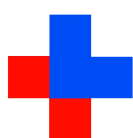


SISTEMI DI GOVERNANCE

LINEE OPERATIVE PER LA COSTRUZIONE DELLE AGENDE DI PRENOTAZIONE DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

RETI E PERCORSI CLINICI INTEGRATI



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
ASL
VITERBO



REGIONE
LAZIO

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti e piani aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

SOMMARIO

1.	OGGETTO	3
2.	RAZIONALE.....	3
3.	CONTESTO.....	4
4.	RIFERIMENTI NORMATIVI	6
5.	GLOSSARIO.....	7
6.	REVISIONE E AGGIORNAMENTI	7
7.	FINALITÀ E OBIETTIVI	8
8.	CAMPO DI APPLICAZIONE	8
9.	TARGET DI RIFERIMENTO	8
10.	MODALITA' E TIPOLOGIE DI ACCESSO	8
11.	COSTRUZIONE E MANUTENZIONE DELLE AGENDE	12
12.	LIBERA PROFESSIONE E PRESTAZIONI AGGIUNTIVE.....	15
13.	RETI CLINICHE E PERCORSI INTEGRATI DI CURA.....	16
14.	AGENDE DI TELEMEDICINA.....	19
15.	STRUTTURA DELLE AGENDE E ACCESSO ALLE RETI INTEGRATE	20
16.	PIANO ATTUATIVO.....	21
17.	SCHEDE SINOTTICHE	21

 Edizione: 1 del 10/07/26	SISTEMI DI GOVERNANCE	 Pag. 3 a 23
	LINEE OPERATIVE PER LA COSTRUZIONE DELLE AGENDE DI PRENOTAZIONE DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	

1. OGGETTO

La complessità dell’offerta ambulatoriale, intesa come articolazione delle reti cliniche integrate e propedeutica alla corretta attuazione dei percorsi di cura, rende necessaria l’emanazione di linee operative che definiscano e uniformino il processo di “costruzione” delle agende di prenotazione nei diversi punti di erogazione, mantenendo come principi cardine il buon governo dell’offerta, l’equità di accesso alle prestazioni, l’appropriatezza prescrittiva, la correttezza e la trasparenza nei processi di accesso.

Tali linee operative, propedeutiche a tutte le fasi del processo, dal momento della prescrizione a quello dell’erogazione della prestazione, sono destinate a tutti gli operatori coinvolti nel processo e le indicazioni in esso contenute, che potranno essere declinate in istruzioni operative per meglio definire alcune fasi, sono da ritenersi obbligatorie.

2. RAZIONALE

L’offerta di specialistica ambulatoriale dell’ASL è composta dalle prestazioni erogate dagli ambulatori presenti presso le sedi territoriali ed ospedaliere, al fine di garantire i Livelli Essenziali di Assistenza e offrire all’utenza un servizio adeguato alle necessità, integrandosi dove necessario con le attività del privato accreditato convenzionato.

Come ribadito dalla normativa vigente garantire a tutti i cittadini tempi di accesso alle prestazioni sanitarie certi e adeguati ai problemi clinici presentati rappresenta un obiettivo prioritario per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN); in tal modo, si ottiene che l’inquadramento diagnostico e le successive terapie non siano ingiustificatamente procrastinati, compromettendo la prognosi e la qualità della vita.

Le liste di attesa rappresentano quindi un fenomeno che compromette l’accessibilità e la fruibilità delle prestazioni specialistiche da parte dei cittadini costituendo un elemento di forte criticità dei moderni sistemi sanitari. Il governo dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie è diventato pertanto uno degli obiettivi prioritari del SSN e SSR e l’erogazione dei servizi assegnati entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura, rappresenta una componente strutturale dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

La soluzione del problema delle liste d’attesa non può essere meramente quantitativa, sul versante dell’organizzazione dell’offerta e dei volumi della produzione, ma deve coniugare il bisogno di salute espresso con adeguate strategie di governo della domanda che tenga conto della applicazione di rigorosi criteri sia di appropriatezza che di priorità delle prestazioni.

Il PNGLA 2026–2028, approvato nel mese di giugno dalla Conferenza Stato - Regioni, segna un cambiamento strutturale nella governance delle liste d’attesa, superando l’approccio basato esclusivamente sull’aumento dell’offerta e dei volumi. Si introduce un modello centrato sul governo della domanda, sull’appropriatezza prescrittiva e sulla capacità di intercettare il reale bisogno di salute, con l’obiettivo di garantire i LEA e ridurre le prestazioni non necessarie. La programmazione non si basa più solo sui consumi storici, ma su una lettura del fabbisogno reale della popolazione, includendo anche il bisogno non espresso rafforzando il modello di stratificazione come definito dal DM 77/22.

In questo quadro assumono rilievo gli scostamenti tra prescrizione, prenotazione ed erogazione, interpretati come indicatori di criticità del sistema (difficoltà di accesso, saturazione dell’offerta, tempi eccessivi, distanza, inefficienze o rinuncia alle cure) e si determina la necessità di una lettura più evoluta dei bisogni di salute in relazione a invecchiamento, cronicità, fragilità clinica e sociale e innovazione tecnologica.

Sul piano clinico-organizzativo, il nuovo PNGLA rafforza quanto previsto dalla recente normativa, rendendo obbligatorio per tutte le prestazioni ambulatoriali SSN la connotazione della tipologia di accesso, la classe di priorità per i primi accessi e il quesito diagnostico, che deve sempre esplicitare il problema di salute e ribadisce

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti e piani aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

che le prestazioni successive al primo accesso devono essere prescritte direttamente dallo specialista che ha preso in carico il paziente e, di norma, prenotate contestualmente.

Inoltre si sottolinea la necessità della presa in carico globale dell'assistito e vengono indicati gli strumenti utili al governo delle liste d'attesa che possono essere integrati con altre azioni a livello aziendali a supporto dei processi, come indicato in tabella:

Strumenti di governo delle liste d'attesa
Governo della domanda Appropriata prescrizione Nuovi setting e nuovi attori del sistema grazie all'attivazione del DM 77/22 Nuove modalità erogative (telemedicina) Nuovi strumenti di garanzia e tutela Promozione dell'empowerment dell'utenza Utilizzo di diversi metodi di erogazione/prestazione (es. codici traccianti, day service, day hospital diagnostico)

Tuttavia, l'esistenza di tempi d'attesa per le prestazioni sanitarie contraddistingue inevitabilmente ogni sistema pubblico organizzato su base universalistica e costituisce uno dei determinanti della qualità dell'assistenza percepita dagli utenti e una delle problematiche più diffuse in tutti i sistemi sanitari, contribuendo in modo rilevante al rapporto di fiducia verso il sistema stesso.

Il perfezionamento del sistema di monitoraggio rappresenta il punto cardine dell'intero ciclo di produzione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, che si appoggia su una rete informatizzata dove l'intera offerta, incluso quella del privato accreditato, viene resa visibile e disponibile tramite le Agende di prenotazione. Questo non può prescindere dalla corretta collocazione delle attività all'interno delle agende sia in termini di offerta di prestazioni sia in termini di classi di priorità e tipologia di accesso.

