari sono prescritti dallo **specialista che ha effettuato il primo accesso**, come **prestazioni di primo accesso** e sono **prenotati dalla Struttura**.

La visita successiva all'esecuzione degli approfondimenti deve essere prescritta come Visita a completamento della prima altra tipologia di accesso = 0.

La **visita a completamento della prima**, richiesta ed effettuata dallo stesso specialista o dalla medesima équipe che ha erogato il primo accesso, è finalizzata a completare l'iter diagnostico attraverso la valutazione degli esiti degli approfondimenti richiesti, la definizione della diagnosi ovvero l'eventuale individuazione di ulteriori quesiti diagnostici, la prescrizione del piano terapeutico e l'aggiornamento della documentazione clinica. Il percorso diagnostico può concludersi direttamente nell'ambito della **prima visita** oppure, qualora siano necessari ulteriori approfondimenti, mediante una **visita a completamento della prima visita** al termine della quale possono essere formulate una nuova diagnosi e, ove necessario, una nuova terapia.

2.4.2.2. Tipo accesso 0 - altra tipologia di accesso

Altra tipologia di accesso riguarda un problema clinico già inquadrato dal punto di vista diagnostico e terapeutico, come nel caso di pazienti affetti da patologie croniche, e consiste nella rivalutazione clinica del paziente con aggiornamento della documentazione sanitaria, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto al primo accesso. Rientrano nella visita di controllo anche il **rinnovo del piano diagnostico-terapeutico o riabilitativo** e i controlli periodici dei pazienti già presi in carico per patologie croniche che richiedano monitoraggio, nell'ambito dei quali vengono rivalutati il quadro clinico e gli eventuali sintomi, con conseguente aggiornamento della documentazione e, ove necessario, della terapia.

La tempistica di erogazione della prestazione viene definita dal "tempo clinico" indicato dal medico prescrittore e non dalla classe di priorità.

2.4.3. Strumenti per il governo dell'appropriatezza prescrittiva

Il governo dell'appropriatezza della domanda rappresenta una leva strategica per liberare capacità erogativa e garantire il rispetto dei tempi di attesa. In particolare, Regione Lombardia agirà lungo più direttrici complementari, intervenendo sia sugli strumenti a supporto della prescrizione sia sui comportamenti prescrittivi, attraverso meccanismi di orientamento, controllo e confronto professionale finalizzati a rendere più appropriato l'accesso alle prestazioni.

2.4.4. Standardizzazione del quesito diagnostico

Regione Lombardia ha avviato per il triennio 2026-2028 un percorso di standardizzazione e codifica dei quesiti diagnostici, finalizzato a descrivere in modo uniforme il bisogno clinico e ad associare alle principali

condizioni cliniche appropriate classi di priorità. La disponibilità di un sistema strutturato e condiviso **favorisce l'omogeneità prescrittiva, supporta l'appropriatezza clinica e consente una programmazione dell'offerta maggiormente coerente con la domanda**. Tale impostazione si inserisce nel quadro delineato dalla Legge 8 marzo 2017, n. 24 (Legge Gelli-Bianco) che, all'articolo 5, prevede che gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie, si attengano, salvo le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida e, in loro assenza, alle buone pratiche clinico-assistenziali. In tale prospettiva, la standardizzazione del quesito diagnostico rappresenta uno strumento di supporto alla verifica della coerenza tra bisogno clinico, prestazione prescritta e classe di priorità, contribuendo a rafforzare l'aderenza a riferimenti clinici condivisi e la tracciabilità del processo decisionale del prescrittore.

Il progetto trae origine dall'analisi del contesto prescrittivo regionale che ha evidenziato come, nella quasi totalità delle prescrizioni dematerializzate, **l'informazione relativa al quesito diagnostico risulti di fatto difficilmente utilizzabile ai fini dell'analisi e del governo clinico-organizzativo**, in quanto espressa prevalentemente in formato testuale libero. Tale condizione limita la possibilità di effettuare valutazioni sistematiche sull'appropriatezza delle prescrizioni.

Per rispondere a tale esigenza, è stato **affidato alle reti cliniche regionali e agli organismi tecnico-scientifici competenti** il compito di definire, per gli ambiti specialistici di riferimento, un insieme condiviso e validato di quesiti diagnostici codificati, associati alle relative indicazioni di priorità.

Tale indicazione costituisce un supporto al processo decisionale e **non limita l'autonomia professionale** del medico prescrittore, al quale è comunque garantita la possibilità di inserire prescrizioni non ricomprese nelle categorie standardizzate o di modificare la classe di priorità proposta, qualora le condizioni cliniche del paziente lo rendano necessario. In tali casi, **la modifica della priorità o l'utilizzo di una categoria alternativa dovrà essere adeguatamente motivata**.

In ogni caso, il quesito dovrà comunque essere espresso in modo chiaro e specifico, evitando formulazioni generiche quali "accertamenti".

Il progetto verrà applicato, in una prima fase, includendo progressivamente le prestazioni che, nei diversi ambiti territoriali, evidenziano tempi di attesa superiori agli standard regionali e/o presentano criticità di accesso per i cittadini, oltre alle **discipline che meglio si prestano a una strutturazione dei quesiti diagnostici attraverso sistemi di codifica**. Successivamente, il modello sarà gradualmente esteso ad ulteriori prestazioni, secondo un approccio progressivo e sostenibile di ampliamento del sistema.

È opportuno precisare che il concetto di appropriatezza su cui si fonda il progetto di "codifica del quesito diagnostico" **non si esaurisce nella sola dimensione clinica**, che resta propria della competenza professionale del medico, ma si estende anche **all'appropriatezza di tipo "amministrativo"**. Quest'ultima riguarda il corretto utilizzo delle regole di accesso e degli elementi strutturali della ricetta, e può risultare compromessa, ad esempio, da un impiego non appropriato della classe di priorità "P" o da una compilazione non corretta del campo "Primo Accesso". La carenza di appropriatezza, nelle sue diverse declinazioni, può tradursi in fenomeni sia di sovra-utilizzo sia di sottoutilizzo delle prestazioni sanitarie, oppure in un ricorso non corretto alle stesse, con ricadute significative sull'equità di accesso dei cittadini, sulla sostenibilità del sistema e sulla qualità complessiva dell'assistenza erogata.

Il set di quesiti diagnostici così definito sarà reso disponibile e selezionabile all'interno degli applicativi prescrittivi regionali, utilizzati dai Medici di Assistenza Primaria (MAP), dai Pediatri di Libera Scelta (PLS) e da tutti gli altri medici prescrittori.

2.4.5. Vincoli alla prescrizione: controlli/*alert* sui criteri di erogabilità

Nel triennio 2026-2028 Regione Lombardia integrerà all'interno del modulo prescrittivo regionale sistemi di controllo, finalizzati a supportare il medico prescrittore nella **corretta valutazione del bisogno clinico e nella verifica della coerenza della prestazione richiesta rispetto ai criteri di erogabilità previsti** dalle linee scientifiche.

In particolare, si rileva come, per alcune condizioni cliniche, la **prima visita venga frequentemente effettuata in assenza di un adeguato corredo diagnostico preliminare**, con conseguente impossibilità di definire un inquadramento clinico completo già al primo accesso. Tale situazione può determinare la necessità di ulteriori accessi ravvicinati per il medesimo paziente, con duplicazione delle visite e un impiego non ottimale di risorse specialistiche già limitate. In tale ambito, il sistema sarà configurato per supportare una più corretta sequenza del percorso assistenziale, anche attraverso l'introduzione di **check-list strutturate** finalizzate a verificare la coerenza tra eventuali esami diagnostici propedeutici e la successiva richiesta di visita specialistica, in relazione allo specifico quesito diagnostico.

Parallelamente, sarà introdotta, in fase di prescrizione e in relazione alla specifica prestazione e al quesito diagnostico selezionato, una sezione strutturata nella quale il medico sarà chiamato a indicare la presenza/assenza di eventuali criteri clinici, esami pregressi o parametri biologici.

Sulla base delle informazioni inserite, **il sistema potrà generare un alert di supporto** che segnali al prescrittore eventuali incongruenze rispetto ai criteri di erogabilità oppure la necessità di integrare il quadro clinico con ulteriori esami preliminari prima dell'accesso alla prestazione specialistica. Tale segnalazione non avrà carattere vincolante, ma sarà esclusivamente orientata a supportare il processo decisionale del medico, nel pieno rispetto dell'autonomia professionale.

L'introduzione di questo strumento si colloca nell'ottica di una più efficiente allocazione delle risorse e di una migliore appropriatezza dei percorsi di accesso, con l'obiettivo di ridurre accessi ripetuti non necessari e **favorire, ove possibile, una più completa definizione del quadro clinico già in occasione del primo contatto specialistico**.

2.4.6. Monitoraggio della domanda e *benchmarking*

In continuità con le attività già avviate negli anni precedenti, nel triennio 2026-2028 Regione Lombardia **proseguirà e rafforzerà l'utilizzo del benchmarking quale strumento di supporto al governo dell'appropriatezza prescrittiva**, valorizzando i dati disponibili attraverso le *dashboard* di monitoraggio delle prescrizioni dei MAP e degli specialisti.

Le ATS dovranno continuare a garantire un presidio costante dei dati e a promuovere, ove necessario, momenti di confronto mirati con gli Enti erogatori e con i prescrittori, con particolare attenzione alle prestazioni che presentano maggiori criticità in termini di volumi prescrittivi, attribuzione delle classi di priorità e coerenza tra quesito diagnostico e priorità assegnata.

Nel prossimo triennio sarà ulteriormente **valorizzata la restituzione di profili prescrittivi comparativi**, quale leva di confronto professionale e di miglioramento dei comportamenti, consentendo ai prescrittori di collocare il proprio profilo rispetto ai valori di riferimento e di approfondire eventuali scostamenti significativi.

2.5. Trasparenza e comunicazione ai cittadini

In conformità con gli indirizzi definiti dal PNGLA 2026–2028, Regione Lombardia continuerà a **rafforzare la trasparenza e la comunicazione nei confronti dei cittadini nella gestione delle liste di attesa, garantendo una maggiore disponibilità e accessibilità alle informazioni, con particolare riferimento ai tempi e alle modalità di accesso alle prestazioni**. In tale ambito, sono valorizzati due principali strumenti di comunicazione e informazione istituzionale: la **pubblicazione periodica delle principali azioni adottate** per il governo delle liste di attesa e dei relativi risultati e **l'aggiornamento dei siti web istituzionali** regionali e aziendali.

Con riferimento al primo ambito, Regione Lombardia sta progressivamente sviluppando un sistema di monitoraggio integrato dell'intero percorso di accesso alla prestazione, che affianca alla rilevazione dei tempi di attesa la tracciatura delle diverse fasi del processo, dalla prescrizione alla prenotazione, fino all'effettiva erogazione della prestazione. Tale approccio consente di rappresentare in modo più completo l'andamento delle azioni adottate e i relativi risultati, nonché di individuare tempestivamente eventuali criticità lungo il percorso del cittadino.

