

ESTRATTO DAL VERBALE DELLE DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE
(SEDUTA DEL 30 DICEMBRE 2025)

L'anno duemilaventicinque, il giorno di martedì trenta del mese di dicembre, alle ore 10.37 presso la Presidenza della Regione Lazio (Sala Giunta), in Roma - via Cristoforo Colombo n. 212, previa formale convocazione del Presidente per le ore 14.30 e successivamente anticipata alle ore 10.30 dello stesso giorno, si è riunita la Giunta regionale così composta:

1) ROCCA FRANCESCO	<i>Presidente</i>	7) PALAZZO ELENA	<i>Assessore</i>
2) ANGELILLI ROBERTA	<i>Vicepresidente</i>	8) REGIMENTI LUISA	“
3) BALDASSARRE SIMONA RENATA	<i>Assessore</i>	9) RIGHINI GIANCARLO	“
4) CIACCIARELLI PASQUALE	“	10) RINALDI MANUELA	“
5) GHERA FABRIZIO	“	11) SCHIBONI GIUSEPPE	“
6) MASELLI MASSIMILIANO	“		

Sono presenti: *la Vicepresidente e gli Assessori Ghera, Maselli e Righini.*

Sono collegati in videoconferenza: *gli Assessori Palazzo e Schiboni.*

Sono assenti: *il Presidente e gli Assessori Baldassarre, Ciacciarelli, Regimenti e Rinaldi.*

Partecipa la sottoscritta Segretario della Giunta dottoressa Maria Genoveffa Boccia.

(O M I S S I S)

Si collega in videoconferenza l'Assessore Regimenti.

(O M I S S I S)

Entra nell'Aula l'Assessore Rinaldi.

(O M I S S I S)

Entra nell'Aula il Presidente.

(O M I S S I S)

OGGETTO: Approvazione delle “Indicazioni per la corretta modalità di prescrizione e ridefinizione degli ambiti di garanzia ai fini del governo delle liste d’attesa”.

LA GIUNTA REGIONALE

Su proposta del Presidente

VISTI:

- lo Statuto della Regione Lazio;
- la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n. 6 “*Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale*” e successive modifiche ed integrazioni;
- il Regolamento Regionale del 6 settembre 2002, n. 1, “*Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale*” e successive modifiche ed integrazioni;
- la legge 7 agosto 1990, n. 241 e s.m.i.;

VISTI per quanto riguarda i poteri:

- la Deliberazione della Giunta Regionale del 25 maggio 2023, n. 234, di conferimento dell’incarico di Direttore della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria al Dott. Andrea Urbani;
- l’Atto di organizzazione del 23 febbraio 2024, n. G01930, modificato con atto di organizzazione, n. G02642 dell’8 marzo 2024, con cui è stato definito l’assetto organizzativo della Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria;
- l’Atto di Organizzazione del 27 novembre 2024, n. G15849 con cui si è provveduto ad una riorganizzazione delle strutture organizzative di base e delle funzioni della Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria;

VISTI per quanto riguarda la normativa statale e regionale in materia sanitaria:

- la Legge 27 dicembre 1978, n. 833 e s.m.i. concernente “*Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*”;
- il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., recante: “*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*”;
- il Decreto Legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, recante “*Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell’art. 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419*” e s.m.i.;
- la Legge Regionale 16 giugno 1994, n. 18 e s.m.i., recante “*Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere*”;
- il DPCM 29 novembre 2001, come modificato dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017, pubblicato il 18 marzo 2017 in Gazzetta Ufficiale (Supplemento ordinario n. 15), recante “*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*”;

- la Deliberazione della Giunta Regionale del 6 marzo 2007, n. 149 con cui è stato recepito l'Accordo, siglato in data 28 febbraio 2007, tra il Ministero della Salute, il Ministro dell'Economia e Finanze, la Regione Lazio, per l'approvazione del Piano di Rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'art. 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311;
- la Deliberazione della Giunta Regionale del 15 novembre 2024, n. 939 recante: *“Adozione del programma operativo 2024 – 2026 di prosecuzione del piano di rientro della Regione Lazio”*;

VISTI tutte le norme e i provvedimenti regionali in materia di contabilità e di bilancio e, in particolare:

- il D. Lgs. 23 giugno 2011, n. 118 *“Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della Legge 5.5.2009, n. 42 del 05/05/2009, e successive modifiche”*;
- la Legge Regionale 12 agosto 2020, n. 11, recante: *“Legge di contabilità regionale”*;
- il Regolamento Regionale 9 novembre 2017, n. 26, recante: *“Regolamento Regionale di Contabilità”* che, ai sensi dell'art. 56, comma 2, L.R. n. 11/2020, fino alla data di entrata in vigore del regolamento di contabilità di cui all'art. 55 della L.R. n. 11/2020, continua ad applicarsi, per quanto compatibile, con le disposizioni di cui alla medesima L.R. n. 11/2020;
- la Legge Regionale 30 dicembre 2024, n. 22 recante: *“Legge di stabilità regionale 2025”*;
- la Legge Regionale 30 dicembre 2024 n. 23 recante: *“Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2025-2027”*;
- la Deliberazione della Giunta Regionale 30 dicembre 2024 n. 1172 recante: *“Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2025-2027. Approvazione del "Documento tecnico di accompagnamento", ripartito in titoli, tipologie e categorie per le entrate e in missioni, programmi, titoli e macroaggregati per le spese”*;
- la Deliberazione della Giunta Regionale 30 dicembre 2024, n. 1173, concernente: *“Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2025-2027. Approvazione del "Bilancio finanziario gestionale", ripartito in capitoli di entrata e di spesa e assegnazione delle risorse finanziarie ai dirigenti titolari dei centri di responsabilità amministrativa”*;
- la Deliberazione della Giunta regionale n. 28 del 23 gennaio 2025 *“Indirizzi per la gestione del bilancio regionale 2025-2027 e approvazione del bilancio reticolare, ai sensi degli articoli 30, 31 e 32, della legge regionale 12 agosto 2020, n. 11”*;
- la Deliberazione della Giunta regionale 2 ottobre 2025, n. 881, concernente: *“Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2025-2027. Aggiornamento del bilancio finanziario gestionale in relazione all'assegnazione delle risorse finanziarie ai dirigenti titolari dei centri di responsabilità amministrativa, di cui alla D.G.R. n. 1173/2024, ai sensi dell'articolo 13, comma 5, della legge regionale 12 agosto 2020, n. 11”*;