L'attuale sistema di rilevazione (Ministeriale e Regionale) si focalizza sulle classi di priorità urgenti e sui primi accessi, in quanto i pazienti, in carico ai servizi per percorsi programmati, dovrebbero aver già superato la barriera dell'accessibilità. La programmazione si deve quindi tradurre in un'offerta di prestazioni flessibile fra le diverse classi di priorità per essere funzionale agli obiettivi di sistema.

I meccanismi utilizzati per rendere flessibile l'utilizzo dell'intera offerta devono pertanto essere definiti a priori e resi espliciti a tutti i soggetti coinvolti al fine di superare le attuali disomogeneità (come la personalizzazione delle agende) con l'obiettivo di rendere trasparente e più efficiente l'uso delle risorse disponibili.

Sull'esplicitazione e sulla condivisione di queste regole è basato il presente documento.

3. CONTESTO

L'appropriata prescrizione delle prestazioni, la definizione della priorità clinica coerente con i bisogni del paziente, la trasparenza nei percorsi di accesso e presa in carico, la tempestività di erogazione in regime SSN e l'efficienza erogativa sono elementi fondamentali per realizzare l'equità di accesso e perseguire la qualità ed efficacia clinica relativamente ai LEA.

Il sistema dell'offerta prevede due livelli:

- Nodi di progettazione e facilitazione** dell'accesso alle prestazioni sanitarie (paradigma cooperativo del sistema d'offerta) di cui fanno parte le Centrali Operative, i Punti unici di accesso, il Centro Unico di Prenotazione (CUP), e i Referenti delle Reti Cliniche Specialistiche (o i referenti dei PDTA), la UOC Cure primarie e le Direzioni di Distretto demandate al governo dell'offerta e della domanda.
- Nodi di erogazione di prestazioni sanitarie** (paradigma integrativo del sistema di offerta) ospedalieri e territoriali, nonché accreditati convenzionati.

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO Edizione: 1 del 10/07/26	SISTEMI DI GOVERNANCE	 REGIONE LAZIO Pag. 5 a 23
	LINEE OPERATIVE PER LA COSTRUZIONE DELLE AGENDE DI PRENOTAZIONE DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	

Il sistema di governo è articolato in tre livelli:

- la pianificazione strategica è ascrivita alla Direzione Strategica che la realizza fornendo direttive e linee d'indirizzo,
- la programmazione e il monitoraggio è ascrivita alla Direzione Sanitaria e al Referente Unico delle liste d'attesa che la esercita attraverso appositi tavoli tecnici costituiti con i portatori di interesse e con il supporto del controllo di gestione e delle Direzioni dei Distretti, che forniscono le informazioni relative alla stratificazione dei bisogni,
- la gestione operativa e il controllo delle attività sono ascritti ai nodi di progettazione e facilitazione.

Per Centro Unificato di Prenotazione (CUP) si intende il sistema centralizzato informatizzato di prenotazione delle prestazioni sanitarie, deputato a gestire l'intera offerta (SSN, regime convenzionato, intramoenia, ecc.). Il sistema CUP ha il ruolo di connessione tra le rilevazioni contabili, statistiche delle prestazioni prenotate/erogate e adempie ai debiti informativi istituzionali di competenza.

Il Back-office (segreteria CUP) cura la programmazione e la manutenzione ordinaria/straordinaria delle attività propedeutiche alla prenotazione.

Tali attività sono raggruppabili in tre funzioni principali:

- gestione e programmazione delle agende di prenotazione,
- supporto ai punti di prenotazione e di erogazione,
- monitoraggio per il governo delle liste di attesa.

Alla base del processo è la definizione puntuale dell'**agenda di prenotazione**. Essa è lo **strumento informatico utilizzato per gestire in maniera trasparente l'accesso alle prestazioni sanitarie** rivolte ai pazienti che richiedono prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio.

Le linee guida nazionali sul sistema CUP, emesse nel 2009 dal Ministero della Salute, definiscono l'agenda come strumento operativo del CUP insieme al Catalogo Unico Regionale delle prestazioni.

Nella pratica si concretizza in un calendario delle prenotazioni, che gli erogatori devono tenere, sotto la personale responsabilità del Direttore Sanitario, con l'obiettivo di salvaguardare il diritto di accesso, garantito dalla legge 7 agosto 1990, n. 241 e successive modificazioni e integrazioni. Tali Agende sono soggette a verifiche ed ispezioni da parte dei soggetti abilitati ai sensi delle vigenti disposizioni.

La prima distinzione da operare all'interno delle agende è quella tra agende destinate all'attività istituzionale e all'attività in libera professione (questo determina anche una diversa modalità di accesso, tramite ricetta SSN o tramite ricetta bianca). Possono essere introdotte altre tipologie destinate a convenzioni/accordi che definiscono pacchetti di prestazioni verso altri enti/istituzioni.

In questa fase ci si è concentrati prioritariamente sulla prima tipologia di agende in quanto è quella interessata dal monitoraggio dei tempi di attesa.

All'interno delle Agende riguardanti le attività per esterni a carico del SSN la prima distinzione da operare è quella fra agende di primo livello o di primo accesso e agende di secondo livello o di accesso successivo come verrà meglio dettagliato nel **paragrafo 10**.

Il monitoraggio, ma prima ancora l'analisi dei bisogni della popolazione, demandata ai Distretti, dà la possibilità al decisore di orientare in maniera dinamica l'intera potenzialità produttiva (es. stornare risorse dalle attività per percorsi interni verso gli esterni, da quelle di 2° livello verso il primo e così via).

Il **sistema dell'offerta** si articola in una rete di punti di erogazione (integrati ospedale – territorio e accreditati convenzionati, caratterizzati da livelli di complessità definiti dalle prestazioni erogate come descritto nel **paragrafo 13**). Ogni punto di prenotazione si interfaccia con questa rete, garantendo la visione complessiva della disponibilità di prestazioni in ciascun punto della rete e differenziando, ove necessario, i livelli di accesso

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti e piani aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

 Edizione: 1 del 10/07/26	SISTEMI DI GOVERNANCE	 Pag. 6 a 23
	LINEE OPERATIVE PER LA COSTRUZIONE DELLE AGENDE DI PRENOTAZIONE DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	

dei vari utenti e consentendo la gestione separata dei primi accessi (visite e prestazioni diagnostico-terapeutiche) rispetto agli accessi successivi.

In merito alle prenotazioni è importante **realizzare un'offerta più ampia possibile di canali di accesso**, al fine di garantire il più elevato livello possibile di fruibilità per il cittadino, fermo restando poi la possibilità di usufruire di diversi canali anche per il pagamento della prestazione.

Canali di accesso
- sportello presidiato: rappresenta l'esempio più diffuso e consiste nello sportello sito presso una struttura erogatrice con operatore dedicato - prenotazioni effettuate direttamente da operatori sanitari (Medici, infermieri, Centrali Operative, sportelli orientamento o sportelli PUA) allo scopo di semplificare il percorso assistenziale dell'utente - prenotazioni effettuate presso le Farmacie territoriali, tramite postazioni di lavoro presidiate, integrate con il Sistema CUP - prenotazioni ad uno sportello CUP sito in strutture convenzionate (Associazioni Mediche, Istituti accreditati, Associazioni di Volontariato, Comuni, ecc.) - prenotazioni telefoniche (call center) o on line effettuate direttamente dall'utente.