Con riferimento al primo ambito, Regione Lombardia sta progressivamente sviluppando un sistema di monitoraggio integrato dell'intero percorso di accesso alla prestazione, che affianca alla rilevazione dei tempi di attesa la tracciatura delle diverse fasi del processo, dalla **prescrizione alla prenotazione, fino all'effettiva erogazione della prestazione**. Tale tracciatura consente di rappresentare il fenomeno delle liste di attesa secondo una dimensione ulteriore rispetto al solo dato dei tempi di attesa, evidenziando le dinamiche che caratterizzano il percorso della domanda. La lettura di tali informazioni deve tuttavia avvenire in un'ottica integrata, tenendo conto dei diversi fattori che possono incidere sul rapporto tra prescrizioni, prenotazioni ed erogazioni, tra cui fenomeni di inappropriata prescrizione e prescrizioni emesse nell'ambito della sanità integrativa, non destinate a essere utilizzate nel circuito del SSR.

Parallelamente, attraverso l'aggiornamento dei siti web istituzionali regionali e aziendali, vengono rese disponibili ai cittadini le informazioni relative ai tempi di attesa delle prestazioni oggetto di monitoraggio.

2.6. Percorsi e strumenti trasversali

Nell'ambito della specialistica ambulatoriale, il governo delle liste di attesa si fonda anche su strumenti trasversali finalizzati ad accompagnare il cittadino lungo il percorso di accesso alla prestazione, assicurando continuità nella presa in carico e favorendo il rispetto dei tempi previsti. In tale cornice rientrano il raccordo tra prescrizione e prenotazione, la definizione dell'ambito territoriale di garanzia e dei percorsi di tutela, nonché i sistemi informativi e gli strumenti di comunicazione a supporto della gestione dell'offerta e dell'accesso del cittadino.

2.6.1. Prescrizione, prenotazione e continuità della presa in carico

In Regione Lombardia è vigente il principio della **contestualità tra prescrizione e prenotazione** nell'ambito dei percorsi interni agli Enti, prevedendo che, in presenza di **prescrizioni effettuate dagli specialisti interni, sia garantita almeno la relativa prenotazione da parte della struttura di appartenenza**. Tale impostazione è finalizzata a **rafforzare la presa in carico del paziente** e a **evitare che il cittadino debba autonomamente attivare il percorso** di prenotazione per prestazioni prescritte nell'ambito del percorso specialistico.

Nell'ambito dei **percorsi oncologici di follow-up**, tale principio trova un'applicazione più estesa, prevedendo che l'Ente presso cui il paziente è preso in carico **garantisca non soltanto la prenotazione, ma anche l'effettiva erogazione delle prestazioni necessarie alla continuità del percorso assistenziale**, anche negli anni successivi

al ricovero. Qualora l'Ente non disponga della capacità erogativa necessaria a soddisfare il fabbisogno di prestazioni di *follow-up*, è prevista la **possibilità di stipulare apposite convenzioni con altri Enti pubblici o privati**, mantenendo in capo all'Ente di riferimento la responsabilità della presa in carico e della continuità del percorso di cura.

In tali casi, **la prestazione erogata** in convenzione è considerata comunque **garantita dall'Ente di riferimento**, a condizione che siano rispettati specifici requisiti di configurazione dell'agenda, corretta esecuzione della prenotazione e corretta rendicontazione nei flussi informativi regionali.

2.6.2. Ambito territoriale di garanzia

L'**ambito territoriale** di garanzia individua il bacino territoriale entro il quale deve essere assicurata al cittadino l'erogazione della prestazione ambulatoriale entro il **tempo massimo previsto** dalla relativa classe di priorità.

In Regione Lombardia l'ambito territoriale di garanzia coincide, in via ordinaria, con il territorio **dell'ATS di riferimento del cittadino**. Qualora il cittadino non esprima una preferenza per uno specifico Ente, il sistema propone la prima disponibilità utile entro i tempi previsti dalla classe di priorità nell'intero ambito territoriale di garanzia. Qualora, invece, il cittadino richieda una specifica struttura e questa non disponga di una disponibilità entro soglia, deve essere ricercata una soluzione alternativa presso altri **Enti erogatori pubblici o privati accreditati a contratto ricompresi nel medesimo ambito territoriale**. Qualora il cittadino rifiuti la prima disponibilità proposta entro i tempi previsti dalla classe di priorità nell'ambito territoriale di garanzia, la prestazione non rientra più nell'obbligo di garanzia dei relativi tempi massimi di attesa.

2.6.3. Percorsi di tutela

Qualora, a seguito della ricerca nell'ambito territoriale di garanzia, non sia possibile individuare immediatamente una disponibilità compatibile con il tempo massimo previsto dalla classe di priorità, **la richiesta del cittadino deve essere presa in carico**, evitando che l'onere della ricerca di una soluzione alternativa ricada sul medesimo.

Per le prestazioni ambulatoriali di primo accesso, in assenza di una disponibilità immediatamente prenotabile entro soglia, la richiesta viene inserita in una pre-lista dedicata, presso l'Ente al quale il cittadino si è rivolto oppure, qualora la presa in carico avvenga tramite Call Center Regionale (CCR), presso l'Ente individuato come territorialmente più prossimo al domicilio del cittadino. **La pre-lista è finalizzata alla successiva individuazione di una soluzione compatibile con la classe di priorità.**

A seguito dell'inserimento in pre-lista, vengono ricercati nel più breve tempo possibile ulteriori *slot* disponibili nell'ambito del SSR, anche attraverso il recupero di *slot* che si rendano nuovamente disponibili nelle agende o mediante ulteriori modalità organizzative individuate a livello aziendale. Al termine della ricerca, il cittadino viene ricontattato e gli viene **proposta la prima disponibilità individuata**, che dovrà comunque risultare **coerente con il tempo massimo previsto** dalla classe di priorità riportata nella prescrizione.

In questo modo, **la pre-lista costituisce uno strumento di presa in carico e gestione attiva della domanda** non immediatamente prenotabile.

Qualora, nonostante le azioni di ricerca e presa in carico sopra descritte, non sia possibile garantire la prestazione in regime istituzionale entro il tempo massimo previsto, può essere attivato il **percorso di tutela**: l'Ente, su istanza del medesimo, dovrà **erogare la prestazione in attività libero-professionale intramuraria**, con oneri a proprio carico e con il solo eventuale pagamento del ticket da parte del cittadino.

Qualora il cittadino scelga autonomamente e volontariamente di prenotare la prestazione in regime privato o libero-professionale, al di fuori del percorso di tutela formalmente attivato, non è previsto il rimborso della spesa sostenuta da parte degli Enti del SSR.

Analogamente, qualora il cittadino non accetti una prestazione proposta nell'ambito territoriale di garanzia e nei tempi previsti dalla classe di priorità, viene meno il presupposto per l'attivazione delle ulteriori forme di tutela con oneri a carico del sistema.

2.6.4. Sistemi informativi e qualità dei dati

2.6.4.1. Sistema CUP regionale

Regione Lombardia proseguirà nel percorso di **estensione del Centro Unico di Prenotazione (CUP) Regionale agli Enti erogatori privati accreditati**, con l'obiettivo di **rafforzare** la capacità di governo dell'offerta e rendere sempre più **omogenei e trasparenti** i processi di prenotazione sul territorio.

2.6.4.2. Sistemi di notifica e comunicazione con il cittadino per le prestazioni ambulatoriali

Al fine di migliorare l'utilizzo dell'offerta di specialistica ambulatoriale disponibile, ridurre il fenomeno del *no-show* e soprattutto favorire l'accesso del cittadino alla prestazione entro i tempi previsti dalla relativa classe di priorità, continueranno le **attività di recall e di notifica preventiva dell'appuntamento**, finalizzate a chiedere conferma della prenotazione, in alternativa, la disdetta.

In caso di rinuncia, gli *slot* relativi a prestazioni non più necessarie o alle quali l'utente non intenda più accedere vengono tempestivamente resi nuovamente disponibili e riallocati, al fine di massimizzare l'utilizzo dell'offerta disponibile.

2.6.4.3. Gestione mancata disdetta della prenotazione per le prestazioni ambulatoriali

Si confermano le disposizioni previste in caso di mancata disdetta dell'appuntamento entro i termini previsti dalla normativa vigente, fatti salvi i casi di forza maggiore o impossibilità sopravvenuta, **il cittadino è tenuto al pagamento del ticket relativo alla prestazione prenotata e non usufruita**, anche qualora benefici di un'esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria. Tale misura si inserisce nell'ambito delle azioni regionali finalizzate a contrastare il fenomeno del *no-show* e a favorire il tempestivo recupero degli slot non utilizzati.

3. Ricoveri programmati

3.1. Dal governo delle liste alla digitalizzazione del percorso di ricovero

Negli ultimi anni Regione Lombardia ha progressivamente rafforzato il governo dei ricoveri programmati, intervenendo sulle diverse fasi del percorso: dalla qualità e dall'aggiornamento delle liste di attesa, alla strutturazione delle informazioni relative alla presa in carico, fino alla digitalizzazione della gestione delle liste e della prescrizione del ricovero. Tale evoluzione è finalizzata a costruire un **sistema sempre più integrato, trasparente e tracciabile**, in grado di supportare il monitoraggio della domanda, la programmazione dell'offerta e una gestione omogenea dei percorsi da parte degli Enti erogatori.

Una prima direttrice di intervento ha riguardato la qualità delle informazioni presenti nelle liste di attesa. **A partire dal 2023**, Regione ha dato mandato alle ASST e agli IRCCS, con il supporto delle ATS territorialmente competenti, di procedere all'**aggiornamento delle liste di attesa per le prestazioni di ricovero**, con particolare riferimento alle prenotazioni relative agli anni interessati dagli effetti della pandemia da SARS-CoV-2. Tale attività ha rappresentato un passaggio preliminare necessario per migliorare l'affidabilità del patrimonio informativo e disporre di una rappresentazione più aderente delle posizioni effettivamente ancora attive.

Il rafforzamento del governo delle liste ha interessato anche la **qualificazione delle diverse fasi del percorso del paziente**. In tale ambito, la **rilevazione della data di presa in carico** consente di distinguere i pazienti già idonei al ricovero da quelli ancora sottoposti a valutazione clinica, contribuendo a migliorare la qualità delle informazioni disponibili e a rendere più accurata la lettura dei tempi di attesa.

Su tali presupposti si inserisce il successivo processo di digitalizzazione della gestione delle liste. Con la **DGR n. XII/3720/2024**, è stata prevista la **piattaforma LAR – Lista di Attesa Ricoveri**, operativa dal 2026, per i ricoveri chirurgici programmati. La piattaforma rappresenta lo strumento regionale per la raccolta, la gestione e il monitoraggio delle liste di attesa, favorendo una **maggiore omogeneità** delle informazioni, la **tracciabilità** delle diverse fasi del percorso e una visione complessiva e aggiornata delle posizioni in attesa, da parte di Regione e ATS. La Piattaforma supporta le verifiche periodiche e le attività di pulizia delle liste, **consentendo di individuare**, tra l'altro, **ricoveri già effettuati, iscrizioni duplicate, pazienti deceduti ed eventuali sospensioni**.