CONSIDERATI i provvedimenti vigenti in tema di assistenza specialistica, in particolare:

- il Decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, del 23 giugno 2023, avente ad oggetto *“Definizione delle tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica”*, con cui sono state, tra l'altro, aggiornate le tariffe massime per la

remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e protesica erogabili a carico del Servizio Sanitario Nazionale;

- il Decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, del 31 marzo 2024, con il quale si differisce al 1° gennaio 2025 l'entrata in vigore delle tariffe nazionali individuate con il citato decreto interministeriale 23 giugno 2023, anche al fine di valutare una più ampia revisione delle medesime tariffe;
- Il Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 25 novembre 2024, con il quale sono state determinate le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica a partire dalla data del 30 dicembre 2024 (Nomenclatore Tariffario Nazionale);
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 30 dicembre 2024, n. 1186, recante: *“Definizione dei livelli massimi di finanziamento, dei criteri di assegnazione dei budget 2025 e delle regole di remunerazione. Modifiche allo schema di Accordo/Contratto ex art. 8 quinquies D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. per gli anni 2025-2026”*;
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 1187 del 30 dicembre 2024 avente ad oggetto: *“Approvazione “Nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale” e delle “Indicazioni metodologiche” in attuazione del DM 25 novembre 2024 “Definizione delle tariffe relative all'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica”. pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 302 del 27 dicembre 2024. Disposizioni per la validità delle prescrizioni di medicina specialistica ambulatoriale”*, con la quale si è preso atto del suddetto Decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, del 24 novembre 2024, e si è provveduto all'approvazione del nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale;
- la Determinazione n. G00001 del 2 gennaio 2025 *“Approvazione del Catalogo Unico Regionale delle prestazioni specialistiche prescrivibili in attuazione del “Nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale” approvato con DGR n.1187 del 30 dicembre 2024”* integrata con Determinazione n. G00169 del 10 gennaio 2025;

CONSIDERATE le misure già messe in atto volte a garantire la riduzione delle liste di attesa per le prestazioni sanitarie e, in particolare, tra le altre:

- il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019 - 2021, approvato in data 21 febbraio 2019 in sede di intesa in Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131;
- il Decreto del Commissario *ad acta* del 30 aprile 2019, n. U00152, avente per oggetto: *“Recepimento del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021”*, con il quale è stato recepito il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021;
- il Decreto del Commissario *ad acta* 25 luglio 2019, n. U00302, avente ad oggetto: *“Piano regionale per il governo delle Liste di Attesa 2019-2021”*, con il quale è stato approvato e adottato il Piano di

governo regionale delle liste di attesa 2019-2021;

- la Deliberazione della Giunta regionale del 20 giugno 2023, n.310 avente ad oggetto: “*Modifiche ed integrazioni artt. 1, 8 e 15 dell’accordo/contratto di budget ex art. 8 quinquies D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. 2022-2024 ex DGR n. 695/2022 e Corrispettivo 2023. Approvazione schema Addendum*”, con la quale sono stati introdotti specifici obblighi contrattuali per le strutture erogatrici private accreditate in relazione all’integrazione e alla messa a disposizione delle proprie agende di prenotazione sul Sistema Regionale Integrato ReCup, garantendo così ai cittadini una maggiore disponibilità nell’erogazione di prestazioni sanitarie, in particolare quelle maggiormente “critiche”, obblighi ulteriormente rafforzati con la DGR 1186/2024;
- i commi 232 e 233 dell’articolo 1 della legge 30 dicembre 2023 n. 213, avente ad oggetto: “*Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026*”;
- il Decreto-Legge 7 giugno 2024, n. 73, convertito con modificazioni dalla L. 29 luglio 2024, n. 107, recante: “*Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie*”;
- la Legge 30 dicembre 2024, n.207 (Legge di Bilancio 2025), avente ad oggetto: “*Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2025 e bilancio pluriennale per il triennio 2025-2027. (24G00229)*”;
- la Deliberazione della Giunta regionale del 10 ottobre 2024, n. 777 avente ad oggetto: “*Attuazione art. 3 Decreto-Legge 7 giugno 2024, n. 73 convertito con modificazioni dalla L. 29 luglio 2024, n. 107: “Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie” Programma straordinario per la riduzione dei tempi delle liste di attesa anno 2024*”, con la quale la Regione Lazio, al fine di dare attuazione alla normativa richiamata, ha introdotto ulteriori misure e ha fissato puntuali principi volti a garantire la riduzione delle liste di attesa per le prestazioni sanitarie per superare le criticità connesse all’accessibilità e alla fruibilità delle prestazioni e assicurare l’erogazione dei servizi entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura;
- la Deliberazione della Giunta regionale del 20 marzo 2025, n. 150 avente ad oggetto: “*Approvazione del documento tecnico relativo al nuovo modello di gestione denominato “ReCUP – Gestione del Percorso di Garanzia” delle prenotazioni sanitarie delle prestazioni di medicina specialistica ambulatoriale in regime di SSR*” con la quale è stato avviato il nuovo modello di gestione del “Percorso di Garanzia” al fine di consentire alle Aziende Sanitarie di assicurare l’erogazione delle prestazioni sanitarie ai propri cittadini residenti “fuori soglia”, attraverso l’utilizzo delle prestazioni aggiuntive, dell’attività libero-professionale intramuraria o del sistema privato accreditato;
- la Deliberazione della Giunta regionale del 3 aprile 2025, n. 198: “*Attuazione art. 3 Decreto-Legge 7 giugno 2024, n. 73 convertito con modificazioni dalla L. 29 luglio 2024, n. 107: “Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie” – Programma*

straordinario per la riduzione dei tempi delle liste di attesa anno 2025”;