Si ricorda l'obbligo dell'utilizzo della ricetta dematerializzata (o elettronica) tranne per i casi specifici come previsti da normativa o da indicazioni Regionali.

I referti delle prestazioni erogate saranno inseriti nel fascicolo sanitario elettronico dell'utente (FSE), dalla visita di accesso alle prestazioni diagnostiche.

Tutti i cittadini che vi abbiano interesse possono richiedere alle direzioni sanitarie notizie sulle prenotazioni e sui relativi tempi di attesa (<https://www.asl.vt.it/info-liste-di-attesa>) con la salvaguardia della riservatezza dei dati delle persone.

4. RIFERIMENTI NORMATIVI

- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017, recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza"
- Legge 29 luglio 2024, n. 107 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie"
- 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
- Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021, siglato con Intesa Stato-Regioni il 21 febbraio 2019
- Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2026-2028, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni 11 giugno 2026
- Decreto del Commissario ad acta 25 luglio 2019, n. U00302, avente ad oggetto: "Piano regionale per il governo delle Liste di Attesa 2019-2021"
- Deliberazione 23 dicembre 2025, n. 1298 avente per oggetto la Riduzione della validità delle ricette dematerializzate
- 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"
- 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"
- Deliberazione della Giunta regionale del 6 novembre 2025, n. 999: "Misure sanzionatorie per mancata disdetta delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale"
- DGR n. 1344 del 30 dicembre 2025 Approvazione delle Indicazioni per la corretta modalità di prescrizione e ridefinizione degli ambiti di garanzia ai fini del governo delle liste d'attesa

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti e piani aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO Edizione: 1 del 10/07/26	SISTEMI DI GOVERNANCE	 REGIONE LAZIO Pag. 7 a 23
	LINEE OPERATIVE PER LA COSTRUZIONE DELLE AGENDE DI PRENOTAZIONE DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	

- Determinazione G00001 del 02/01/2025 Approvazione del Catalogo Unico Regionale delle prestazioni specialistiche prescrivibili in attuazione del "Nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale" e successiva integrazione e rettifica con Determinazione n. G00169 del 10 gennaio 2025
- Decreto Ministeriale 28 maggio 1999, n. 329 Regolamento recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti DCA n. 113 del 11 aprile 2016
- Decreto del Ministero della Salute - 17 febbraio 2025 Linee guida della Piattaforma nazionale delle liste di attesa e criteri di interoperabilità con le piattaforme regionali
- Decreto Ministeriale del Ministero della Salute - 20 giugno 2019 Istituzione e funzioni dell'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa
- Intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano del 29 aprile 2010 concernente il documento recante "Sistema CUP - Linee guida nazionali"
- Legge - 3 agosto 2007, n. 120 Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria
- Decreto interministeriale del 2 novembre 2011 "Dematerializzazione della ricetta medica cartacea (Progetto Tessera Sanitaria)"
- Decreto del Presidente del Consiglio Dei Ministri - 16 aprile 2002 Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa.
- Manuale Raggruppamenti di Attesa Omogenea per priorità clinica – RAO, AGENAS, Luglio 2020
- Raccomandazioni di Buona Pratica Clinico-Assistenziale emanate dall'Istituto Superiore di sanità su specifici percorsi clinico-assistenziali;
- DCA n.474/2015 Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per BPCO e Diabete - prestazioni prescrivibili.
- Determinazione 18 dicembre 2020, n. G15691 Linee di indirizzo per la stesura dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali - PDTA nella cronicità.
- Determinazione 10 febbraio 2023, n. G01705 Approvazione del documento Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per le persone con Demenza della Regione Lazio.
- Determinazione 23 febbraio 2023, n. G02340 Approvazione dei documenti tecnici "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) Apnee ostruttive nel sonno in età evolutiva" e "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) Apnee ostruttive nel sonno in età adulta" della Regione Lazio.
- Determinazione G07058 del 24 maggio 2023 Approvazione dei documenti: Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) obesità nell'adulto-rev. aprile 2023, Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) patologie del surrene-rev. aprile 2023, Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) patologie della tiroide-rev. aprile 2023, Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) patologie del testicolo e app. gen. maschile-rev. aprile 2023, Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) patologie dell'ovaio e app. gen. femminile-rev. aprile 2023, Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) patologie delle paratiroidi-rev. aprile 2023, Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) patologie ipotalamo-ipofisarie-rev. aprile 2023. Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) neoplasie neuroendocrine-rev. aprile 2023. Rev. Det. G01768/23,
- Deliberazione DG n. 520 del 13 marzo 2026, in particolare nell'appendice in allegato le indicazioni per la definizione delle Reti Cliniche Integrate e dei Percorsi Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziali.

5. GLOSSARIO

ASUR	Anagrafe Sanitaria Unica Regionale.
CUP	Centro Unico di Prenotazioni
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
MMG	Medico di Medicina Generale
NRE	Numero di Ricetta Elettronico
PLS	Pediatra di Libera Scelta
SAR	Sistema di Accoglienza Regionale
RAO	Raggruppamenti di Attesa Omogenea (metodo che ha l'obiettivo di differenziare i tempi di attesa per i cittadini che accedono alle prestazioni ambulatoriali in base a criteri clinici espliciti).

6. REVISIONE E AGGIORNAMENTI

Il presente documento verrà aggiornato e revisionato nel rispetto delle politiche e delle linee strategiche aziendali o sulla base di specifiche disposizioni normative.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti e piani aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

7. FINALITÀ E OBIETTIVI

La finalità del documento è quella di promuovere, a livello delle reti cliniche integrate, la capacità di intercettare il reale bisogno di salute e rendere compatibile la domanda con l'offerta, nel rispetto degli ambiti di garanzia dei LEA e ottimizzando i percorsi integrati di cura misurati secondo quanto previsto dal Nuovo Sistema di Garanzia (NSG).

Obiettivi

Garantire:

- l'equità di accesso all'offerta ambulatoriale aziendale,
- la reale presa in carico dell'assistito che una volta effettuato il primo accesso deve spostarsi all'interno dei nodi delle reti con continuità e razionalità,
- il contenimento delle liste e dei tempi di attesa, attraverso un efficiente impiego del personale, delle tecnologie e degli spazi fisici e assicurando il rispetto dei tempi di attesa previsti per ciascuna classe di priorità (U, B, D, P),
- la riduzione delle prescrizioni inappropriate e la congruità clinica delle richieste
- il miglioramento della qualità dei servizi e la maggior soddisfazione degli assistiti.