Il percorso di digitalizzazione viene ulteriormente rafforzato attraverso l'**introduzione della ricetta dematerializzata per i ricoveri programmati**, prevista dalla DGR n. XII/5589/2025 e decorrente **dal 15 ottobre 2026**, mediante uno specifico flusso prescrittivo regionale. Tale evoluzione consentirà di rilevare in maniera strutturata anche la domanda di ricovero, mettendo progressivamente in relazione i volumi prescrittivi con le posizioni presenti nelle liste e con la successiva erogazione della prestazione.

La digitalizzazione degli strumenti si accompagna alla contestuale **definizione di regole organizzative omogenee per la gestione del ricovero programmato** tra cui, vengono normale le modalità di gestione e le responsabilità clinico-organizzative del percorso di ricovero programmato, nonché i criteri per la gestione delle liste di attesa dei ricoveri ordinari.

Nel loro insieme, tali interventi concorrono alla costruzione di un modello regionale nel quale **la gestione delle liste di attesa** non è più considerata come una fase separata, ma **come parte integrante del più ampio percorso di presa in carico del paziente**, supportato da strumenti digitali, regole omogenee e informazioni strutturate lungo tutte le fasi del processo.

Allegato 2

LINEE DI INDIRIZZO PER LA PREDISPOSIZIONE O AGGIORNAMENTO DEL REGOLAMENTO PER LA GESTIONE DEI RICOVERI PROGRAMMATI PER GLI ENTI EROGATORI PUBBLICI E PRIVATI

Indice

1. Introduzione.....	4
2. Procedura di gestione dell'accesso ai ricoveri programmati	5
2.1. Prescrizione di ricovero	5
2.1.1. Contenuti della prescrizione.....	5
2.1.2. Soggetti che possono porre l'indicazione al ricovero programmato.....	6
2.2. Lista di presa in carico	7
2.3. Inserimento in lista di attesa	8
2.3.1. Informativa sui tempi di attesa.....	8
2.3.2. Calcolo del tempo di attesa	9
2.3.3. Ordine di accesso	10
2.3.3.1. Attribuzione della Classe di Priorità	10
2.3.4. Proposta della data di ricovero.....	11
2.4. Pre-ricovero	11
2.5. Convocazione del paziente per il ricovero	13
2.6. Accoglienza e inquadramento clinico del paziente	14
2.6.1. Accettazione	14
2.6.2. Dimissione	14
3. Procedura per l'aggiornamento e manutenzione della lista d'attesa	15
3.1. Chiamata dei pazienti.....	15
3.1.1. Criteri di rinvio.....	15
3.1.2. Sospensione	15
3.1.3. Annullamento.....	16
3.1.4. Irreperibilità.....	17
4. Gestione della lista di attesa.....	17
4.1. LAR.....	17
4.1.1. Modalità operative per l'efficientamento tramite la 'Pulizia delle Liste'	18
4.1.2. Criteri di rimozione (cancellazione) dalla lista.....	18
4.1.2.1. Esecuzione della prestazione già avvenuta	18
4.1.2.2. Rimozione duplicati.....	19
4.1.2.2.1. Duplicati tra Enti afferenti alla medesima ATS	19
4.1.2.2.2. Duplicati tra Enti afferenti ad ATS differenti.....	19
4.1.2.3. Rimozione decessi.....	20
4.1.3. Soggetti coinvolti e relative attività	20

4.2. Controlli di qualità e trasparenza	21
5. Condivisione delle liste di attesa tra hub e spoke	22
5.1. Definizioni e principi generali.....	22
5.1.1. Definizioni.....	22
5.1.2. Principi generali.....	22
5.2. Governance del processo	23
5.2.1. Definizione delle modalità e del case-mix.....	23
5.2.2. Informazioni al paziente in fase di visita	24
5.2.3. Accettazione del paziente	24
5.2.3.1. Accettazione	24
5.2.3.2. Mancata accettazione	24
5.2.4. Trasmissione allo Spoke e presa in carico dei pazienti	25
5.3. Protezione dei dati personali	25

1. Introduzione

Regione Lombardia, nell'ambito delle politiche di governo delle liste di attesa, promuove interventi finalizzati al monitoraggio, alla riduzione dei tempi di attesa e al recupero dei ricoveri chirurgici programmati non ancora erogati, al fine di garantire ai cittadini un accesso alle cure fondato sui principi di appropriatezza, equità e tempestività.

La gestione dei ricoveri programmati è orientata ad assicurare una risposta assistenziale coerente con i bisogni della popolazione e con le priorità cliniche, attraverso una **programmazione della capacità erogativa e delle risorse umane, tecnologiche e organizzative che tenga conto della consistenza e della criticità delle liste di attesa**, favorendo l'ottimizzazione nell'impiego delle risorse disponibili e il rispetto dei tempi massimi di attesa.

A supporto di tali obiettivi, la Regione ha progressivamente rafforzato gli strumenti di governo delle liste di attesa, introducendo sistemi di monitoraggio e strumenti informativi dedicati, tra cui **la piattaforma regionale LAR (Liste di Attesa Ricoveri)**, finalizzata alla digitalizzazione e al monitoraggio delle liste di attesa dei ricoveri chirurgici programmati. La disponibilità di informazioni strutturate e aggiornate consente di supportare la programmazione dell'offerta e delle risorse, nonché di individuare tempestivamente eventuali situazioni di criticità.

In tale contesto, assume particolare rilevanza **l'adozione di regole uniformi per la gestione dell'intero percorso organizzativo dei ricoveri programmati**, volte a definire criteri, procedure, responsabilità e modalità operative **nelle diverse fasi del percorso, dall'accesso e dall'inserimento in lista fino all'effettuazione del ricovero**. Tali regole riguardano, altresì, la corretta formazione, tenuta e aggiornamento delle liste di attesa, **prevedendo percorsi organizzativi e strumenti di verifica periodica** finalizzati a garantirne la corretta gestione e manutenzione e a mantenere costantemente aggiornate le posizioni degli assistiti.

Tali strumenti sono finalizzati a garantire appropriatezza clinica, equità, trasparenza e tracciabilità dei processi, tutelando i diritti dei cittadini e favorendo una programmazione efficace della capacità erogativa. Particolare attenzione deve essere inoltre assicurata alla **comunicazione con il cittadino, garantendo informazioni corrette, complete e trasparenti** in merito al percorso di ricovero e alla gestione della propria posizione in lista di attesa.

Il percorso intrapreso mira, inoltre, a superare la frammentazione informativa e organizzativa derivante da una gestione tradizionalmente circoscritta ai singoli Enti, assicurando a Regione e ATS una visione complessiva e aggiornata **dei percorsi e delle liste di attesa per i ricoveri programmati** e supportando una programmazione delle risorse maggiormente coerente con i fabbisogni rilevati.

Il presente documento raccoglie e sistematizza le indicazioni regionali sviluppate nel corso degli anni e introduce ulteriori indirizzi finalizzati a rafforzare il governo delle liste di attesa per i ricoveri programmati, anche alla luce delle disposizioni contenute nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2026-2028 e dell'evoluzione degli strumenti regionali di monitoraggio e gestione. Inoltre, definisce criteri metodologici, modalità operative e ambiti di responsabilità comuni agli Enti, delineando un modello regionale uniforme per la gestione dell'accesso ai ricoveri programmati, la formazione e l'aggiornamento delle liste di attesa, il monitoraggio dei tempi e la tracciabilità delle diverse fasi del percorso.

La definizione delle presenti linee di indirizzo è il risultato di un percorso di confronto con le ATS, gli Enti erogatori e i professionisti coinvolti nella gestione dei ricoveri programmati, finalizzato a condividere un modello organizzativo uniforme e a recepire le migliori esperienze maturate sul territorio regionale.

2. Procedura di gestione dell'accesso ai ricoveri programmati

Il presente capitolo definisce il percorso organizzativo per la gestione dell'accesso ai ricoveri programmati, individuando le modalità operative e le responsabilità nelle diverse fasi del processo, dalla formulazione dell'indicazione al ricovero fino alla programmazione dell'intervento. Le disposizioni sono finalizzate a garantire uniformità di comportamento sul territorio regionale, trasparenza e tracciabilità del percorso del paziente, nonché una gestione delle liste di attesa improntata ai principi di appropriatezza, equità e tempestività delle cure.

2.1. Prescrizione di ricovero

La **prescrizione di ricovero programmato costituisce il presupposto per l'avvio del percorso di accesso al ricovero** e rappresenta lo strumento attraverso il quale viene formalizzata l'indicazione clinica all'intervento, assicurandone la tracciabilità e il monitoraggio ai fini della programmazione sanitaria. La prescrizione deve essere redatta anteriormente o contestualmente all'inserimento del paziente nella lista di attesa.

Al fine di garantire una rilevazione strutturata del fabbisogno di ricoveri programmati e di supportare il governo regionale della domanda di salute, Regione Lombardia, in attuazione della DGR n. XII/5589/2025, ha previsto **l'introduzione di uno specifico flusso informativo dedicato alle prescrizioni dematerializzate di ricovero programmato**.

Il nuovo flusso consentirà di:

- Monitorare i volumi prescrittivi e l'appropriatezza clinica per stimare con maggiore accuratezza il fabbisogno di ricoveri e la domanda espressa dai cittadini;
- Supportare una gestione più trasparente e governata delle liste d'attesa e della programmazione delle risorse;
- Garantire la completa tracciabilità del percorso prescrittivo, anche nei casi in cui la prescrizione sia redatta da un medico diverso da quello che ha formulato l'indicazione al ricovero;
- Consentire la valorizzazione del flag "Suggerita", da utilizzare quando la prescrizione è redatta dal Medico di Assistenza Primaria su indicazione del medico che, nell'ambito di una visita specialistica erogata in regime di Libera Professione o Solvenza, abbia formulato l'indicazione al ricovero.

2.1.1. Contenuti della prescrizione

In fase di prescrizione, il medico proponente deve inserire o nel caso di ricetta 'suggerita' fornire in modo completo e corretto tutti i dati necessari all'inserimento del paziente in lista di prenotazione per ricovero programmato. In coerenza con quanto previsto dal PNGLA per l'accesso al ricovero programmato, la **prescrizione deve contenere almeno:**

- Dati anagrafici completi del paziente;
- Quesito diagnostico formulato secondo macro-categorie diagnostiche definite sulla base dei principali raggruppamenti dell'ICD-10 classe di priorità attribuita al caso, indicata in modo esplicito sulla prescrizione.

Tali elementi devono essere riportati in modo leggibile, coerente con il quadro clinico e tali da consentire una corretta presa in carico da parte della struttura erogatrice e il tracciamento del percorso di accesso al ricovero programmato.

2.1.2. Soggetti che possono porre l'indicazione al ricovero programmato

L'inserimento in lista avviene per i ricoveri programmati, intesi come prestazioni in regime ordinario o di day-hospital/day surgery che possono essere pianificate, con cadenza almeno settimanale, per un momento successivo a quello in cui è stato rilevato il bisogno.

L'iter ha inizio con la visita di uno specialista che, valutate le condizioni cliniche, pone l'indicazione all'intervento programmato attraverso:

1. La compilazione di specifica ricetta di ricovero (vedi Paragrafo 2.1)
2. L'acquisizione della dichiarazione con la quale il cittadino attesta di essere stato posto nelle condizioni di prendere visione dell'informativa relativa alla gestione della lista di attesa, secondo le modalità previste al Paragrafo 2.5.1 – Informativa tempi di attesa, quale presupposto per l'inserimento nella lista di attesa.

