

## ***Allegato 1***

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

# Indice

|                                                                                                      |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. Quadro generale .....</b>                                                                      | <b>4</b>  |
| 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         |
| <b>2. Specialistica Ambulatoriale .....</b>                                                          | <b>6</b>  |
| 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        |
| <b>3. Ricoveri programmati .....</b>                                                                 | <b>19</b> |

|                                                                                   |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----|
| 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 soddisfatta<sup>1</sup>, 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

---

<sup>1</sup> 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.