- la Deliberazione della Giunta regionale del 6 novembre 2025, n. 999: “*Misure sanzionatorie per mancata disdetta delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale*” con la quale è stata prevista una procedura uniforme a livello regionale destinata all’addebito delle sanzioni legate alle prestazioni prenotate e non disdette, almeno *due* giorni lavorativi prima dell’erogazione della prestazione, (salvi i casi di forza maggiore e impossibilità sopravvenuta) pari alla quota ordinaria di partecipazione al costo della stessa;
- la Deliberazione della Giunta regionale del 23 dicembre 2025 n. 1298 : “*Riduzione della validità delle ricette dematerializzate per le classi di priorità con maggiore urgenza*” volta a contrastare il fenomeno per cui numerose prescrizioni sono utilizzate dagli utenti ben oltre i limiti previsti dalla relativa classe di priorità, rilevando da un lato le criticità relative all’appropriatezza prescrittiva, e dall’altro, l’effetto distorsivo sulla misurazione dei tempi d’attesa regionali per l’erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale;

RITENUTO, pertanto, di approvare le “Indicazioni per la corretta modalità di prescrizione e ridefinizione degli ambiti di garanzia ai fini del governo delle liste d’attesa” di cui all’Allegato A, che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, al fine di rafforzare gli interventi necessari a garantire l’erogazione delle prestazioni nei tempi previsti dalle classi di priorità e, in particolare, per:

- dettare specifiche misure per garantire la corretta modalità di prescrizione;
- ridefinire gli ambiti di garanzia così come riportato nella tabella seguente (oltre che nell’allegato A);

AMBITO	ASL
CENTRO	ROMA 1
	ROMA 2
	ROMA 3
NORD OVEST	VITERBO
	ROMA 4
	CENTRO (Asl Rm 1- Rm 2 e Rm3)
NORD EST	RIETI
	CENTRO (Asl Rm 1- Rm 2 e Rm3)
SUD EST	FROSINONE
	ROMA 5
	CENTRO (Asl Rm 1- Rm 2 e Rm3)
SUD OVEST	LATINA
	ROMA 6
	CENTRO (Asl Rm 1- Rm 2 e Rm3)

RITENUTO altresì di stabilire che tali misure saranno operative, a regime, a partire dal 1° febbraio 2026;

DATO ATTO che dal presente atto non derivano oneri a carico del bilancio regionale;

DELIBERA

Per le motivazioni in premessa riportate, che si intendono integralmente richiamate:

- di approvare le “Indicazioni per la corretta modalità di prescrizione e ridefinizione degli ambiti di garanzia ai fini del governo delle liste d’attesa” di cui all’Allegato A, che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, al fine di rafforzare gli interventi necessari a garantire l’erogazione delle prestazioni nei tempi previsti dalle classi di priorità e, in particolare, per:
 - dettare specifiche misure per garantire la corretta modalità di prescrizione;
 - ridefinire gli ambiti di garanzia così come riportato nella tabella seguente (oltre che nell’allegato A):

AMBITO	ASL
CENTRO	ROMA 1
	ROMA 2
	ROMA 3
NORD OVEST	VITERBO
	ROMA 4
	CENTRO (<i>Asl Rm 1- Rm 2 e Rm3</i>)
NORD EST	RIETI
	CENTRO (<i>Asl Rm 1- Rm 2 e Rm3</i>)
SUD EST	FROSINONE
	ROMA 5
	CENTRO (<i>Asl Rm 1- Rm 2 e Rm3</i>)
SUD OVEST	LATINA
	ROMA 6
	CENTRO (<i>Asl Rm 1- Rm 2 e Rm3</i>)

- di stabilire che tali misure saranno operative, a regime, a partire dal 1° febbraio 2026.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nel termine di giorni 60 (sessanta) ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi) decorrenti dalla data di pubblicazione.

Copia



REGIONE
LAZIO

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica

Allegato A

***INDICAZIONI PER LA CORRETTA MODALITÀ DI PRESCRIZIONE
E RIDEFINIZIONE DEGLI AMBITI DI GARANZIA AI FINI DEL
GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA***

Copia



**REGIONE
LAZIO**

**Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica**

Sommario

1. Premessa	3
1. Ambito di garanzia	4
2. Validità della prescrizione	5
3. Modalità di prescrizione	5
4. Appropriately prescrivibile	9
5. La prenotazione	10
6. Linee guida per la configurazione delle agende	11



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica

1. Premessa

Il presente documento definisce gli interventi previsti dall'Amministrazione regionale in relazione all'appropriatezza prescrittiva e agli ambiti di garanzia, finalizzati a garantire un'offerta di prestazioni appropriata, idonea, vicina e tempestiva, in risposta ai bisogni di salute dei cittadini.

L'Amministrazione si prefigge l'obiettivo di definire e implementare le procedure ottimali per la gestione del percorso clinico-assistenziale del paziente, a partire dal primo contatto sino agli accessi successivi nell'ambito del processo di presa in carico. In tale complessa definizione, verranno delineate le necessarie rimodulazioni organizzative, tra cui la modifica dell'ambito di garanzia, la revisione del periodo di validità della prescrizione relativa al primo accesso, la specificazione puntuale della prescrizione per gli accessi successivi, e l'adozione di specifici criteri per la corretta configurazione delle agende di prenotazione.

L'**appropriatezza prescrittiva** si definisce come l'**erogazione della prestazione sanitaria più idonea** (giusta) nel **momento temporalmente ottimale** (nel tempo giusto), garantendo l'aderenza tra l'indicazione clinica e la sua somministrazione tempestiva; l'**ambito di garanzia** indica l'area entro cui deve essere disponibile, per un cittadino, l'offerta di prestazione sanitaria di cui ha necessità.

Nell'attuale configurazione del sistema, è richiesto il possesso di una prescrizione medica per usufruire di prestazioni specialistiche o diagnostiche all'interno del Servizio Sanitario Regionale (SSR), sia presso strutture pubbliche che private accreditate

Tale prescrizione si configura ordinariamente come impegnativa dematerializzata (ricetta elettronica) o, salvo specifici casi previsti dalla norma, come ricetta cartacea (modello rosso). Essa deve essere rilasciata dal Medico di Medicina Generale (MMG), dal Pediatra di Libera Scelta (PLS) o da altri medici abilitati facenti parte del Servizio Sanitario Regionale o Nazionale.