L'indicazione all'intervento programmato può essere posta da un medico dipendente o convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale, tra i seguenti:

1. Medico di Assistenza Primaria (MAP) o Pediatra di Libera Scelta (PLS);
2. Medico specialista ambulatoriale convenzionato;
3. Dirigente medico della Struttura a cui afferisce il registro di prenotazione, in regime istituzionale;
4. Dirigente medico di altra Struttura o Presidio ospedaliero che rientri in un PDTA formalizzato, in regime istituzionale o a seguito di teleconsulto con conseguente indicazione all'intervento chirurgico da parte di una delle parti.

Qualora, a seguito di una visita erogata in regime di Libera Professione, emerga l'indicazione a un ricovero chirurgico programmato, il medico è tenuto a:

- Riportare nel referto della visita l'indicazione clinica all'intervento chirurgico, specificando al MAP la necessità di procedere alla redazione della prescrizione di ricovero programmato, con l'indicazione della relativa classe di priorità clinica (A, B, C o D);
- Fornire all'utente il modulo dell'informativa sui tempi di attesa (Paragrafo 2.5.1);
- Informare il cittadino in merito alle modalità di trasmissione della prescrizione di ricovero presso l'Ente di appartenenza, al fine di consentire il successivo inserimento nella lista di attesa.

In caso di indicazione al ricovero chirurgico programmato formulata nell'ambito di una visita o prestazione erogata in regime di Libera Professione, è fatto divieto di procedere alla redazione della prescrizione di ricovero da parte del medico che ha effettuato la prestazione o di altro medico specialista del Servizio Sanitario Nazionale. La prescrizione deve essere redatta esclusivamente dal MAP sulla base dell'indicazione clinica riportata nel referto della visita.

In tutti i casi, **il medico prescrittore è responsabile della corretta formulazione del quesito diagnostico, dell'attribuzione della classe di priorità e della completezza delle informazioni inserite nella prescrizione**, nel rispetto delle indicazioni nazionali e regionali in materia di appropriatezza e governo delle liste di attesa.

2.2. Lista di presa in carico

Il paziente anche se non ancora idoneo per l'inserimento in lista di attesa può essere inserito nella lista di presa in carico, uno strumento di gestione e tracciabilità del percorso assistenziale dell'assistito, **propedeutico all'inserimento effettivo nella lista d'attesa ufficiale per i ricoveri chirurgici programmati**. Tale strumento è finalizzato a garantire che il paziente sia seguito dalla struttura sanitaria fin dal momento in cui emerge un potenziale bisogno di salute, assicurando la continuità delle cure anche quando l'indicazione al ricovero non è ancora definitiva o eseguibile. L'inserimento del paziente nella lista di presa in carico è previsto esclusivamente qualora la fase di studio del paziente non sia ancora completata e, di conseguenza, non risultino ancora puntualmente definiti l'indicazione all'intervento chirurgico, il livello di gravità clinica del paziente o il regime di ricovero appropriato. **Il momento di inserimento del paziente nella lista di presa in carico deve essere antecedente o, al più, corrispondente al momento di inserimento in lista di attesa.**

L'inserimento nella lista di presa in carico **non richiede l'emissione della prescrizione di ricovero**, che dovrà essere redatta esclusivamente al momento della definizione dell'indicazione al ricovero e del successivo inserimento nella lista di attesa.

Al fine di garantire un utilizzo appropriato dello strumento ed evitare una permanenza indefinita del paziente nella fase propedeutica al ricovero, **il periodo di permanenza nella lista di presa in carico non può eccedere i 12 mesi**. Decorso tale termine, il paziente deve essere rivalutato dallo specialista, che provvede all'inserimento nella lista di attesa, qualora ne ricorrano i presupposti clinici, ovvero alla chiusura della presa in carico qualora sia venuta meno l'indicazione al ricovero.

L'utilizzo di tale lista è indicato nelle seguenti circostanze cliniche:

- Necessità di effettuare trattamenti farmacologici o terapie neo-adiuvanti propedeutiche all'intervento;
- Presenza di un rischio operatorio elevato che richieda una fase di stabilizzazione o preparazione clinica specifica;
- Necessità di attendere un tempo prestabilito di osservazione o valutazione clinica obbligatoria prima dell'intervento;
- Quando la proposta di ricovero è generata da una visita in libera professione e si è in attesa della prescrizione con l'indicazione al ricovero se il paziente, dopo una visita in Libera Professione con esito al ricovero chirurgico, decide di proseguire il percorso chirurgico in regime SSN.

Particolare attenzione deve essere posta all'individuazione del momento in cui il paziente soddisfa i requisiti necessari per l'inserimento nella lista di attesa ufficiale per il ricovero programmato, vale a dire quando risultano completati tutti gli accertamenti necessari alla formulazione dell'indicazione chirurgica (idoneità all'intervento chirurgico).

L'uscita dalla lista di presa in carico avviene alternativamente con l'effettivo inserimento in lista d'attesa o con la disconferma dell'indicazione al ricovero per ragioni cliniche o sopravvenuta cessazione del bisogno.

Sotto il profilo della tracciabilità nei sistemi informativi aziendali e regionali, la data di presa in carico costituisce un campo del flusso della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) e deve risultare antecedente o uguale alla data di inserimento in lista d'attesa.

Le direzioni sanitarie e le ATS esercitano la vigilanza necessaria affinché l'utilizzo della lista di presa in carico sia limitato alle finalità cliniche descritte, prevenendo utilizzi impropri volti ad alterare il monitoraggio dei tempi di attesa. Eventuali comportamenti distorsivi devono essere prontamente segnalati dalle ATS ai NAS ed informata la Direzione Generale Welfare.

2.3. Inserimento in lista di attesa

La **data di prenotazione** deve corrispondere al momento in cui il paziente abbia già eseguito gli eventuali trattamenti coadiuvanti e tutti gli approfondimenti diagnostici necessari per la corretta diagnosi e per la definizione dell'indicazione terapeutica e si trovi nelle condizioni cliniche per essere avviato al percorso di pre-ricovero, al termine del quale, una volta acquisite l'idoneità anestesiológica e l'idoneità chirurgica definitiva, potrà essere programmato per l'intervento, compatibilmente con le risorse disponibili e con l'organizzazione dell'Ente.

L'inserimento nella lista di attesa è subordinato alla presenza congiunta dei seguenti requisiti documentali:

- La prescrizione di ricovero programmato, redatta anteriormente o contestualmente all'inserimento in lista, di norma dal medico proponente qualora l'indicazione sia formulata nell'ambito di una prestazione erogata in regime SSN, ovvero dal MAP qualora l'indicazione derivi da una visita in regime di Libera Professione o Solvenza;
- La dichiarazione sottoscritta dal cittadino attestante di essere stato posto nelle condizioni di prendere visione dell'informativa relativa alla gestione della lista di attesa (Paragrafo 2.5.1).

2.3.1. Informativa sui tempi di attesa

Gli Enti sono tenuti ad assicurare che il paziente riceva un'informativa completa, chiara e comprensibile in merito al percorso di accesso al ricovero, alle modalità di gestione della lista di attesa e ai diritti e agli obblighi connessi alla permanenza nella stessa.

In particolare, l'informativa deve contenere indicazioni relative alle classi di priorità, alle modalità organizzative del percorso assistenziale, inclusi eventuali accessi di pre-ricovero, nonché ai riferimenti utili per ottenere informazioni sullo stato della propria posizione in lista e alle modalità con cui l'utente potrà essere contattato per tale finalità. Tale informativa costituisce un elemento essenziale del processo di gestione delle liste di attesa e rappresenta uno dei presupposti necessari per l'inserimento del paziente nella lista di ricovero.

L'informativa deve altresì prevedere, ove applicabile, la **possibilità per il cittadino di effettuare l'intervento chirurgico programmato presso un presidio Spoke**, nell'ambito degli accordi organizzativi tra le strutture della rete ospedaliera afferente alla medesima ATS (capitolo 5). A tal fine, devono essere illustrate le modalità di adesione al percorso e le relative condizioni organizzative, con le relative informazioni previste al paragrafo 5.2.4.

Inoltre, l'informativa deve esplicitare le **conseguenze amministrative e gestionali derivanti da eventuali rinunce, richieste di differimento, sospensioni temporanee, situazioni di irreperibilità o rifiuto di una proposta di ricovero coerente con la classe di priorità attribuita**, precisando gli effetti di tali circostanze.

Deve inoltre essere espressamente garantita al cittadino la facoltà di non aderire al percorso Hub-Spoke, precisando che la mancata accettazione della sede alternativa non costituisce rinuncia all'intervento chirurgico e non comporta alcuna penalizzazione della posizione nella lista di attesa dell'Hub, né la perdita dell'anzianità di attesa già maturata o la modifica della classe di priorità attribuita.

L'informativa deve essere resa accessibile attraverso strumenti idonei a consentirne la consultazione e la piena comprensione da parte del cittadino.

Gli Enti devono acquisire una dichiarazione del cittadino attestante di essere stato posto nelle condizioni di prendere visione dell'informativa relativa alla gestione della lista di attesa e di aver ricevuto le indicazioni necessarie per reperirla e consultarla. Tale dichiarazione deve essere conservata agli atti secondo la normativa vigente.

La dichiarazione sottoscritta dal cittadino deve contenere almeno i seguenti elementi:

- Data di compilazione;
- Dati identificativi del paziente;
- Recapiti indicati dal paziente ai fini delle comunicazioni inerenti alla gestione della lista di attesa, ivi compreso l'indirizzo e-mail per future comunicazioni;
- Richiamo alle regole di gestione della lista di attesa, con particolare riferimento ai diritti e agli obblighi del cittadino, alle modalità di convocazione, alle sospensioni, alle rinunce, alle cause di rimozione dalla lista e al percorso di pre-ricovero;
- Ove applicabile, richiamo alla possibilità di aderire al percorso Hub-Spoke, alle modalità di proposta e accettazione della sede alternativa.

Gli enti sanitari erogatori, nel rispetto della normativa sulla privacy, in qualità di autonomi titolari del trattamento, provvedono ad aggiornare l'informativa da sottoporre ai pazienti, prevedendo anche l'informazione relativa ai trattamenti effettuati tramite la piattaforma LAR sia da parte degli Enti erogatori stessi, sia da parte delle ATS e della Regione.

2.3.2. Calcolo del tempo di attesa

Il tempo di attesa è calcolato come il numero di giorni intercorrenti tra la **data di inserimento nella lista di attesa** e la **data di effettuazione dell'intervento**, al netto degli eventuali periodi di sospensione correttamente registrati e motivati nei sistemi informativi. La data di inserimento in lista costituisce, pertanto, il riferimento temporale per la decorrenza del tempo massimo di attesa associato alla classe di priorità attribuita.

Qualora, durante la permanenza nella lista di attesa, intervengano modifiche delle condizioni cliniche tali da richiedere una rivalutazione della classe di priorità, lo specialista provvede al relativo aggiornamento. In caso di attribuzione di una classe di priorità con tempi massimi di attesa più estesi, **la modifica della classe non determina l'azzeramento del tempo di attesa già maturato**, che continua a essere computato nel tempo complessivo di attesa.