8. CAMPO DI APPLICAZIONE

Le linee operative si applicano a tutti gli operatori coinvolti nei processi di pianificazione, programmazione, organizzazione e gestione operativa dell'offerta specialistica ambulatoriale, costituita dal complesso delle prestazioni cliniche, di diagnostica strumentale, per immagini e di laboratorio previste nel *Catalogo ambulatoriale aziendale*. La regolamentazione declinata nel presente documento si applica a tutte le attività di specialistica ambulatoriale erogate in regime istituzionale ed in regime libero professionale in tutti gli ambulatori (territoriali e ospedalieri) dell'Azienda.

In particolare definisce la modalità di accesso dei cittadini al SSR nell'ambito delle attività specialistiche e nei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali e riabilitativi a cui devono far riferimento:

- Specialisti ASL,
- Specialisti SAI,
- Medici del Ruolo Unico, Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta,
- Rete accreditati convenzionati.

9. TARGET DI RIFERIMENTO

Il target è rappresentato da tutti gli assistiti che manifestino un bisogno di salute occasionale che può essere gestito in un setting ambulatoriale o che necessitino di una presa in carico per la gestione di una malattia cronica. In entrambi i casi gli assistiti accedono al servizio tramite una prescrizione e un successivo appuntamento.

10. MODALITÀ E TIPOLOGIE DI ACCESSO

La modalità tradizionale di accesso al sistema di erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, come descritto all'articolo 3, comma 1, lettera b), del decreto-legge n. 73/2024, prevede la **prenotazione al CUP da parte dell'assistito** (o di chi per suo conto) di prestazioni necessitate da sintomi, segni ed eventi di tipo acuto che richiedono un approfondimento diagnostico o terapeutico, e **richieste come primo accesso**. Ove lo specialista, in sede di primo accesso, ritenga necessari ulteriori accertamenti o prestazioni di controllo o follow-up, al fine di completare le indagini relative al sospetto diagnostico, **è tenuto a prendere in carico l'assistito**, direttamente o attraverso la struttura sanitaria nella quale opera, fino alla completa conclusione del percorso diagnostico, ove necessario, anche attraverso l'erogazione di pacchetti ambulatoriali complessi e coordinati.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti e piani aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO Edizione: 1 del 10/07/26	SISTEMI DI GOVERNANCE	 REGIONE LAZIO Pag. 9 a 23
	LINEE OPERATIVE PER LA COSTRUZIONE DELLE AGENZE DI PRENOTAZIONE DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	

Con i medesimi presupposti organizzativi va realizzata la presa in carico della cronicità e delle fragilità conseguenti a disabilità e a malattie rare (articolo 1, comma 3, lettera a, del decreto- legge n. 73/2024), per le quali deve essere prevista la **programmazione diretta e senza intermediazione dell'assistito o chi per esso degli accessi alle prestazioni coerenti con il piano personalizzato di assistenza**.

Con particolare riferimento alle malattie rare, va considerato quanto previsto dal Piano Nazionale Malattie Rare e dal Documento di riordino della Rete delle Malattie Rare Nazionale e Regionale, con specifico riguardo ai meccanismi di invio e accesso del paziente ai rispettivi Centri di Riferimento per le finalità di ridurre il tempo tra l'esordio dei sintomi e la presa in carico del malato.

Tipologie di accesso

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. In questo caso è obbligatorio definire la classe di priorità basata su un criterio clinico.

Possono essere considerati primi accessi anche quelli relativi a pazienti affetti da malattie croniche già diagnosticate che presentano una fase di riacutizzazione o l'insorgenza di un nuovo problema, non collegato alla patologia cronica per cui la persona è in carico. Anche se, in caso di **riacutizzazioni nell'ambito di un PDTA va garantita la continuità di cura presso la rete clinica di riferimento** e per tanto la visita va gestita su agende esclusive e può configurarsi anche come accesso successivo.

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) senza la necessità di specificare una classe di priorità. 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. Nei casi sopra descritti il medico prescrittore è tenuto a procedere con l'indicazione **"Altra tipologia di accesso" (A)** nella compilazione della prescrizione.

Tutte le visite di controllo, eventuali approfondimenti diagnostici e gli esami strumentali di follow-up e previsti nel percorso di presa in carico **devono essere prescritti e contestualmente prenotati dal medico che segue il paziente**, presso la medesima struttura/servizio o presso altra struttura/servizio ad essa collegata secondo protocolli condivisi nell'ambito della medesima rete clinica.

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

Si tratta di qualsiasi prestazione erogata dopo la prima visita, nell'ambito di un percorso clinico già avviato, come controlli, accertamenti o approfondimenti diagnostico-terapeutici e follow up.

Per accesso successivo possono configurarsi diverse casistiche:

- **presa in carico della cronicità,**
- **accesso di controllo a conclusione di un percorso clinico in risoluzione,**
- **accesso ripetuto** per una presa in carico breve in caso di patologie a lenta risoluzione.

Tale indicazione è valida anche per i pazienti che accedono in pronto soccorso e riguardano gli esami e le visite di controllo dell'evento che ha generato l'accesso in PS o eventuali esami per il completamento delle valutazioni cliniche.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti e piani aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

Il medico operante in una struttura privata accreditata che non sia autorizzato alla prescrizione tramite sistema DEMA provvede comunque all' invio alla rete clinica integrata per la successiva presa in carico in percorsi formalizzati tramite accordi definiti con la ASL di riferimento.

Condizioni speciali

Nella pratica clinica è 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 dalla Regione per gestire efficacemente tali casistiche assistenziali:

- 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.

Nell'ambito della definizione dei percorsi diagnostici (PDTA) si valuterà la possibile configurazione di dette prestazioni nelle agende interessate.

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. Tale classe in questo caso **determina l'intervallo temporale massimo entro il quale risulta clinicamente rilevante erogare la prestazione** ed è puramente indicativa. Indipendentemente dalla presenza dell'indicazione di priorità, la prescrizione classificata come "A" dovrà in ogni caso essere gestita come un accesso successivo e, pertanto prenotata sulle relative agende dedicate alla presa in carico.

Ulteriori modalità di accesso:

Alle modalità fin ora descritte, che si basano sulla prenotazione dell'impegnativa SSN presso il CUP e sulla generazione di un tempo di attesa tra il contatto e l'appuntamento, si aggiunge la **modalità di accesso diretto** per le prestazioni e i servizi di cui all'articolo 3, comma 1, lettera c, del decreto-legge n. 73/2024 ossia per i servizi della salute mentale incluse le dipendenze patologiche e per le prestazioni di assistenza consultoriale.

L'accesso diretto inoltre è previsto ad oggi, nella nostra Azienda, per le prestazioni dei laboratori analisi (tranne alcune eccezioni definite in ambito aziendale) e, come indicato dalle Linee di indirizzo ministeriali e regionali, per gli ambulatori infermieristici (prestazioni ambulatoriali).

Le **prestazioni di day service** (PAC/APA) vengono gestite tramite lista d'attesa interna codificata secondo i codici di priorità usati per il day hospital, l'attivazione del PAC/APA è sempre effettuata dallo specialista dopo una prima visita.

Ci sono poi gli accessi a chiamata all'interno di progetti di screening su popolazione bersaglio per la diagnosi precoce di patologie oncologiche o di altra natura cronico-degenerativa.