In fase di compilazione della ricetta dematerializzata, è necessario specificare la tipologia di accesso alla prestazione, distinguendo tra *primo accesso* e *accesso successivo*.

Primo Accesso: è obbligatorio definire la classe di priorità basata su un criterio clinico. Le classi di priorità identificano l'intervallo temporale massimo entro cui la prestazione deve essere garantita e sono così definite:

- ✓ **U (Urgente)**, da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
- ✓ **B (Breve)**, da eseguire entro 10 giorni;
- ✓ **D (Differibile)**, da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;
- ✓ **P (Programmata)**, da eseguire entro 120 giorni.

Accesso Successivo: In questo caso, deve essere selezionata l'opzione "*Altra tipologia di accesso*" (indicando il flag su ALTRO), senza la necessità di specificare una classe di priorità.



**Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica**

La **validità della prescrizione** indica il tempo massimo che l'utente ha per *prenotare* la prestazione dalla data di emissione della prescrizione. È stata stabilita, con il Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 24 novembre 2024, in massimo 180 giorni dalla data di prescrizione. La Regione Lazio con Deliberazione n. 1187 del 30 dicembre 2024, in attuazione del suddetto Decreto Ministeriale ha provveduto all'approvazione del nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale, confermando tra l'altro in massimo 180 giorni dalla data di prescrizione la validità delle ricette emesse dal 30 dicembre 2024.

I successivi paragrafi saranno dedicati all'illustrazione analitica delle misure pianificate in relazione all'appropriatezza prescrittiva e alla rimodulazione degli ambiti di garanzia. Tali interventi sono volti ad assicurare l'erogazione di un'offerta di prestazioni che sia in prossimità del cittadino, appropriata, efficace, accessibile e tempestiva, al fine di soddisfare pienamente le esigenze di salute della cittadinanza. Tali misure saranno operative, a regime, a partire dal 1° febbraio 2026.

1. Ambito di garanzia

L'amministrazione intende rivedere l'attuale assetto organizzativo per assicurare la fruizione dell'offerta sanitaria in prossimità del luogo di residenza e nelle aree territoriali limitrofe e connesse.

A decorrere dal 1° febbraio 2026, pertanto, l'ambito di garanzia per i cittadini della Regione Lazio sarà **riferito** all'Azienda Sanitaria Locale (ASL) di **assistenza territoriale** e, in **seconda istanza**, al fine di garantire l'erogazione delle prestazioni nei tempi previsti, anche alle Aziende Sanitarie limitrofe e/o raggiungibili in base alle infrastrutture esistenti, secondo lo schema di seguito riportato:

AMBITO	ASL
CENTRO	ROMA 1
	ROMA 2
	ROMA 3
NORD OVEST	VITERBO
	ROMA 4
	CENTRO (Asl Rm 1- Rm 2 e Rm3)
NORD EST	RIETI
	CENTRO (Asl Rm 1- Rm 2 e Rm3)
SUD EST	FROSINONE
	ROMA 5
	CENTRO (Asl Rm 1- Rm 2 e Rm3)
SUD OVEST	LATINA
	ROMA 6
	CENTRO (Asl Rm 1- Rm 2 e Rm3)



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica

2. Validità della prescrizione

La Regione Lazio, ai fini di un miglior governo dell'appropriatezza prescrittiva e una risposta più efficace al bisogno di salute dei cittadini, ha posto il periodo di validità della prescrizione in relazione alla priorità indicata per l'erogazione della prestazione.

La tabella seguente illustra le nuove scadenze della prescrizione per ciascuna classe di priorità, in relazione al primo accesso (*tipo accesso "1"*) come approvato con Deliberazione di Giunta n. 1298 del 23 dicembre 2025

Classe di priorità	Validità attuale	Validità proposta
Urgente (U)	180 giorni	10 giorni
Breve (B)	180 giorni	20 giorni
Differita (D)	180 giorni	40 giorni visite / 70 giorni prestazioni strumentali
Programmata (P)	180 giorni	130 giorni

La prescrizione, pertanto, deve essere **utilizzata** procedendo alla prenotazione della prestazione entro i termini di validità precedentemente definiti. Ciò implica che il cittadino dispone di un intervallo di tempo massimo, decorrente dalla data di emissione della prescrizione, trascorso il quale la prescrizione non è più utilizzabile per accedere alla prenotazione. La prescrizione utilizzata per la prenotazione **mantiene la sua validità amministrativa fino al momento dell'effettiva erogazione** della visita o dell'esame prenotato. Pertanto, un appuntamento che sia stato **regolarmente fissato** presso la struttura erogatrice, anche se la data di erogazione cade *oltre* il termine di validità temporale della prescrizione rimane **valido e vincolante** per la struttura sanitaria.

3. Modalità di prescrizione

3.1. Prescrizione in primo accesso

La prestazione di primo accesso, sia essa una visita o un esame diagnostico, costituisce l'occasione iniziale in cui il quadro clinico manifestato dal paziente viene sottoposto a valutazione. In tale fase si procede alla definizione di un preciso inquadramento diagnostico.

Sono considerati *primi accessi* anche quelli relativi a pazienti affetti da malattie croniche già diagnosticate (ad esempio diabete, ipertensione...) che presentano una fase di riacutizzazione o l'insorgenza di un nuovo problema, anche non collegato alla patologia cronica stessa, ma tale da rendere necessaria una rivalutazione complessiva della terapia.

Nell'ambito della prescrizione di primo accesso, è obbligatorio specificare la classe di priorità, ovvero l'intervallo di tempo entro cui, per **esigenze cliniche**, deve essere eseguita la prestazione.



**Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica**

Conseguentemente, le prestazioni devono essere erogate, con decorrenza dalla data di prenotazione entro l'intervallo di tempo previsto per le seguenti **classi di urgenza a priorità decrescente** (U, B, D, P).