La permanenza del paziente nella lista di presa in carico **non concorre al calcolo del tempo di attesa**, in quanto riferita a una fase propedeutica all'inserimento nella lista di attesa dei ricoveri programmati.

Ai fini del monitoraggio del rispetto dei tempi massimi di attesa, qualora l'Ente proponga al cittadino una prima data di ricovero compatibile con la classe di priorità attribuita e il cittadino non accetti tale proposta per motivazioni non riconducibili a documentate esigenze cliniche, la posizione non è più considerata ai fini del monitoraggio della garanzia del tempo massimo di attesa. La mancata accettazione non comporta, tuttavia, la cancellazione dalla lista di attesa: il cittadino mantiene la propria posizione e il ricovero è successivamente riprogrammato secondo le disponibilità dell'Ente.

2.3.3. Ordine di accesso

La determinazione della data di convocazione proposta dalla struttura deriva dalla **valutazione di:**

- **Livello di priorità clinica:** assegnato dallo specialista al momento dell'inserimento;
- **Ordine cronologico di iscrizione:** basato sulla data di inserimento in lista del paziente;
- **Risorse necessarie:** disponibilità e ottimizzazione di posti letto, sale operatorie, personale, tecnologie, etc.

2.3.3.1. Attribuzione della Classe di Priorità

L'attribuzione della classe di priorità costituisce un atto di responsabilità clinica dello specialista che pone l'indicazione al ricovero programmato ed è finalizzata a definire il tempo massimo entro il quale la prestazione deve essere garantita, sulla base delle condizioni cliniche del paziente.

Le classi di priorità possono essere oggetto di successiva rivalutazione qualora intervengano modificazioni del quadro clinico tali da determinare una diversa urgenza dell'intervento. L'eventuale aggiornamento della classe di priorità deve essere conseguente esclusivamente a una rivalutazione clinica documentata e non può essere determinato da esigenze organizzative o dalla disponibilità dell'offerta assistenziale.

Per assegnare correttamente la classe, lo specialista valuta i seguenti aspetti:

- **Quadro clinico e prognosi**, considerando la natura della patologia e il rischio di evoluzione in relazione al tempo di attesa;
- **Sintomatologia e compromissione funzionale**, tenendo conto della presenza di dolore, deficit funzionali, disabilità o altre condizioni suscettibili di determinare un peggioramento dello stato di salute;
- **Particolari condizioni cliniche o specifiche esigenze del paziente**, qualora richiedano l'esecuzione dell'intervento entro un intervallo temporale definito, purché esplicitamente dichiarati dal medico che li ha in carico.

L'attribuzione della classe di priorità deve essere coerente con il quadro clinico documentato e adeguatamente motivata nella documentazione sanitaria.

Il livello di priorità clinica è definito secondo i criteri individuati dall'Accordo Stato-Regioni del 14 febbraio 2002:

- **Classe A:** Ricovero da effettuare entro **30 giorni** per casi che possono aggravarsi rapidamente.
- **Classe B:** Ricovero da effettuare entro **60 giorni** per casi con dolore intenso o gravi disfunzioni senza tendenza all'aggravamento rapido.
- **Classe C:** Ricovero da effettuare entro **180 giorni** per casi con minimo dolore o disfunzione.

- **Classe D:** Ricovero da effettuare senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

Al fine di garantire omogeneità, appropriatezza e uniformità nell'attribuzione delle classi di priorità, ciascuna Unità Operativa chirurgica è tenuta a definire criteri clinico-organizzativi condivisi per l'assegnazione delle priorità, eventualmente differenziati per macro-tipologia di intervento. Tali criteri devono essere formalizzati, periodicamente aggiornati e condivisi con tutti i professionisti del team chirurgico coinvolti nella presa in carico del paziente, al fine di assicurare comportamenti omogenei e ridurre la variabilità prescrittiva.

Le Direzioni Mediche e il Responsabile Unico Aziendale (RUA) verificano periodicamente la coerenza tra i criteri adottati e le classi di priorità attribuite, anche attraverso attività di audit clinico e monitoraggio delle liste di attesa.

Gli Enti definiscono, nell'ambito del proprio Regolamento aziendale, le modalità e i criteri per l'effettuazione delle **visite di rivalutazione** dei pazienti in lista di attesa, al fine di garantire il costante allineamento tra il quadro clinico, la classe di priorità attribuita e l'indicazione al ricovero. La permanenza prolungata del paziente in lista di attesa rende necessaria una periodica rivalutazione clinica, secondo criteri definiti dall'Ente in relazione alla patologia e alla tipologia di intervento, al fine di confermare l'indicazione al ricovero e l'appropriatezza della classe di priorità assegnata.

2.3.4. Proposta della data di ricovero

L'Ente, **nell'ambito della programmazione del ricovero e sulla base dello scorrimento della lista di attesa**, è tenuto a proporre al cittadino la **prima disponibilità utile per l'effettuazione del ricovero**, compatibilmente con la classe di priorità assegnata, con le condizioni cliniche e con l'organizzazione dell'attività assistenziale.

Al momento della formulazione della prima proposta di ricovero, l'Ente assicura la tracciabilità della prima data prospettata al cittadino e del relativo esito, indipendentemente dall'accettazione o dalla mancata accettazione della proposta.

Qualora il cittadino non accetti la prima data prospettata per motivazioni non riconducibili a documentate esigenze cliniche, l'Ente registra la mancata accettazione, mantenendo evidenza della data proposta.

La mancata accettazione della prima disponibilità non comporta la rimozione del cittadino dalla lista di attesa; il cittadino mantiene la propria posizione in lista e viene ricontattato in occasione di una successiva disponibilità compatibile con la programmazione dell'Ente.

2.4. Pre-ricovero

Il pre-ricovero costituisce una fase organizzativa e clinico-assistenziale successiva all'inserimento del paziente nella lista di attesa, finalizzata alla valutazione dell'idoneità anestesiológica e al completamento della valutazione preoperatoria necessaria all'esecuzione dell'intervento chirurgico.

Salvo specifiche eccezioni motivate dalla tipologia di intervento o da protocolli clinico-organizzativi adottati dall'Ente, il pre-ricovero costituisce una fase obbligatoria del percorso di tutti i ricoveri chirurgici programmati.

L'accesso al pre-ricovero è consentito esclusivamente ai pazienti già inseriti nella lista di attesa, per i quali sia stata formulata l'indicazione al ricovero e attribuita la relativa classe di priorità.

Non rientrano nelle prestazioni di pre-ricovero gli accertamenti diagnostici necessari all'inquadramento clinico del paziente che precedono la formulazione dell'indicazione chirurgica. Tali accertamenti devono essere completati prima dell'inserimento del paziente nella lista di attesa, eventualmente durante la permanenza nella lista di presa in carico.

Il percorso di accesso all'intervento chirurgico si articola nelle seguenti fasi:

- a) Idoneità chirurgica preliminare** - L'idoneità chirurgica preliminare rappresenta la condizione necessaria per l'inserimento del paziente nella lista di attesa. Essa consegue al completamento dell'iter diagnostico e alla valutazione specialistica che conferma l'indicazione all'intervento chirurgico, definisce il regime di ricovero e attribuisce la classe di priorità.
La responsabilità della valutazione compete al **chirurgo o altro specialista di riferimento**.
- b) Idoneità anestesiológica** - L'idoneità anestesiológica è accertata nell'ambito del pre-ricovero mediante visita anestesiológica ed eventuali ulteriori accertamenti clinici e strumentali ritenuti necessari. Essa costituisce il presupposto indispensabile per la successiva conferma dell'idoneità chirurgica definitiva.
La responsabilità della valutazione compete all'**anestesista**.
- c) Idoneità chirurgica definitiva** - Acquisita l'idoneità anestesiológica, il chirurgo/altro specialista di riferimento procede alla conferma dell'idoneità chirurgica definitiva, verificando la permanenza dell'indicazione all'intervento alla luce degli esiti del pre-ricovero. L'idoneità chirurgica definitiva costituisce il presupposto per l'inserimento del paziente nella programmazione operatoria.
La responsabilità della valutazione compete al **chirurgo o altro specialista di riferimento**, cui spetta la responsabilità complessiva del percorso chirurgico.



Durante il pre-ricovero sono di norma effettuati i seguenti accertamenti, modulati in relazione alla tipologia di intervento, alle condizioni cliniche del paziente e ai protocolli aziendali:

- Esami ematochimici definiti secondo pannelli standardizzati correlati alla macro-tipologia di intervento;
- Elettrocardiogramma (ECG), salvo i casi in cui, sulla base di specifici protocolli clinico-organizzativi o della tipologia di intervento, non ne sia indicata l'esecuzione;
- Eventuali ulteriori accertamenti strumentali previsti dai protocolli della specifica disciplina chirurgica;

- Visita specialistica chirurgica, qualora il chirurgo ritenga necessario procedere a una rivalutazione clinica del paziente prima dell'intervento;
- Visita anestesiológica.

Gli Enti sono tenuti a **definire protocolli clinico-organizzativi** che disciplinino il ricorso agli accertamenti di pre-ricovero, prevedendo pannelli di esami di laboratorio e strumentali differenziati per macro-tipologia di intervento e calibrati sulla complessità clinica del paziente, al fine di garantire l'appropriatezza prescrittiva, uniformare i comportamenti professionali e ottimizzare l'utilizzo delle risorse.

Il pre-ricovero è finalizzato esclusivamente alla valutazione dell'idoneità anestesiológica e chirurgica del paziente e non può essere utilizzato quale strumento per l'inquadramento diagnostico o la presa in carico di patologie ulteriori rispetto a quelle che hanno determinato l'indicazione al ricovero.

È possibile che gli specialisti, in relazione agli esiti degli accertamenti effettuati, richiedano ulteriori esami di approfondimento ritenuti necessari ai fini della valutazione dell'idoneità anestesiológica e chirurgica. Tali accertamenti costituiscono parte integrante dell'attività di pre-ricovero e, pertanto, non richiedono la redazione di un'impegnativa, non comportano oneri a carico del paziente e non devono essere oggetto di rendicontazione nel flusso 28/SAN, in quanto ricompresi nell'episodio di ricovero cui il pre-ricovero è funzionalmente collegato.



Diversamente, qualora nel corso del pre-ricovero emergano patologie o sospetti diagnostici non correlati alla valutazione dell'idoneità all'intervento chirurgico e tali da richiedere ulteriori approfondimenti specialistici o la presa in carico da parte di altre discipline, gli accertamenti necessari non rientrano nell'attività di pre-ricovero. In tali casi, le prestazioni devono essere erogate secondo le ordinarie modalità assistenziali in regime ambulatoriale, previa emissione della relativa prescrizione e conseguente rendicontazione nel flusso 28/SAN.



L'esito degli approfondimenti clinici può determinare la prosecuzione di un distinto percorso assistenziale, la temporanea non idoneità all'intervento chirurgico con conseguente sospensione del paziente dalla lista di attesa, ovvero la definitiva revoca dell'indicazione al ricovero, secondo la valutazione clinica dello specialista.