La prescrizione

La prescrizione di una prestazione sanitaria è l'atto che **trasforma il bisogno sanitario in domanda di servizi**. Come tale, rappresenta un momento fondamentale sia per la corretta schedulazione degli appuntamenti, sia per il monitoraggio della domanda e la programmazione complessiva dell'offerta.

La prescrizione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogabili a carico del SSR deve avvenire con ricetta dematerializzata introdotta dal DM 2 novembre 2011, salvo casi eccezionali nei quali la prescrizione può o deve avvenire in forma cartacea.

La ricetta è una certificazione, in quanto atto medico con implicazioni giuridiche civili e penali, economiche, medico legali e di responsabilità professionale, l'incompleta o non corretta compilazione o alterazioni apportate alla ricetta, oltre che costituire violazione delle regole di sistema, possono configurare illecito,

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti e piani aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

presuppone pertanto non solo il rispetto degli aspetti formali ma anche e soprattutto il rispetto dei principi di appropriatezza, efficacia ed efficienza.

Alcune prestazioni specialistiche possono essere erogate nell'ambito del SSN solo in presenza di determinate condizioni di erogabilità specificate nelle note riportate nel DPCM 12 gennaio 2017 e altre sono completamente a carico dell'assistito.

Sono escluse dalle prestazioni erogabili a carico del SSR:

- Certificazioni mediche (ad es. per uso assicurativo, porto d'armi, attività sportiva non agonistica non richiesta dalla scuola)
- Chirurgia estetica non conseguente a incidenti o malformazioni
- Medicine e terapie non convenzionali (es. omeopatia, agopuntura, osteopatia, chiropratica)
- Alcune prestazioni di medicina fisica e riabilitativa in assenza di patologie croniche o acute certificate

Nelle procedure di prescrizione e prenotazione di tutte le prestazioni ambulatoriali specialistiche garantite dal SSN **sono obbligatori**:

- l'indicazione della tipologia di accesso: primo accesso e gli accessi successivi;
- le classi di priorità per le prestazioni di primo accesso (U, B, D, P) e specificare "Altra tipologia di accesso" sulle richieste degli accessi successivi,
- il quesito diagnostico,
- eventuali note utili alla fine della scelta dell'agenda di prenotazione.

Per i dettagli sui codici di priorità e le relative modalità di prenotazione vedi *paragrafo 17*.

Nelle prescrizioni deve essere chiaro se trattasi di

- **prestazione in primo accesso**,
- **prestazione successiva** al primo accesso.

Le prestazioni successive al primo accesso devono essere prescritte dal professionista che ha preso in carico il paziente senza che sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione.

Si ribadisce che la **classe di priorità è obbligatoria per tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale esclusivamente per i primi accessi** tutto il resto va classificato come "**Altra tipologia di accesso**" senza la necessità di specificare una classe di priorità.

L'assenza di priorità o quesito diagnostico, nel caso di prestazioni di primo accesso, rende la **prescrizione non esigibile**.

Il ciclo di vita della prenotazione che si conclude con l'avvenuta erogazione della prestazione o la sua disdetta e la **registrazione di tale esito nella piattaforma**. La mancata registrazione dell'esito determina la "perdita" della prestazione in termini di rendicontazione e il ciclo della prenotazione rimarrà sospeso. La registrazione dell'esito compete al servizio erogatore.

La prenotazione può anche essere sospesa e rinviata a nuova data quando il paziente deve essere riprogrammato a causa della chiusura delle agende (ad esempio per assenza dello specialista, guasti ai macchinari o altre esigenze organizzative). In questo caso non rientra la mancata presentazione dell'assistito all'appuntamento (a meno che non sia stata concordata con il servizio).

In tali casi, per garantire il riposizionamento in tempi brevi – soprattutto nelle agende caratterizzate da lunghi tempi di attesa è possibile prevedere una seduta straordinaria o inserire in **overbooking** le prestazioni sospese, anche in altre sedi aziendali se il problema che ha generato la sospensione dell'agenda si protragga nel tempo, secondo opportuni criteri di priorità e rispettando le esigenze degli assistiti (*vedi I.O. 01/26 - P.O. 03/26 La gestione dei disservizi contenuta nel Manuale Operativo per la gestione delle Case della Comunità*).

L'utente che non ha intenzione di presentarsi all'appuntamento fissato deve disdire la prenotazione in tempo utile (almeno 24 ore prima), al fine di permettere all'Azienda di recuperare il posto e renderlo disponibile.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti e piani aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO Edizione: 1 del 10/07/26	SISTEMI DI GOVERNANCE	 REGIONE LAZIO Pag. 12 a 23
	LINEE OPERATIVE PER LA COSTRUZIONE DELLE AGENDE DI PRENOTAZIONE DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	

Sono previste sanzioni a carico degli utenti che non disdicono la prenotazione entro i tempi stabiliti attraverso la richiesta di pagamento del corrispettivo del ticket dovuto per la prestazione non erogata, anche in caso di esenzione, a meno che non si sia trattato di cause di forza maggiore.

Appropriatezza prescrittiva

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.

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) previo la definizione di appositi protocolli definiti in ambito aziendale e delle indicazioni definite da linee guida e Buone Pratiche Clinico Assistenziali (BPCA) approvate a livello regionale.

11. COSTRUZIONE E MANUTENZIONE DELLE AGENDE

Alla base del processo di corretto flusso di primo accesso o accesso successivo vi è la definizione puntuale dell'agenda di prenotazione. L'agenda è lo strumento informatico utilizzato per gestire in maniera trasparente l'accesso alle prestazioni sanitarie rivolte ai pazienti esterni (prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio).

Nella pratica si concretizza in un calendario definendo uno spazio temporale di erogazione. Poiché ogni ***prestazione è caratterizzata da un tempo predefinito di esecuzione*** (tempo medio per ogni prestazione, correlato alla branca specialistica e alle attività diagnostiche e comprensivo della fase di preparazione, erogazione della prestazione, refertazione e registrazione dell'esito, anche per consentire la valorizzazione corretta delle prestazioni in orario aggiuntivo) una volta definito il tempo di apertura del servizio, sulla base delle risorse umane e logistiche disponibili, è possibile ***misurare l'offerta sanitaria in termini di tempo lavoro e numerosità (volumi) delle prestazioni prenotabili*** nell'agenda stessa.

L'equilibrio nella stratificazione delle fasce di prenotazione (prime visite con diversi codici di priorità, accessi successivi e agende esclusive per i percorsi integrati di cura) va calibrato sulla base dei bisogni di salute della popolazione, in particolar modo per le agende dedicate alla gestione della cronicità (incidenza e prevalenza nel caso di malattie croniche, periodicità dei follow up come da linee guida e dato storico di attività), meno prevedibile il dato sulle prestazioni per bisogni occasionali (trend basati su dati storici, stagionalità e altri fattori).

In ogni caso lo scorretto dimensionamento dei primi accessi si palesa con l'aumento dei tempi di attesa, anche se può avere un peso sui volumi delle richieste l'inappropriatezza delle prescrizioni.