- **La priorità U** identifica le prestazioni **Urgenti** in cui esiste la necessità clinica che la prestazione sia erogata **entro 72 h dalla prescrizione**. Il prescrittore (MMG/PLS/Specialista) deve procedere direttamente alla prenotazione tramite DOTTORCUP, come previsto nella Nota prot.n. U0950076 del 30-09-2022¹. Qualora il medico prescrittore sia oggettivamente impossibilitato a utilizzare il canale DOTTORCUP, la prenotazione potrà essere gestita direttamente sul Sistema ReCUP tramite i canali ordinari, al fine di assicurare che il cittadino possa fruire della prestazione nei termini temporali stabiliti. È, in questo caso, prevista l'attivazione di un sistema di monitoraggio a cura delle CAPI (Commissioni Appropriatazza Prescrittiva Interdistrettuale), con riferimento al mancato rispetto delle suddette modalità di prenotazione da parte dei medici prescrittori. Eventuali difformità procedurali riscontrate dovranno essere tempestivamente segnalate dalle CAPI ai competenti uffici regionali.
- **La priorità B** identifica le prestazioni **Brevi** in cui esiste la necessità clinica che la prestazione sia erogata **entro 10 giorni dalla prescrizione**. Il paziente deve essere informato dal prescrittore della necessità di procedere con l'accesso al CUP con la massima urgenza e che la prescrizione scade a **20 giorni dalla compilazione**, come da tabella precedente. Il paziente, qualora non sia disponibile nell'ambito di garanzia una prenotazione entro 10 giorni dalla data di contatto con il sistema di prenotazione, ha diritto ad un **pass di garanzia**² che viene erogato dalla Asl di assistenza.

¹ Nota prot.n. U0950076 del 30-09-2022: *La prescrizione della prestazione in classe U può essere effettuata da parte di tutti i medici prescrittori - MMG/PLS/specialista ambulatoriale/guardia medica. Il prescrittore telefona al numero verde dedicato 800986867, possibilmente in presenza dell'utente per trovare la disponibilità della prestazione. La prestazione urgente non può essere prenotata allo sportello dall'utente. L'operatore del numero verde richiede al prescrittore tutte le informazioni, obbligatorie per effettuare la ricerca della disponibilità della prestazione (era presente un format nella nota con le informazioni necessarie che il prescrittore deve fornire al telefono) ✓ L'operatore del numero verde cerca la disponibilità della prestazione a livello dell'azienda di assistenza dell'utente e, successivamente, in ambito regionale ✓ Nel caso di mancata disponibilità, a livello regionale, l'operatore di call center invierà la mail alla ASL di assistenza dell'utente ✓ La ASL di assistenza dell'assistito prenderà in carico la richiesta e cercherà di reperire la disponibilità per la prestazione richiesta: nel caso venga ritenuto necessario, la ASL potrà contattare il medico prescrittore per ulteriori chiarimenti sulla prescrizione effettuata o nel caso in cui l'ASL di assistenza non eroghi la prestazione richiesta, la stessa dovrà contattare un altro Ente erogatore ✓ L'Ente che erogherà la prestazione dovrà riportare sul foglio di lavoro la presenza di congruità della classe di priorità prescritta oppure biffare la relativa casella sul ReCUP al momento dell'eseguito.*

² Le modalità di attivazione del pass sono state previste dalla Deliberazione di Giunta Regionale n. 150 del 20 marzo 2025 avente ad oggetto: "Approvazione del documento tecnico relativo al nuovo modello di gestione denominato "ReCUP – Gestione del Percorso di Garanzia" delle prenotazioni sanitarie delle prestazioni di medicina specialistica ambulatoriale in regime di SSR".



**Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica**

All'utente che rifiuta l'appuntamento per l'erogazione entro soglia, non viene garantito il rispetto della priorità.

- **La priorità D** identifica prestazioni **Differibili** in cui esiste la necessità clinica che la prestazione sia erogata entro **30 giorni** (visite mediche) o entro **60 giorni** (esami strumentali). Il paziente deve essere informato dal prescrittore della necessità di procedere celermente con l'accesso al CUP e che la prescrizione ha validità di **40 giorni per le visite mediche e di 70 per gli esami strumentali**, sulla base delle nuove scadenze introdotte per la validità delle prescrizioni precedentemente illustrate. Qualora siano prescritte sulla stessa DEMA due prestazioni che determinano diverse validità della prescrizione (es: una prima visita e un esame strumentale) la validità della prescrizione coincide con l'intervallo di validità più breve. Il paziente, qualora non sia disponibile nell'ambito di garanzia una prenotazione entro 30 /60 giorni per visita medica/esami strumentali dalla data di contatto con il sistema di prenotazione, ha diritto ad un **pass di garanzia**³ che viene erogato dalla Asl di assistenza. All'utente che rifiuta l'appuntamento per l'erogazione entro soglia, non viene garantito il rispetto della priorità.
- **La priorità P** identifica le prestazioni **Programmabili** in cui la necessità clinica consente l'erogazione entro **120 giorni**. Non sono ricomprese nella priorità P tutte le prestazioni programmate per esigenze cliniche oltre i 120 giorni che andranno prescritte in accesso successivo (vedi paragrafo successivo). Il paziente deve essere informato dal prescrittore che la prescrizione ha validità di **130 giorni dalla compilazione**. Qualora nell'ambito di garanzia non sia disponibile una prenotazione entro 120 giorni dalla data di contatto con il sistema di prenotazione, il paziente può accedere ad un percorso di tutela come previsto dal Decreto Legislativo 124/1998. Il paziente che rifiuta una prenotazione offerta entro soglia non viene garantito del rispetto della priorità.

3.2 Prescrizione di accesso successivo

La **prescrizione di accesso successivo** si riferisce a visite o esami specialistici che vengono erogati a seguito di un **primo accesso** diagnostico o terapeutico (sia esso una visita o un esame strumentale).

In questa fase, il paziente ha già un **percorso di presa in carico avviato** e le prestazioni erogate sono primariamente finalizzate, a titolo esemplificativo, al monitoraggio di patologie croniche, valutazione a distanza dell'eventuale insorgenza di complicanze, verifica della stabilizzazione del quadro patologico e della efficacia della terapia.