Ferma restando la responsabilità dei singoli professionisti per le valutazioni di rispettiva competenza, il chirurgo mantiene la responsabilità complessiva del percorso chirurgico e della decisione finale di procedere o meno all'intervento, sulla base delle risultanze cliniche e delle valutazioni espresse dagli altri professionisti coinvolti.

Qualora, nel corso del pre-ricovero, emerga una controindicazione clinica temporanea o definitiva all'intervento, il chirurgo ne dà comunicazione al paziente e definisce il conseguente programma clinico, dandone evidenza nella documentazione sanitaria.

Qualora, successivamente al completamento del pre-ricovero con esito favorevole e prima dell'intervento, il paziente rinunci al ricovero, l'Ente procede all'annullamento della prenotazione e all'eventuale recupero dei costi del pre-ricovero, secondo quanto previsto dalla procedura aziendale.

2.5. Convocazione del paziente per il ricovero

Il **ricovero dei pazienti programmati** per un intervento chirurgico o una procedura interventistica **deve avvenire tassativamente il giorno dell'esecuzione della procedura**, tranne nei casi di pazienti in acuzie con

specifiche necessità assistenziali in regime protetto o necessità di trattamento propedeutico all'intervento. Queste condizioni dovranno essere documentate in cartella clinica.

Sono considerate inappropriate le giornate di degenza pre-operatorie legate a motivazioni di carattere organizzativo, alla provenienza o all'età del paziente o all'effettuazione di accertamenti diagnostici pre-procedura inquadrabili in regime di pre-ricovero (es. diagnostica propedeutica all'effettuazione in sicurezza di trattamenti di cui sia già stata posta specifica indicazione) o ambulatoriale (es. diagnostica utile a definire l'indicazione al trattamento).

La regola si applica anche ai ricoveri programmati che non richiedono il pre-ricovero.

2.6. Accoglienza e inquadramento clinico del paziente

2.6.1. Accettazione

L'ingresso del paziente elettivo deve essere programmato ed effettuato ad orari prestabiliti così da consentire da un lato di ridurre il più possibile il tempo di attesa per il paziente e, dall'altro, di evitare disagi organizzativi per la sovrapposizione dell'attività di accoglienza con quella di dimissione.

2.6.2. Dimissione

La dimissione deve essere comunicata, ove possibile, con anticipo di almeno 12 ore al paziente e/o ai suoi familiari.

Al fine di ottimizzare la gestione dei flussi e garantire l'efficienza nel turnover dei posti letto, si ribadisce la necessità che le Strutture sanitarie adottino un'organizzazione interna tale da consentire l'effettuazione delle dimissioni ospedaliere entro le ore 11:00. Tale indicazione è finalizzata a contrastare il fenomeno del boarding (ovvero la sosta prolungata degli assistiti in Pronto Soccorso in attesa di ricovero), assicurando al contempo la disponibilità tempestiva dei posti letto per i nuovi pazienti programmati nella medesima giornata.

Per il raggiungimento di tale obiettivo, è considerata essenziale la pianificazione anticipata della dimissione e il coordinamento delle attività mediche, infermieristiche e logistiche necessarie a rendere effettivamente libero il posto letto nei tempi previsti.

3. Procedura per l'aggiornamento e manutenzione della lista d'attesa

3.1. Chiamata dei pazienti

In merito alla gestione operativa dei flussi, la convocazione dell'assistito per l'effettuazione del ricovero programmato deve avvenire **con un preavviso congruo**, finalizzato a permettere al paziente l'accettazione della data proposta e la ricezione delle necessarie istruzioni cliniche e preparatorie.

Qualora un cambio di stato del paziente nella gestione della lista di attesa comporti, ai sensi del presente documento, l'obbligo di una comunicazione formale al cittadino, l'Ente, ove utilizzi la posta elettronica quale modalità di comunicazione, è tenuto a utilizzare l'indirizzo e-mail indicato dal cittadino al momento dell'inserimento nella lista di attesa e acquisito mediante il modulo di inserimento, comprensivo della relativa informativa.

3.1.1. Criteri di rinvio

Nel caso in cui il paziente sia ricoverato e l'intervento chirurgico programmato non possa essere eseguito per motivazioni organizzative o clinico-assistenziali imputabili alla struttura, deve essere prioritariamente valutata la possibilità di riprogrammare la procedura nell'ambito del medesimo episodio di ricovero. Qualora ciò non sia possibile, al momento della dimissione deve essere definita e comunicata al paziente una nuova data di ricovero, da programmare nel più breve tempo possibile e, di norma, entro 15 giorni.

3.1.2. Sospensione

Relativamente alla sospensione su esplicita istanza del paziente, al fine di garantire l'integrità del monitoraggio dei tempi d'attesa, si stabilisce un **limite massimo di tre richieste consecutive di sospensione**, superate le quali l'Ente erogatore deve procedere alla rimozione del nominativo dalla lista d'attesa, dopo aver inviato apposita comunicazione al cittadino, salvo i casi di evidente e documentata inidoneità clinica all'intervento. La data di termine della sospensione genera automaticamente un aggiornamento della disponibilità del paziente; lo specialista è tenuto a programmare il ricovero nel più breve tempo possibile, tenendo conto del tempo d'attesa complessivamente maturato.

Qualora il paziente richieda il differimento della data di ricovero proposta dall'Ente, il relativo stato nella lista di attesa deve essere modificato da "attivo" a "sospeso", registrando la data di inizio e la data di fine della sospensione. Alla cessazione della sospensione, il paziente viene nuovamente posto in stato "attivo" e il ricovero è riprogrammato assegnando la prima disponibilità utile, nel rispetto dei criteri organizzativi dell'Ente.

La sospensione del paziente dalla lista di attesa può essere disposta esclusivamente nei seguenti casi:

- **Comprovati motivi sanitari** (quali controindicazioni cliniche temporanee o necessità di stabilizzazione);
- **Esplicita istanza del paziente** per ragioni personali.

Sotto il profilo tecnico e della tracciabilità nei sistemi informativi, è fatto obbligo alle Strutture di registrare puntualmente la **data di inizio**, la **data di fine** e la **motivazione specifica** della sospensione, utilizzando le codifiche previste dagli applicativi gestionali.

La durata della sospensione deve essere coerente con la classe di priorità attribuita e con le condizioni cliniche del paziente. **Di norma, il periodo di sospensione non dovrebbe eccedere il tempo massimo previsto per la classe di priorità assegnata.** Qualora il periodo di sospensione si prolunghi oltre tale termine, l'Ente è tenuto a disporre una rivalutazione clinica del paziente, finalizzata a verificare la permanenza dell'indicazione al ricovero e l'appropriatezza del mantenimento della posizione in lista di attesa.

All'esito della rivalutazione, qualora non sussistano più i presupposti clinici per il mantenimento dell'attuale posizione in lista, il medico può disporre la chiusura dell'evento di attesa in corso. Qualora venga meno l'indicazione al ricovero o le condizioni cliniche rendano definitivamente non perseguibile l'intervento chirurgico, il paziente è rimosso dalla lista di attesa, dandone comunicazione secondo le modalità previste dal presente documento.

Qualora, invece, la sospensione sia determinata dalla necessità di completare un diverso percorso clinico o terapeutico, temporalmente definito e compatibile con un successivo intervento chirurgico (ad esempio, l'esecuzione di ulteriori procedure cliniche non correlate alla patologia oggetto del ricovero programmato), il medico può disporre la chiusura dell'evento di attesa originario e procedere, al termine del percorso clinico, a un nuovo inserimento nella lista di attesa con attribuzione della classe di priorità ritenuta appropriata sulla base della rivalutazione clinica. Di ogni variazione deve essere data tempestiva comunicazione al cittadino.

Le gestione operativa/RUA sono incaricate della **vigilanza costante** sul fenomeno delle sospensioni per evitare la permanenza di posizioni non gestite e, qualora il periodo di inattività si protragga, è opportuno **pianificare una visita di rivalutazione clinica dell'assistito.**

Si specifica, infine, che il cittadino deve essere preventivamente edotto circa le implicazioni gestionali della sospensione e i criteri di cancellazione nell'informativa presentata all'atto dell'inserimento in lista

3.1.3. Annullamento

L'annullamento della prenotazione può essere **chiesto dal paziente o deciso dal clinico** qualora siano venute meno le ragioni dell'intervento (es. paziente deceduto, paziente operato presso altra struttura, paziente che rinuncia all'intervento, ecc.). Tra le cause di annullamento rientra altresì la non compatibilità della

sospensione con la permanenza nella lista di attesa, qualora il periodo di sospensione ecceda il tempo previsto dalla classe di priorità assegnata (Paragrafo 3.1.2) e, a seguito di formale rivalutazione clinica, il medico disponga la chiusura dell'evento di attesa, ovvero l'irreperibilità del paziente (Paragrafo 3.1.3.1).

Nel caso dell'annullamento l'Ente appone la data di annullamento corrispondente al **giorno di presa d'atto formale dell'evento** che ha determinato l'annullamento. La presa d'atto formale coincide:

- **Con la data di ricezione della comunicazione formale del paziente**, nei casi di rinuncia volontaria all'intervento;
- **Con la data della verifica documentata dell'avvenuto ricovero presso altro Ente**, nei casi di intervento già eseguito;

- **Con la data del decesso**, qualora acquisita attraverso i flussi informativi o altra documentazione ufficiale;
- **Con la data della formalizzazione della rivalutazione clinica**, nei casi in cui il medico disponga la chiusura dell'evento di attesa;
- **Con la data di conclusione della procedura di irreperibilità**, secondo quanto previsto al paragrafo 3.1.3.1;

Le motivazioni devono sempre essere indicate nel campo note appositamente previsto nell'applicativo. Qualora, l'annullamento non sia legato a motivazioni cliniche di inidoneità emerse dopo il prericovero, dovrà essere chiesto il rimborso del valore delle prestazioni di pre-ricovero eventualmente erogate dall'Ente.

Il paziente cancellato può accedere ad una nuova prenotazione, solo dopo una rivalutazione clinica, iniziando un nuovo iter di immissione in lista.

3.1.4. Irreperibilità

Qualora l'assistito risulti non rintracciabile ai recapiti forniti, l'Ente erogatore ha l'obbligo di **documentare almeno tre tentativi di contatto**, effettuati in giorni e fasce orari differenti, prima di poter procedere alla rimozione del nominativo dalla lista d'attesa. La procedura aziendale deve prevedere l'invio di una comunicazione formale (es. posta elettronica); trascorso un termine di 30 giorni dall'invio senza riscontri, la prenotazione può essere definitivamente cancellata

4. Gestione della lista di attesa

4.1. LAR

Il sistema informativo **LAR (Liste di Attesa Ricoveri)** costituisce lo strumento tecnologico adottato da Regione Lombardia per la digitalizzazione, la raccolta, il monitoraggio e la gestione delle liste di attesa relative ai ricoveri programmati. La piattaforma è finalizzata a garantire la trasparenza, l'integrità, la tracciabilità e l'omogeneità delle informazioni, consentendo il monitoraggio regionale delle liste di attesa e una più efficace programmazione dell'offerta sanitaria.