Nelle discipline mediche più che in quelle chirurgiche vi è una naturale tendenza all'aumento della quota di "presa in carico", ma anche le visite successive possono presentare un range di inappropriatezza dovuta alla difficoltà di affidare il paziente al medico curante e alla propensione del paziente stesso a cercare e in certi casi ad esigere il rassicurante rapporto con lo "specialista", a prescindere talvolta dall'effettiva necessità clinica di monitoraggio specialistico e quindi nella difficoltà a rispettare la cadenza dei follow up secondo quanto indicato dalle linee guida.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti e piani aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

Esempio estrazione dati SDC Cardiologia (gestione cronicità), i dati provengono da **7 punti erogativi** (nodi della rete primo e secondo livello) e riguardano l'anno 2025 (dato medio mensile).

I dati evidenziano un volume di attività mensili pari ad una media di **730 nuove prese in carico mensili** (primo accesso) e **2200 controlli** (accesso successivo). A questi vanno aggiunti i dati inerenti i processi di telemedicina: una media di 2200 automonitoraggio e 1500 contatti dal centro erogatore verso l'assistito.

Si può notare come i primi accessi **sono un terzo rispetto agli accessi successivi** e probabilmente questi ultimi non sempre vengono registrati in cartella.

Invertire questa tendenza è un processo attivo, che comporta la messa a punto e l'implementazione di specifiche strategie che vedono la definizione del Progetto Individuale di Salute con la gestione da parte di un'equipe multidisciplinare e gli strumenti di telemedicina le principali leve di controllo.

In particolare in ambito ospedaliero i tempi lavoro devono considerare anche le consulenze per i ricoverati, in particolar modo per la diagnostica, una scorretta calibrazione dei tempi dedicati può causare un ritardo nell'inquadramento diagnostico e nella dimissione dell'assistito.

Nello specifico, le agende dovranno essere programmate al fine di avere slot disponibili per U, B, D, in base ai dati disponibili relativi alla domanda e in relazione ai tempi di erogazione previsti. La stratificazione è volta soprattutto a garantire una corretta distribuzione degli slot di prenotazione tra le diverse classi di priorità, dando priorità ai posti per le priorità B e D e individuare nella **disponibilità residuale delle agende** i posti per le priorità **P**. Tutti gli slot vengono configurati e aggiornati percentualmente secondo indicazioni Regionali.

Per poter effettuare correttamente la gestione separata dei primi accessi rispetto ai successivi e per individuare il miglior "dimensionamento" delle agende ai fini gestionali, è necessario gestire l'agenda in modo tale da:

- distinguere i posti assegnati alle differenti tipologie di accesso,
- gestire i pazienti in lista in maniera distinta,
- distinguere i posti riservati a percorsi specifici cui fanno riferimento determinate richieste con la prenotabilità diretta da parte di specialisti per prestazioni che concorrono a definire il percorso diagnostico terapeutico dell'assistito,
- rilevare separatamente i tempi di attesa assegnati alle diverse tipologie di utenti.

In ogni caso l'agenda deve comprendere:

- la struttura erogante e sua ubicazione (sede dell'ambulatorio, equipe o medico titolare);
- la classificazione (es. branca specialistica);
- gli orari di servizio o i periodi di apertura e chiusura;
- l'equipe (l'utilizzo di agende nominative è previsto solo in casi eccezionali in quanto il sistema di rete clinica implica la possibilità di ruotare su più sedi anche in sostituzione dei colleghi. L'agenda nominativa implica infatti la chiusura in caso di ferie/malattia degli specialisti)
- le prestazioni che possono essere prenotate/erogate, con indicazione delle possibili preparazioni per l'utente e/o avvertenze per l'operatore CUP per la prenotazione della prestazione (note operatore/paziente);
- i raggruppamenti dei pacchetti di prestazioni corretti e coerenti con l'attività ambulatoriale;
- limitazioni pazienti: vincolo di sesso o vincolo di età;
- il regime di erogazione della prestazione e, in generale, gli elementi necessari al calcolo dell'importo della prestazione;
- la tipologia (primo accesso e accesso successivo) e priorità di accesso.

Il monitoraggio continuo delle agende e dei tempi di attesa deve consentire una rimodulazione dell'offerta costante e calibrata ed un utilizzo delle prestazioni accessorie mitigato e limitato alle reali necessità.

Esistono diverse tipologie di agende, come sotto riportato:

- **Agenda di prenotazione** che prevede fasce orarie definite con relativo calendario che comprendono la durata di preparazione e erogazione delle prestazioni, in questo caso al termine del percorso va registrato l'esito della prenotazione stessa (erogata, sospesa ...).
- **Agenda di sola registrazione** che sono utilizzate in contesti specifici che prevedono l'accesso diretto e sono da riservare ad una casistica limitata, ad esempio prestazioni di day service che prevedono in ogni caso una lista d'attesa tramite registri interni controllati dalla Direzione Sanitaria.

Overbooking

L'overbooking delle agende è la pratica di vendere o prenotare più appuntamenti rispetto alla reale capacità disponibile. Questa modalità è applicata in tutte le situazioni in cui sia necessario inserire una prestazione a completamento della visita o nel caso in cui la prestazione sia stata sospesa per cause di forza maggiore. In particolare la modalità forzata evita di ricorrere alla registrazione diretta, che comporta una non corretta valorizzazione degli indicatori di attività e consente di garantire al paziente l'erogazione tempestiva della prestazione, evitando di doverlo indirizzare nuovamente al CUP per una nuova prenotazione, con conseguenti prolungati tempi d'attesa e ritardo nell'inquadramento diagnostico.

Tutte le casistiche di utilizzo della forzata risulteranno nei piani di lavoro come "forzature" e saranno equiparate a una prenotazione (stato pianificato/programmato), cui dovrà sempre seguire l'operazione di cambio stato in erogato/refertato.

L'overbooking può essere utilizzato in **maniera limitata** e su fasce orarie che consentano flessibilità (ad esempio utilizzo di tempo lavoro già dedicato ad attività per gestione delle attività di day service e/o di telemedicina) oppure calcolato sui tempi stimati della quota no show.

Overbooking

Prestazioni erogate durante la visita al paziente già prenotato per una determinata prestazione e necessarie al completamento diagnostico, in particolare se inclusa nel PNGLA. Ad esempio, un paziente prenotato per una visita pneumologica che esegue anche una spirometria, un paziente prenotato per una visita otorinolaringoiatrica che effettua anche l'esame audiometrico, oppure un paziente sottoposto a ecografia mammaria per il quale si rende necessaria l'esecuzione di una mammografia.

Prestazioni erogate quando il paziente deve essere riprogrammato in tempi brevi a causa della chiusura delle agende (ad esempio per assenza dello specialista, guasti ai macchinari o altre esigenze organizzative).

Eventuale copertura quota no show.