Modalità di prescrizione per accesso successivo

Tutte le visite di controllo e gli esami strumentali di *follow-up* o previsti nel percorso di presa in carico **devono essere prescritti e contestualmente prenotati** dal medico che segue il paziente. Tale

³ Vedi nota n.2



**Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica**

procedura deve essere espletata presso la medesima struttura o altra struttura ad essa collegata, tenendo in considerazione che il sistema ReCUP consente la gestione delle prenotazioni *Cross Ente*. Tale indicazione è valida anche per i pazienti che accedono in pronto soccorso e riguardano gli esami e le viste di controllo dell'evento che ha generato l'accesso in PS (es: rx di controllo su frattura) così come eventuali esami per il completamento delle valutazioni cliniche (es. ecocardiogramma su paziente giunto in PS con crisi ipertensiva).

Si deve **evitare, per quanto possibile, di lasciare al paziente l'onere di prenotare tramite il CUP aziendale/ReCUP**, limitando l'intervento del paziente alla sola **regolarizzazione amministrativa** (ove necessaria).

Il medico prescrittore è tenuto a procedere con l'indicazione "**ALTRO**" (**A**) nella compilazione della prescrizione.

Il medico operante in una **struttura privata accreditata** che non sia autorizzato alla prescrizione tramite sistema DEMA provvede comunque alla **prenotazione** della prestazione demandando - per il tramite del paziente - al **MMG/PLS** la formalizzazione della prescrizione.

In tale circostanza, il medico della struttura accreditata deve indicare sulla ricetta bianca:

- Il **Codice Unico Regionale (CUR)** della prestazione richiesta e della prestazione tracciante per i percorsi di presa in carico.
- Il **quesito diagnostico**.
- L'indicazione della tempistica di esecuzione della visita o dell'esame / l'indicazione della tempistica di *follow-up*.

Il MMG è quindi tenuto a compilare la prescrizione con l'indicazione "**ALTRO**" e/o con la classe di priorità appropriata, apponendo il *flag* di "**prescrizione suggerita**".

E' necessario che le strutture private accreditate, strutturino percorsi dedicati per la diagnostica e il completamento diagnostico, compatibilmente con le condizioni di accreditamento. Tali percorsi devono assicurare la **presa in carico** del paziente e prevedere la prenotazione delle prestazioni con accesso in **classe A** (Accesso Successivo), anche qualora la prescrizione debba essere formalizzata dal MMG e successivamente riportata dal paziente presso la struttura.

3.3 Condizioni speciali

Nella pratica clinica è tuttavia frequente che al termine del primo accesso il quadro diagnostico non sia ancora completo, e non si possa quindi considerare avviato il percorso di presa in carico, essendo necessari **ulteriori accertamenti o valutazioni specialistiche**. Inoltre, per specifiche tipologie di prestazioni, la prima visita include valutazioni e procedure che non sono contemplate nelle successive visite di controllo.

Si illustrano le soluzioni adottate per gestire efficacemente tali casistiche assistenziali:



**Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica**

- Selezione del CUR 89.02. “*visita a completamento della prima visita*”, che può essere utilizzato dallo specialista per prescrivere la prima visita di altra branca, necessaria al completamento diagnostico, accompagnata da una nota prescrittiva che specifica quale visita deve essere prenotata.
- Definizione di CUR come codici figli della prima visita con la dicitura “*prima visita a completamento diagnostico*”. Tali prescrizioni andranno di default in “A – ALTRO”, come le visite di presa in carico.
- Nel caso di prestazioni in cui la prima visita includa valutazioni cliniche non contemplate nelle visite di controllo (*follow-up*), si procederà all'**identificazione di nuovi codici CUR 'figli'**. Tale azione è finalizzata all'introduzione di una **visita di controllo specifica**, classificata in **classe A**, che integri le valutazioni già previste nel codice CUR della prima visita

L'area ospedaliera e specialistica ambulatoriale provvederà alla definizione delle necessarie modifiche del CUR regionale.

Indicazione di Priorità negli accessi successivi: Qualora, in funzione dell'esigenza clinica, si ravvisi la necessità di definire un termine per l'erogazione della prestazione anche in accesso successivo, le prestazioni prescritte con l'indicazione "**ALTRO**" potranno essere accompagnate dall'assegnazione di una classe di priorità (U, B, D, P). Tale classe **determina l'intervallo temporale massimo** entro il quale risulta clinicamente rilevante erogare la prestazione.

Indipendentemente dalla presenza dell'indicazione di priorità, la prescrizione classificata come "**ALTRO**" dovrà in ogni caso essere gestita come un **accesso successivo** e, pertanto, dovrà essere prenotata sulle relative **agende dedicate alla presa in carico**.

4. Appropriatezza prescrittiva

I medici specialisti e i MMG/PLS (Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta) sono vincolati all'osservanza dei criteri di **appropriatezza prescrittiva** in termini di priorità e di percorso diagnostico, con specifico riferimento ai **Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO)**.

Tale vincolo include anche l'utilizzo puntuale dei codici traccianti dei **PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali)** e delle indicazioni definite da linee guida e **Buone Pratiche Clinico-Assistenziali (BPCA)** approvate a livello regionale.

La Regione Lazio, istituirà un **Gruppo di Lavoro** dedicato alla definizione e alla proposta di adozione dei RAO per quelle prestazioni identificate come maggiormente esposte al rischio di inappropriatezza prescrittiva.

Monitoraggio dell'Appropriatezza e Azioni Correttive



**Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica**

Le Strutture Sanitarie sono tenute a incentivare il personale medico specialista, in fase di erogazione, a valutare l'appropriatezza della classe di priorità attribuita alla prestazione, mediante la compilazione dell'apposito foglio di lavoro ReCUP.

Le suddette segnalazioni verranno acquisite dall'Azienda Sanitaria Locale e, congiuntamente agli altri dati disponibili, saranno condivise con le Commissioni per l'Appropriatezza Prescrittiva.

Tale attività di monitoraggio è finalizzata all'identificazione delle prestazioni caratterizzate da un elevato indice di inappropriata, nonché alla conseguente individuazione di eventuali interventi correttivi. Questi ultimi potranno includere l'istituzione di gruppi multidisciplinari per la discussione dei casi clinici e lo svolgimento di attività formative, anche con il supporto di un coordinamento a livello regionale.