La **gestione delle liste di attesa comprende un insieme di attività periodiche** di verifica, aggiornamento e controllo finalizzate a garantire l'affidabilità dei dati, la corretta rappresentazione dei tempi di attesa e l'appropriatezza della programmazione dei ricoveri. Tali attività, definite "pulizia cadenzata", sono svolte dagli Enti con il supporto operativo delle ATS.

Le attività di manutenzione comprendono, tra l'altro, la verifica periodica dello stato delle prenotazioni, delle rinunce, delle sospensioni, degli annullamenti e delle uscite dalla lista di attesa, nonché le attività di razionalizzazione delle liste conseguenti all'individuazione di pazienti già ricoverati, di iscrizioni duplicate e di cittadini deceduti, al fine di garantire dati costantemente aggiornati e una programmazione efficiente delle sedute operatorie.

La **responsabilità** della gestione, dell'aggiornamento e della corretta tenuta delle liste di attesa ricade sull'Ente, che provvede al costante aggiornamento delle informazioni registrate e all'esecuzione delle operazioni di competenza. Le ATS esercitano funzioni di monitoraggio, controllo e razionalizzazione delle liste di attesa, effettuando verifiche periodiche e trasmettendo, mediante la piattaforma LAR, eventuali

segnalazioni di incongruenze riscontrate. Nei casi di competenza delle ATS, quali, a titolo esemplificativo, la gestione delle iscrizioni duplicate, l'ATS cura il procedimento istruttorio, il contatto con il cittadino e la definizione dell'esito, trasmettendo agli Enti erogatori le conseguenti indicazioni operative per l'aggiornamento delle rispettive liste. Le segnalazioni formulate dalle ATS non determinano in ogni caso la cancellazione automatica del paziente dalla lista di attesa.

Ciascuna ATS/Ente individua formalmente gli operatori autorizzati alla gestione, manutenzione e aggiornamento delle liste di attesa, nonché alle attività di contatto e convocazione dei pazienti. Per gli Enti, tali operatori collaborano con la gestione operativa e con il Responsabile Unico Aziendale (RUA) nello svolgimento delle attività di manutenzione e monitoraggio delle liste. Il RUA può avvalersi di una specifica struttura organizzativa dedicata, formalmente individuata nell'ambito del Regolamento aziendale, cui affidare il supporto operativo per la gestione delle liste di attesa.

4.1.1. Modalità operative per l'efficientamento tramite la 'Pulizia delle Liste'

Nei casi di rimozione dalla lista di attesa conseguenti a segnalazione, **l'Ente deve concludere il procedimento di verifica, ove previsto, e provvedere all'aggiornamento della lista di attesa entro 30 giorni dalla ricezione della segnalazione** trasmessa tramite la piattaforma LAR.

4.1.2. Criteri di rimozione (cancellazione) dalla lista

4.1.2.1. Esecuzione della prestazione già avvenuta

La rimozione del paziente dalla lista di attesa è disposta a seguito dell'effettiva erogazione della prestazione di ricovero.

Sono previsti i seguenti casi:

a) Ricovero effettuato presso il medesimo Ente erogatore

Qualora il ricovero venga eseguito presso l'Ente che gestisce la lista di attesa, il paziente è rimosso dalla lista a seguito della registrazione dell'avvenuta erogazione della prestazione.

b) Ricovero effettuato presso altro Ente erogatore

Qualora l'ATS segnali, mediante gli strumenti previsti (i.e. piattaforma LAR), che il ricovero risulta già effettuato presso un diverso Ente erogatore, l'Ente presso il quale il paziente risulta ancora inserito in lista di attesa è tenuto a verificare l'informazione mediante contatto con il cittadino, al fine di acquisire conferma dell'effettiva avvenuta erogazione della prestazione ed evitare cancellazioni improprie derivanti da eventuali incongruenze.

Accertata l'avvenuta esecuzione del ricovero, l'Ente procede all'aggiornamento della lista di attesa e alla conseguente rimozione del paziente.

In ogni caso, prima di procedere alla rimozione dalla lista di attesa, l'Ente erogatore deve darne preventiva comunicazione al cittadino mediante modalità formale e tracciabile (ad esempio, posta elettronica).

4.1.2.2. Rimozione duplicati

4.1.2.2.1. Duplicati tra Enti afferenti alla medesima ATS

Qualora, nell'ambito delle attività di monitoraggio svolte attraverso la piattaforma LAR, l'ATS rilevi la **presenza del medesimo cittadino in più liste di attesa per la stessa prestazione di ricovero** (almeno stesso paziente e codice diagnosi), presso Enti afferenti al proprio territorio, assume la gestione del procedimento di razionalizzazione delle iscrizioni duplicate.

L'ATS provvede a contattare il cittadino al fine di acquisire la scelta dell'Ente presso il quale intende mantenere l'iscrizione.

Nel corso del contatto, l'ATS fornisce al cittadino le informazioni necessarie per consentire una scelta consapevole dell'Ente erogatore presso cui mantenere l'iscrizione in lista di attesa. A tal fine, illustra, ove disponibile, il tempo mediano storico di attesa riferito alla medesima tipologia di ricovero programmata.

La scelta dell'Ente presso il quale permanere in lista è rimessa esclusivamente al cittadino, nel rispetto del principio di libera scelta.

Acquisita la volontà del cittadino, **l'ATS è tenuta a:**

- Trasmettere al cittadino apposita comunicazione formale e tracciabile (ad esempio mediante posta elettronica), attestante l'esito della scelta effettuata e gli Enti erogatori interessati dall'aggiornamento delle rispettive liste di attesa;
- Trasmettere agli Enti interessati una comunicazione, mediante la piattaforma LAR, indicando le liste dalle quali il cittadino deve essere rimosso.

Gli **Enti coinvolti sono tenuti a:**

- Provvedere all'aggiornamento delle rispettive liste di attesa;
- Procedere alla rimozione del cittadino dalle liste non più prescelte;
- Conservare agli atti la comunicazione trasmessa dall'ATS.

4.1.2.2.2. Duplicati tra Enti afferenti ad ATS differenti

Qualora le iscrizioni duplicate riguardino Enti afferenti a ATS differenti, il procedimento è coordinato dall'ATS territorialmente competente secondo i criteri di seguito indicati.

a) Presenza dell'ATS di residenza del cittadino

Qualora tra le ATS interessate sia presente l'ATS di residenza del cittadino, quest'ultima assume la gestione del procedimento, provvede a contattare il cittadino, acquisisce la scelta dell'Ente presso il quale intende mantenere l'iscrizione e trasmette l'esito dell'interlocuzione all'altra/e ATS interessata/e.

L'ATS destinataria della comunicazione provvede agli adempimenti di propria competenza, trasmettendo agli Enti afferenti al proprio territorio le indicazioni necessarie all'aggiornamento delle liste di attesa.

b) Assenza dell'ATS di residenza tra le ATS interessate

Qualora nessuna delle ATS interessate corrisponda all'ATS di residenza del cittadino, la gestione del procedimento è assunta dall'ATS nel cui territorio insiste l'Ente presso il quale risulta la data di primo inserimento nella lista di attesa più risalente per la prestazione oggetto di duplicazione.

L'ATS individuata quale referente del procedimento provvede a:

- Contattare il cittadino al fine di acquisire la scelta dell'Ente presso il quale intende mantenere l'iscrizione;
- Trasmettere al cittadino apposita comunicazione formale (es. posta elettronica) e tracciabile attestante l'esito della scelta effettuata;
- A trasmettere, per gli Enti di competenza, le indicazioni necessarie per l'aggiornamento delle rispettive liste di attesa;
- Trasmettere all'altra ATS interessata l'esito del procedimento, affinché provveda ai successivi adempimenti di competenza nei confronti degli Enti afferenti al proprio territorio.

Ai fini dell'individuazione dell'ATS competente, rileva esclusivamente la data di primo inserimento nella lista di attesa registrata nella piattaforma LAR, indipendentemente da eventuali successive modifiche della classe di priorità, periodi di sospensione o altri aggiornamenti della posizione del cittadino.

4.1.2.3. Rimozione decessi

La rimozione del paziente dalla lista di attesa è disposta qualora venga accertato il decesso del cittadino iscritto.

A seguito dell'acquisizione dell'informazione di decesso attraverso i canali istituzionali disponibili ovvero a seguito di segnalazione trasmessa dall'ATS mediante la piattaforma LAR, l'Ente erogatore è tenuto a verificare l'informazione secondo le proprie procedure aziendali e, una volta accertata, ad aggiornare tempestivamente la lista di attesa, indicando la relativa motivazione di rimozione.

Trattandosi di un evento oggettivo che determina l'impossibilità sopravvenuta di erogare la prestazione, la cancellazione dalla lista di attesa non richiede la preventiva comunicazione formale prevista negli altri casi di rimozione.

4.1.3. Soggetti coinvolti e relative attività

Il sistema LAR prevede una gestione degli accessi articolata per livelli istituzionali e funzionali:

- **Utenti Enti/Struttura:** Responsabili della gestione operativa dei dati relativi alle proprie liste d'attesa, con funzioni di acquisizione, aggiornamento, consultazione e modifica delle informazioni registrate, nonché di comunicazione, ove previsto, ai cittadini delle eventuali variazioni della loro posizione in lista d'attesa;
- **Utenti ATS:** incaricati delle attività di monitoraggio e vigilanza sulle strutture del territorio di competenza, con possibilità di effettuare segnalazioni agli Enti in caso di incongruenze o anomalie rilevate; nonché di comunicazione ai cittadini della pulizia della lista di attesa per rimozione dei duplicati quando individua pazienti iscritti per lo stesso intervento presso più Enti.

- **Utenti Regionali:** titolari di una visione complessiva del sistema, finalizzata al monitoraggio dello stato delle liste d'attesa per singola struttura e per ciascuna ATS della Lombardia e di definizione di azioni di efficientamento.

4.2. Controlli di qualità e trasparenza

A tutela del cittadino e della trasparenza amministrativa, ogni variazione significativa registrata nel sistema deve essere accompagnata da un'adeguata informativa resa disponibile all'interessato.

5. Condivisione delle liste di attesa tra hub e spoke

Il presente capitolo descrive le **modalità di collaborazione tra Hub e Spoke per un utilizzo coordinato della capacità produttiva della rete ospedaliera afferente a ciascuna ATS**, con l'obiettivo di offrire ai pazienti tempi di accesso all'intervento più brevi e favorire, al contempo, il mantenimento di adeguati volumi di attività nelle sedi minori.

A tal fine, **l'ospedale Hub indirizza verso lo Spoke una quota dei pazienti** per i quali, a seguito di visita specialistica, è stata posta indicazione a un intervento chirurgico programmato in regime di ricovero. Il percorso riguarda pazienti con classe di priorità B, C o D, **candidati a procedure a bassa complessità clinico-assistenziale**, preventivamente individuate e concordate tra le strutture sulla base dei rispettivi tempi di attesa (es. colecistectomia, ernia, emorroidectomia).