Altre condizioni particolari sono rappresentate dal **Day Service Ambulatoriale**, un modello multidisciplinare per la gestione di casi complessi, che prevede l'accorpamento di un pacchetto di prestazioni, di tipo chirurgico (APA) o medico (PAC diagnostico o di follow up) orientato alla presa in carico rapida e alla deospedalizzazione. In questo caso l'accesso al servizio è determinato da una lista d'attesa definita secondo i criteri previsti per i ricoveri programmati e l'impegnativa viene registrata al momento dell'accesso per poi, al completamento degli esami compresi all'interno del percorso essere chiusa con l'erogato sulle prestazioni effettivamente consumate. L'accesso alla lista avviene dopo visita specialistica (solo lo specialista può attivare il percorso quindi il medico di medicina generale deve comunque richiedere una prima visita) e la raccolta del consenso informato del paziente.

Altra situazione da attenzionare è quella delle **prestazioni multiple**, in questo caso se il servizio è ad accesso libero si registrano volta per volta se è su prenotazione si prenota esclusivamente il primo accesso al ciclo, garantendo la corretta schedulazione, rendicontazione, monitoraggio e lasciando l'organizzazione del resto delle sedute al servizio che riceve il paziente in trattamento.

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO Edizione: 1 del 10/07/26	SISTEMI DI GOVERNANCE	 REGIONE LAZIO Pag. 15 a 23
	LINEE OPERATIVE PER LA COSTRUZIONE DELLE AGENDE DI PRENOTAZIONE DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	

Esistono anche diversi canali di accesso:

- agenda “pubblica” prenotabile dall’assistito tramite qualsiasi tipologia di operatore CUP (di sportello, call center, portale web, farmacia);
- agenda “esclusiva” prenotabile solo da operatori dello sportello, o solo da operatori/specialisti abilitati sulla base di percorsi di presa in carico individuati a livello aziendale;

Le **agende di primo accesso**, per le quali è obiettivo la **soddisfazione del quesito clinico offrendo un posto prenotabile in tempi contenuti**, in genere sono per la gestione di bisogni occasionali o propedeutiche alla presa in carico nei percorsi integrati di cura.

Le **agende di presa in carico** sono per i controlli/follow-up/cronicità, ma anche per prenotare prime visite di diversa specialità chieste a seguito del primo accesso.

Le Agende sono inoltre lo strumento attraverso il quale è possibile governare l’utilizzo dell’offerta **resa disponibile dalla disdetta delle prestazioni o dalle mancate presentazioni dei cittadini**.

Per assicurare il massimo utilizzo degli slot configurati, si adottano meccanismi di liberazione degli slot riservati alle classi di priorità più brevi nei giorni antecedenti (4gg) alla seduta. Analogo meccanismo è previsto anche nelle agende esclusive (con tempi adeguati alle necessità dei servizi, vedi ad esempio posti riservati al pronto soccorso) per evitare che i posti se non prenotati restino posti inutilizzati.

Questo meccanismo consente di utilizzare al meglio la capacità di offerta dell’Azienda, anche in momenti particolari dell’anno o per prestazioni per le quali la domanda è oscillante e non prevedibile a priori.

Attivazione, sospensione e chiusura delle agende

L’attivazione, la sospensione, il trasferimento o la cessazione di un ambulatorio avviene per scelte gestionali aziendali o su approvazione di un’istanza presentata da parte dello specialista.

Nel primo caso è definita nell’ambito della cabina di regia per la gestione delle liste d’attesa e si basa su una rimodulazione/riequilibrio dell’offerta oppure è causata dalla riduzione di risorse.

Nel secondo la richiesta di chiusura di un ambulatorio deve essere presentata dalla Struttura erogante al Direttore Medico di Presidio/Distretto che provvederà successivamente a darne comunicazione alla Direzione Sanitaria che, sentito il RUA, autorizza la chiusura/sospensione e ne dà notifica e al settore deputato alla gestione delle agende secondo apposite procedure vigenti.

È fatto **divieto procedere alla sospensione/chiusura non giustificata e non programmata delle agende**.

12. LIBERA PROFESSIONE E PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

Oltre alle agende destinate all’attività istituzionale, all’interno della rete CUP, devono essere configurate, le agende per la libera professione e quelle del privato accreditato convenzionato, questa modalità di gestione delle attività sanitarie mira a rendere possibili il confronto (volumi di prestazioni e tempi di attesa) fra i diversi regimi di erogazione, con l’obiettivo di dare garanzie al cittadino che, la scelta di uno dei due regimi, sia conseguenza di una libera scelta e non di carenza dell’organizzazione dei servizi resi nell’ambito dell’attività istituzionale.

Per le prestazioni da erogarsi in regime **libero professionale** si rimanda all’apposito regolamento vigente, ma si specifica che la messa in uso della piattaforma regionale di telemedicina consentirà la valorizzazione (come tempo lavoro e non come codice CUR) delle attività di telecontrollo, telemonitoraggio e teleconsulto andando a fornire ulteriori elementi per la valutazione delle attività istituzionali verso quelle in libera professione.

Le attività svolte in **regime di prestazioni aggiuntive** ricadono nelle agende istituzionali e per il cittadino non determinano alcuna differenza ma determinano un impegno orario dell’équipe “aggiuntivo” a quello contrattualmente dovuto remunerata dall’Azienda ai professionisti con emolumenti “aggiuntivi”.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti e piani aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	SISTEMI DI GOVERNANCE	 REGIONE LAZIO
	LINEE OPERATIVE PER LA COSTRUZIONE DELLE AGENDE DI PRENOTAZIONE DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	
Edizione: 1 del 10/07/26		Pag. 16 a 23

Tale istituto è di norma utilizzato temporaneamente nell'ambito e per la realizzazione di un progetto che definisca in maniera puntuale obiettivi, tempi e volumi di attività. In questo caso viene utilizzata per la **riduzione dei tempi di attesa sulla base di specifici progetti volti all'abbattimento delle prestazioni critiche**. Si ricorda che tale istituto non può essere utilizzato quale strumento di pianificazione ordinaria dell'attività istituzionale e, di norma, deve essere attivato dopo aver utilizzato ogni altro istituto contrattuale disponibile e/o messo in atto modalità organizzative temporanee in ambito aziendale.

Per tanto l'attività aggiuntiva viene autorizzata dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, su presentazione di un Progetto di Attività Aggiuntiva su proposta proattiva del Direttore di Dipartimento/Struttura o in seguito a specifica richiesta della stessa Direzione Strategica.

Il progetto deve dettagliare:

- il tipo di attività prodotta e/o le prestazioni interessate,
- il setting di erogazione e il tempo medio per ogni prestazione indicata,
- le professionalità coinvolte e le tecnologie impiegate,
- i giorni e le fasce orarie di attività aggiuntiva in relazione a quelle di orario ordinario,
- i volumi di produzione attesi e gli indicatori di risultato,
- i costi mensili previsti e la durata del progetto.

La modalità di remunerazione sarà in ogni caso strettamente legata al raggiungimento degli obiettivi in termini volumi di prestazioni erogate (produzione attesa sul tempo valorizzato ossia prestazioni effettivamente erogate per il tempo predefinito per ciascuna prestazione sull'orario di lavoro effettivamente prestato risultante dalle specifiche timbrature effettuate) considerando anche il possibile margine di inefficienza (definito sulla base della complessità della casistica).