Programmi di screening: In via preliminare alla prescrizione di prestazioni oggetto di *screening*, il medico è tenuto a **promuovere l'adesione del paziente** ai programmi di *screening* proposti. Contestualmente, è suo compito indirizzare il paziente a contattare i centri di *screening* preposti per l'inserimento nelle relative liste e/o per l'accesso all'esame.

5. La prenotazione

Il cittadino in possesso di impegnativa può prenotare la prestazione di primo accesso attraverso i seguenti canali:

- chiamando il call center regionale ReCup 069939 - attivo dal lunedì al venerdì dalle 7.30 alle 19.30, il sabato dalle 7.30 alle 13;
- attraverso il sito web ReCup – prenotasmart;
- attraverso l'APP PRENOTASMART
- compilando un modulo on line per essere contattati dall'operatore telefonico e richiedere o spostare le prenotazioni;
- attraverso le farmacie aderenti al sistema FARMARECUP
- accedendo direttamente agli Sportelli CUP

Viene assicurata la medesima visibilità e prenotabilità delle prestazioni su tutti i presidi disponibili per la prenotazione (call center, CUP aziendale, app). Ove per motivi tecnici non sia possibile, è assicurata l'opportuna comunicazione di tale limite e suggerito al cittadino di procedere con un accesso diversificato.

Il cittadino riceve un messaggio di promemoria tramite SMS o APP IO con possibilità di conferma o disdetta dell'appuntamento. Tale promemoria è attivo per le strutture pubbliche e attivabile - su richiesta - per le strutture private accreditate. Le Aziende sanitarie promuovono e verificano l'adesione delle strutture private accreditate del proprio territorio al servizio.

Come da Deliberazione Giunta regionale n. 999 del 6 novembre 2025: "*Misure sanzionatorie per mancata disdetta delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale*" in caso di mancata presentazione all'appuntamento senza preventiva disdetta, il cittadino è passibile di sanzione con la richiesta di



**Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica**

pagamento del corrispettivo del ticket dovuto per la prestazione non erogata, anche in caso di esenzione. Le modalità di riscossione sono demandate alle singole Aziende Sanitarie.

L'utente che accede al sistema di prenotazione viene informato della *prima disponibilità* nel suo ambito di garanzia identificato come da tabella precedente.

Al fine di garantire una migliore gestione dell'offerta di prestazioni specialistiche, a far data dal 14 luglio 2025 il Sistema ReCup rende disponibile all'Operatore una nuova funzionalità per la gestione e classificazione delle motivazioni di rifiuto del cittadino della prima disponibilità. Nello specifico viene registrato a sistema la motivazione del rifiuto da parte del cittadino tra le seguenti causali:

Qualora il cittadino rifiuti la prima disponibilità proposta, il sistema Recup registra le ragioni del rifiuto tra quelle sotto riportate, prima di consentire di procedere con la scelta di un altro appuntamento:

- Data non possibile per il cittadino
- Sede troppo distante
- Struttura non gradita
- Richiesta struttura specifica
- Richiesta data specifica su indicazione del prescrittore
- Agenda non prenotabile causa vincoli

Tuttavia, anche in caso di rifiuto della prima disponibilità, se la prenotazione è effettuata nei tempi previsti dalla classe di priorità, si considera rispettato il Tempo di Attesa.

Le prestazioni di accesso successivo devono essere prenotate dal medico prescrittore così come precedentemente illustrato.

6. Linee guida per la configurazione delle agende

La ASL, nel proprio ruolo di committenza, ha il compito, dopo un'attenta valutazione del fabbisogno di salute, di programmare la propria offerta di prestazioni con i propri presidi pubblici nonché con gli erogatori delle strutture accreditate e/o con le aziende ospedaliere/universitarie presenti sul proprio territorio.

Tutte le agende, sia pubbliche che private, devono essere configurate – così come già previsto nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa e nel Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa - in modo da garantire una profondità di almeno **12 mesi consecutivi**.

Tale misura è stata ulteriormente rafforzata per le strutture private accreditate, inserendo tale previsione nell'Addendum all'Accordo/Contratto ex art. 8 quinquies D. Lgs. 502/92 e s.m.i. prevedendo la risoluzione contrattuale in caso di mancato rispetto di tale adempimento.

Le strutture del privato accreditato sono tenute a configurare le proprie Agende sulla base delle indicazioni ricevute dalla Regione Lazio e dall'Azienda Sanitaria competente in merito a suddivisione



**Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica**

in classi di priorità, volumi, prestazioni e specifiche esigenze al fine di garantire la presa in carico dei propri assistiti.

Al fine di indirizzare la domanda verso l'offerta adeguata, la visibilità delle agende su ReCUP, inoltre, deve essere assicurata rispettando le *Regole di denominazione e configurazione* uniformi a livello regionale, in cui siano esplicitate almeno alcune informazioni minime necessarie: a chi sono rivolte, la corretta identificazione delle prestazioni, con eventuale specificità (es dermatologia tricologia vs dermatologia controllo nei), visite con priorità per primo accesso, visite di accesso successivo, visite ed esami previsti in PDTA, riservate, bloccate o sbarrate, con latenza di prenotazione per preparazione o altra nota. Per maggiori dettagli tecnici di configurazione delle agende si rimanda *all'Allegato Tecnico* condiviso con tutti gli attori coinvolti.

Nello specifico, le agende dovranno essere programmate dalle Aziende per assicurare di avere slot disponibili per U, B, D, in base ai dati disponibili relativi alla domanda, in relazione ai tempi di erogazione previsti.

Le Aziende Sanitarie e le Strutture private accreditate devono garantire specifiche agende per *follow-up* con disponibilità adeguata ai volumi di utenti effettivamente presi in carico dall'Azienda/struttura stessa.

Per le prestazioni di *secondo* livello devono essere attivati percorsi di accesso, condivisi con gli specialisti del territorio e con i MMG che garantiscano continuità al percorso di cura del paziente senza interruzioni o ulteriori passaggi burocratici.

Al fine di garantire uniformità nei processi a livello regionale, le Aziende Sanitarie che intendono adottare eventuali procedure interne non contemplate a livello regionale dovranno darne comunicazione all'ufficio Specialistica Ambulatoriale.



**Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica**

DOCUMENTO TECNICO

RIMODULAZIONE DELLO SBARRAMENTO “P - PROGRAMMATA”

Il presente documento definisce le linee guida tecniche e procedurali per la corretta configurazione e gestione delle agende del sistema ReCUP, con particolare riferimento alla distribuzione degli slot di prenotazione tra le classi di priorità.

L’obiettivo è garantire una corretta distribuzione degli slot di prenotazione tra le classi di priorità B (Breve), D (Differibile) e P (Programmabile), dando priorità alla prenotazione delle prescrizioni con priorità B e D e l’inserimento delle P nella disponibilità residuale delle agende.

In particolare, il documento mira a:

- supportare la rimodulazione delle disponibilità riservate alla priorità “P - Programmata”, in coerenza con le esigenze operative e con l’andamento dei flussi di prenotazione;
- definire criteri tecnici per la configurazione delle fasce orarie e degli sbarramenti di prenotazione, ottimizzando la gestione delle disponibilità.

Le presenti linee guida si configurano come strumento di indirizzo tecnico-operativo, utile al personale preposto alla configurazione dei sistemi CUP e alla pianificazione delle agende aziendali, al fine di garantire omogeneità, tracciabilità e qualità del servizio erogato.

La modifica dello sbarramento per i posti della priorità “P” verrà eseguito Centralmente.

Come cambierà lo sbarramento:

Gestione	Priorità	Riserva dal	Riserva al
OLD	P	10	999
NEW	P	90*	999

La nuova configurazione consentirà di mantenere una quota di slot riservata alla priorità P, aumentando al contempo la disponibilità per le priorità B e D. Qualora, nel periodo considerato, la richiesta per la priorità P risulti inferiore rispetto a quella delle altre classi di priorità.

Si ricorda che nelle fasce dove è presente lo sbarramento per la priorità “P” è fortemente consigliata la configurazione di tutte le Priorità configurate in testata Agenda nel campo “Priorità” come da immagine sottostante:



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica

OLD 89.7.7 PRIMA VISITA CARDIOLOGICA

1 5 ☒ ☐ 4 elementi selezionati 0 - SSN ☒

Medici fascia

Cognome Nome

Sbarramenti

CARICA SBARRAMENTI

Nome Priorità Riserva dal Giorno Riserva al Giorno Quantità Posti/Slot Fascia Quantità Posti Riservati

Nome	Priorità	Riserva dal Giorno	Riserva al Giorno	Quantità Posti/Slot Fascia	Quantità Posti Riservati
SBARRAMENTO P POSTI	P	10	999	8	2

ELIMINA

a. CONFIGURAZIONE DELLE AGENDE

Testata Agenda

- Overbooking = SI;
- Extra Cup = SI;
- Online = SI (solo per le prestazioni prive di note di preparazione);
- Promemoria anonimizzato = NO;
- Disponibilità Riservata Liste di attesa = NO/SI;
- Progetti Speciali = NO/SI (specificando il nome del progetto);
- Privata = NO;
- Occupa Spazi Contigui = NO/SI;
- Forzatura Libera = SI;
- Occupa Posto = NO/SI;
- Default Data Odierna = SI;
- Note obbligatorie = SI;
- Riservata a Residenti = Opzionale SI (in tutti i livelli di configurazione previsti in agenda per garantire l'accesso solamente ai propri assistiti) NO (per la riservatezza dei posti a tutti gli assistiti provenienti dalle Liste di Attesa);
- Visibilità = 547gg (1 anno e ½)
- Tempo Latenza in ore = Consigliato "0" *(salvo prestazioni particolari es. 88.76.1_0 ECO ADDOME COMPLETO);
- Regimi di Erogazione:
 - 0 - SSN (eventuali sotto-regimi);
- Classi di Priorità = U, B, D, P (sono escluse le A in quanto non oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa);
- Fasce Età = 0 - 999 (se non per casi specifici);
- Medici Erogatori (I medici identificati per l'erogazione delle prestazioni che precedentemente sono stati inseriti nella Unit di riferimento).



**Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica**

b. Prestazioni contemplate

Tutte le prestazioni ambulatoriali prenotabili del catalogo SSN (Critiche e Non Critiche).

Fasce in Agenda

Seguendo le indicazioni proposte da Regione Lazio le Agende dedicate e/o comprensive dell'offerta aziendale per le prenotazioni con priorità B e D le fasce di tali agende dovrebbero essere così configurate:

- Esempio Fasce:

Giorni							
Lunedì (3)		Martedì		Mercoledì (1)		Giovedì	
Venerdì		Sabato		Domenica			
Inizio - Fine	Numero slot	Numero posti slot	Sbarramenti	Priorità	Note	Riservata liste d'attesa	Overbook
10:00 - 10:15	3	1	U	B,D,U	DOCTORCUP	NO	☐
10:15 - 10:45	6	1	B,D	B,D		NO	☐
10:45 - 11:00	3	1	P	B,D,PAU		NO	☐
AGGIUNGI FASCIA ELIMINA GIORNO COPIA GIORNO							

- Priorità prenotabili sulle prestazioni in fascia, solo B e D;
- Sbarramenti configurati in fascia solo per le priorità B e D;
- Indicare il numero nel campo "Quantità Posti Riservati" (es. 4 B e 2 D)



**REGIONE
LAZIO**

**Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica**

OLD

89.7_7

PRIMA VISITA CARDIOLOGICA

1

5

☒

☐

2 elementi selezionati

0 - SSN

☐

☒

Medici fascia

Cognome

Nome

Sbarramenti

CARICA SBARRAMENTI

☐

☒ B - Breve entro 10 gg

☒ D - entro 30 gg (visite) 60 gg (prestazioni)

☐ P - Programmabile

☐ U - Urgente (entro 3 gg)

Comprimi

Seleziona tutti

☐

Comprimi

N.B. Il documento ha funzione di fornire indicazioni tecniche non vincolanti, nulla vieta di configurare un solo sbarramento per ogni fascia.

Il Presidente pone ai voti, a norma di legge, il suesteso schema di deliberazione che risulta approvato all'unanimità.

(O M I S S I S)

IL SEGRETARIO
(Maria Genoveffa Boccia)

IL PRESIDENTE
(Francesco Rocca)

Copia