5.1. Definizioni e principi generali

5.1.1. Definizioni

- **Ospedale Hub:** presidio che detiene la presa in carico originaria del paziente e presso il quale viene erogata la visita ambulatoriale con conseguente arruolamento del paziente al percorso chirurgico;
- **Ospedale Spoke:** presidio della rete individuato per l'esecuzione di una quota degli interventi programmati dell'Hub, sulla base della capacità produttiva disponibile, delle competenze professionali e dei requisiti organizzativi e tecnologici necessari;
- **Patologia minore:** ai fini delle presenti linee guida, si intende per chirurgia minore (medio-piccola) l'insieme delle procedure per le quali il rischio chirurgico e anestesilogico è compatibile con il setting dello Spoke, la procedura non necessita ordinariamente di tecnologie o competenze presenti esclusivamente presso l'Hub, il percorso pre operatorio è standardizzabile e sono disponibili procedure di escalation verso l'Hub.

La definizione non può essere affidata alla sola diagnosi. L'idoneità deve tenere conto contemporaneamente di intervento previsto, caratteristiche del paziente, rischio anestesilogico, comorbidità, complessità tecnica e necessità di supporti postoperatori. L'elenco delle procedure da decentrare dall'Hub allo Spoke è definito e concordato tra le strutture coinvolte, tenendo conto delle competenze, delle dotazioni e della capacità organizzativa dello Spoke, nel rispetto dei requisiti di appropriatezza e sicurezza assistenziale.

5.1.2. Principi generali

I principi generali che sottendono le presenti linee guida sono i seguenti:

- **Priorità clinica:** la disponibilità dello Spoke non modifica arbitrariamente la classe di priorità attribuita al paziente dall'Hub;
- **Conservazione dell'anzianità di lista:** il trasferimento organizzativo verso lo Spoke non deve determinare l'azzeramento della storia di attesa. Devono essere conservate la data di inserimento in lista, la classe di priorità, e tutte le informazioni contenute all'interno della proposta di intervento chirurgico fornita dall'Hub;
- **Equità:** la selezione dei pazienti da proporre allo Spoke deve avvenire sulla base di criteri predeterminati, riproducibili e verificabili, e non sulla base di valutazioni discrezionali amministrative;

- **Libera accettazione del paziente:** il paziente deve essere informato della possibilità di effettuare l'intervento presso lo Spoke. L'eventuale mancata accettazione del cambio di sede non deve essere assimilata a rinuncia all'intervento chirurgico presso l'Hub;
- **Unicità della posizione:** a seguito del trasferimento definitivo della presa in carico, il paziente non deve risultare contemporaneamente come caso attivo da programmare sia presso Hub sia presso Spoke;
- **Sicurezza:** la riduzione del tempo di attesa non può comportare una riduzione degli standard clinico-assistenziali;
- **Responsabilità organizzativa e coordinamento operativo:** gli Enti coinvolti devono individuare e nominare formalmente i rispettivi referenti operativi, responsabili del coordinamento delle attività di trasmissione, ricezione e validazione degli elenchi dei pazienti da trasferire dall'Hub allo Spoke, al fine di assicurare la tempestività della presa in carico, prevenire ritardi nella convocazione dei pazienti e garantire la continuità del percorso assistenziale.

5.2. Governance del processo

5.2.1. Definizione delle modalità e del case-mix

Le ATS, nell'ambito delle proprie funzioni di governo e coordinamento della rete territoriale, **assicurano la regia del processo di condivisione delle liste di attesa tra Hub e Spoke**, promuovendo un utilizzo integrato della capacità erogativa disponibile presso le strutture afferenti al proprio territorio.

A tal fine, sulla base della visione complessiva delle liste di attesa, le ATS individuano, in raccordo con gli Enti erogatori, le tipologie di intervento e le procedure chirurgiche per le quali risulta opportuno attivare percorsi di collaborazione tra Hub e Spoke, tenendo conto dei fabbisogni assistenziali, della capacità produttiva disponibile e delle competenze clinico-organizzative delle strutture coinvolte.

Tale attività è integrata dalle iniziative promosse direttamente dagli Enti erogatori. In particolare, gli Spoke che dispongano di capacità erogativa e di requisiti clinico-organizzativi idonei a supportare gli Hub possono **manifestare formalmente alla propria ATS la disponibilità a prendere in carico una quota di pazienti** per specifiche tipologie di intervento, indicando le procedure erogabili e i relativi volumi di attività.

Le ATS, sulla base delle esigenze rilevate e delle disponibilità manifestate dagli Enti, favoriscono il raccordo tra le strutture e coordinano la definizione degli accordi di collaborazione, assicurando una programmazione integrata dell'offerta e un utilizzo coordinato delle risorse della rete ospedaliera.

Sulla base dei fabbisogni individuati dall'ATS e delle disponibilità manifestate dagli Enti erogatori, le strutture coinvolte definiscono, sotto il coordinamento dell'ATS, le modalità operative di condivisione delle liste di attesa. A tal fine, lo **Spoke procede con istanza formale della Direzione Sanitaria alla richiesta di condivisione delle liste di attesa per un periodo concordato eventualmente sospendibile o prorogabile**, specificando:

- l'elenco degli interventi trasferibili corredato dagli attuali tempi medi di attesa;
- i criteri di inclusione ed esclusione;
- i criteri anestesilogici;
- i volumi mensili o settimanali trasferibili;
- la matrice dei referenti.

5.2.2. Informazioni al paziente in fase di visita

In fase di visita, al paziente candidato all'intervento chirurgico e ritenuto idoneo al percorso previsto dalle presenti linee guida si applica la procedura vigente presso l'Azienda Hub per l'inserimento in lista di attesa. Contestualmente, il medico informa il paziente della possibilità di essere sottoposto all'intervento presso un ospedale Spoke afferente alla medesima ATS, nell'ambito degli accordi tra le strutture e delle disponibilità effettive, con tempi di attesa inferiori rispetto a quelli previsti presso l'Hub.

L'informazione comprende la sede proposta, i tempi di attesa stimati e le modalità di prosecuzione del percorso assistenziale; l'eventuale disponibilità del paziente è raccolta e documentata sul modulo di proposta di inserimento in lista di attesa, ferma restando la facoltà di mantenere la propria posizione nella lista di attesa dell'Hub qualora non intenda aderire alla proposta.

Al fine di assicurare un'informazione omogenea e consentire al cittadino di esprimere una scelta consapevole, gli Enti coinvolti devono riportare nell'informativa al cittadino almeno i seguenti elementi:

- la sede Hub presso la quale il paziente è stato originariamente preso in carico e la sede Spoke proposta per l'effettuazione dell'intervento;
- i tempi di attesa stimati presso entrambi i presidi, sulla base delle informazioni disponibili al momento della proposta;
- le modalità di prosecuzione del percorso assistenziale in caso di adesione al percorso presso lo Spoke;
- la possibilità per il cittadino di aderire o non aderire al percorso proposto, mediante apposita dichiarazione;
- l'esplicita indicazione che la mancata adesione al percorso Hub-Spoke non comporta alcuna penalizzazione della posizione del cittadino nella lista di attesa dell'Hub, né determina la perdita dell'anzianità di attesa già maturata o la modifica della classe di priorità attribuita.

La scelta di accettazione da parte del cittadino deve essere acquisita e conservata agli atti dall'Hub secondo le modalità organizzative aziendali, assicurando la tracciabilità della scelta espressa.

5.2.3. Accettazione del paziente

5.2.3.1. Accettazione

In caso di accettazione, **l'Hub acquisisce e registra l'assenso del paziente** alla prosecuzione del percorso secondo le modalità aziendali definite, presso lo Spoke. L'accettazione organizzativa del cambio di sede deve essere distinta dal consenso informato all'intervento chirurgico, che resta acquisito secondo le ordinarie procedure cliniche dello Spoke.

5.2.3.2. Mancata accettazione

Qualora il paziente non accetti la sede Spoke, quest'ultimo viene inserito nella lista di attesa dell'Hub in una posizione secondo la classe di priorità e le regole vigenti.

La mancata adesione al percorso Hub-Spoke è formalizzata mediante le modalità di cui al paragrafo 5.2.4 e non comporta alcuna penalizzazione della posizione del cittadino nella lista di attesa dell'Hub, ferma restando la conservazione della data originaria di inserimento in lista e della classe di priorità attribuita.

La mancata accettazione della sede alternativa non viene automaticamente registrata come rinuncia all'intervento.

5.2.4. Trasmissione allo Spoke e presa in carico dei pazienti

Le proposte di intervento sottoscritte dai pazienti che hanno aderito al percorso presso lo Spoke raccolte durante la visita ambulatoriale, oppure in un momento successivo secondo quanto previsto dalla procedura interna dell'Hub per la gestione delle liste di attesa, **sono trasmesse, comprensive delle relative impegnative al ricovero, con cadenza settimanale** dalla Direzione Medica dell'Hub alla Direzione Medica dello Spoke affinché proceda all'inserimento del paziente nella lista di attesa e all'avvio del percorso di prericovero, applicando come "data di inserimento in lista", la data formale di accettazione del paziente all'intervento chirurgico. La trasmissione comprende le informazioni cliniche e amministrative necessarie alla presa in carico e deve avvenire attraverso i canali aziendali previsti, garantendo la riservatezza dei dati e la tracciabilità del passaggio tra le strutture.

L'ATS territorialmente competente deve essere informata dell'istanza di condivisione delle liste di attesa presentata dallo Spoke e della relativa accettazione da parte dell'Hub, al fine di garantire il coordinamento del processo e assicurare il necessario supporto alle strutture coinvolte nelle successive fasi di attuazione del percorso Hub-Spoke.

A seguito della presa in carico, l'Azienda Spoke assume la responsabilità della gestione del paziente e della relativa posizione in lista di attesa, secondo la propria procedura aziendale vigente, provvedendo alla programmazione e all'erogazione del percorso preoperatorio, dell'intervento chirurgico e del successivo follow-up, nel rispetto della classe di priorità e dei criteri di scorrimento delle liste di attesa. Tale responsabilità comprende la gestione delle eventuali condizioni sopravvenute, quali ad esempio perdita dell'idoneità clinica, indisponibilità temporanea, irreperibilità, peggioramento clinico, intervento eseguito presso altra struttura o decesso, assicurando la tracciabilità delle azioni intraprese e gli aggiornamenti previsti.

5.3. Protezione dei dati personali

Nell'ambito del percorso Hub-Spoke, è consentito lo scambio delle liste di attesa tra due enti limitatamente ai dati necessari alla presa in carico e all'erogazione delle cure, nell'esercizio delle rispettive funzioni istituzionali. Il trattamento si fonda sull'art. 6, par. 1, lett. e), e sull'art. 9, par. 2, lett. h), e par. 3, del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), nel rispetto degli obblighi di riservatezza.

La trasmissione riguarda i pazienti che hanno accettato il percorso presso lo Spoke, secondo quanto previsto dai paragrafi 5.2.3 e 5.2.4. Non è richiesto uno specifico consenso privacy per i trattamenti strettamente necessari alla cura, come chiarito dal Garante con il provvedimento n. 55 del 7 marzo 2019; tale consenso resta distinto dall'accettazione del cambio di sede.

Gli enti definiscono responsabilità e modalità dello scambio, assicurano l'informativa agli interessati ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR e condividono esclusivamente le informazioni necessarie. La trasmissione avviene

attraverso canali aziendali sicuri, con accesso riservato al personale autorizzato e tracciabilità degli accessi e delle comunicazioni, nel rispetto dei principi e delle misure di sicurezza previsti dagli artt. 5 e 32 del GDPR.