Deve inoltre definire la matrice delle responsabilità indicando anche le competenze nel monitoraggio dei **tempi lavoro/produttività sulla base dei tempi medi delle prestazioni definiti in ambito aziendale**. A tale scopo l'area risorse umane deve interfacciarsi con le Direzioni competenti e con il RUA per la verifica del raggiungimento degli obiettivi di risultato ai fini della remunerazione (obiettivo di performance prefissato in termine di erogazione prestazioni/tempo utilizzo ambulatori e personale). La Direzione Strategica può riservarsi di effettuare delle verifiche a campione sulla coerenza degli obiettivi previsti nel progetto e quanto effettuato e prodotto.

13. RETI CLINICHE E PERCORSI INTEGRATI DI CURA

Le reti vanno pensate come l'infrastruttura su cui si muovono i PPDTA, le strade percorse dall'assistito sulla base delle necessità di salute espresse. Il modello prevede una rete integrata della specialistica sviluppata secondo un sistema declinato in livelli di complessità diagnostica, terapeutica e assistenziale e di intensità di cura, dove il primo livello è rappresentato, in linea generale, dall'ambulatorio dotato di possibilità diagnostiche di base, e il secondo livello, dall'ambulatorio dotato di maggiori potenzialità diagnostiche e/o della possibilità di attivare percorsi in day service e day hospital.

Questi livelli sono collegati e prevedono la possibilità di una presa in carico condivisa del paziente cronico (scambio bidirezionale) che viene inviato nel setting più appropriato secondo la fase e la stadiazione/il grading della malattia.

Le reti integrate (tratto da Deliberazione 520/26 e nuovo Atto Aziendale)

Si definisce anche per le reti clinico assistenziali un modello hub e spoke che mette in rete gli ospedali sia tra di loro sia con gli ambiti territoriali, inclusi gli ambulatori della specialistica convenzionata. Il sistema è declinato per livelli di complessità diagnostica e terapeutica, intensità di cura e complessità assistenziale.

Questi livelli sono collegati e prevedono la possibilità di una presa in carico condivisa del paziente cronico (scambio bidirezionale) che viene inviato nel setting più appropriato secondo la stadiazione/il grading della malattia in un'ottica di prossimità e sicurezza delle cure.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti e piani aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

A seguire un esempio:

Specialistica	Primo livello (CdC spoke e CP)	Secondo livello (CdC HUB)	Terzo livello (CdC HUB selezionate e/Ospedali)
Rete cardiologica	Visita e ECG holter	Ecocardiografia Prova da sforzo, possibilità PAC diagnostici e somministrazione farmaci	Ricovero e diagnostica ad elevata complessità e interventistica

Ogni dipartimento è stato dotato di articolazioni o funzioni deputate alla gestione dei percorsi di “integrazione ospedale territorio” e a cui è affidato il governo della rete specialistica corrispondente, sia in ambito ospedaliero che in ambito territoriale, e dei relativi PDTA.

L’interfaccia operative sul territorio è costituita dal Dipartimento della funzione territoriale.

Questa organizzazione facilita i percorsi di presa in carico sia nella fase di dimissione sia nella fase di ammissione di pazienti già noti e presi in carico nei percorsi per la cronicità. La distribuzione delle attività sarà frutto di una stratificazione dei bisogni della popolazione, dei dati demografici e della connotazione del territorio (aree disagiate). Tra i nodi della rete si evidenzia il ruolo delle CdC quale modello organizzativo che rende concreta l’assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. Il medico del ruolo unico e l’infermiere di famiglia e di comunità possono contribuire alla gestione dei percorsi attraverso attività diagnostica di base gestita in raccordo con gli specialisti (telereferto e teleconsulto) e attività di teleassistenza e telecontrollo.

Le Farmacie aderenti si aggiungono a questo nucleo di nodi erogativi al fine di ridurre maggiormente i tempi di attesa per alcune tipologie di prestazioni (holter, elettrocardiogrammi ecc).

TRANSITO TRA I NODI DELLA RETE

L’assistito **accede come prima visita in qualsiasi punto della rete di erogazione** (rete clinica integrata, vedi paragrafo 13) incluso gli ambulatori degli specialisti convenzionati e i nodi rappresentati dagli **accreditati convenzionati**, da lì si sposta nei diversi livelli erogativi della stessa rete sempre come **accesso successivo**. Per tanto tutti gli specialisti, inclusi quelli che operano nel privato accreditato, possono inviare ad altri nodi della rete l’assistito per completamento diagnostico, approfondimenti o per facilitare la presa in carico di prossimità, utilizzando le agende esclusive riservate agli accessi successivi.

Per tanto i referenti delle diverse reti cliniche devono **specificare quale è il canale di accesso** (mail, contatto telefonico, supporto dalle COT/PUA).

Nel caso dei privati accreditati, nelle more che la regione definisca le modalità di prescrizioni delle visite successive si utilizzerà una richiesta via mail dove vengono dettagliate le motivazioni della richiesta e i contatti della persona, sarà lo specialista che prende in carico il caso che procederà con la prescrizione.

I PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI

Nell’ambito della gestione delle patologie cronico-degenerative e oncologiche, al fine di ottimizzare la programmazione sanitaria regionale, deve essere definito e garantito l’accesso alle prestazioni presenti nei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA), attraverso agende dedicate. La gestione di tali agende può essere effettuata direttamente dallo specialista di riferimento o dalla struttura appositamente dedicata individuata a supporto del processo.

La gestione efficiente delle agende richiede l’individuazione delle prestazioni da inserire in liste di attesa distinte e agende esclusive, in particolare quando tali prestazioni sono afferenti a specifici percorsi diagnostico terapeutici. Per tali prestazioni è necessario prevedere, da parte delle strutture eroganti, una specifica programmazione, affinché i punti di prenotazione possano ritrovarle all’interno del Sistema delle prenotazioni. Anche la rilevazione di tali prestazioni è necessaria per conoscere la complessiva attività svolta dalle strutture eroganti e per valutarne la coerenza con i protocolli assistenziali e con le linee guida.

Nella Regione Lazio, il **codice tracciante** (o prestazione tracciante) è un identificativo inserito dal medico prescrittore (Medico di Medicina Generale o specialista) nella ricetta dematerializzata. Serve a prendere in carico il paziente all’interno di uno specifico Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) e ad accedere alle agende dedicate per evitare liste d’attesa aspecifiche.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti e piani aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

Sono al momento attivi codici traccianti per BPCO, diabete, OSAS, malattie endocrine e neoplasie neuroendocrine, demenza.

L'accesso al PDTA del paziente, potrà avvenire attraverso la prescrizione, da parte delle seguenti figure professionali:

- Medico di Medicina Generale (MMG),
- Medico specialista ambulatoriale o ospedaliero,
- Medico di pronto soccorso.

della prestazione, in modalità dematerializzata:

- prima visita specialistica, preferibilmente in classe di priorità Breve o Differibile,
- se presente va inserito il codice tracciante (o prestazione tracciante) altrimenti il medico prescrittore specificherà come nota "per arruolamento PDTA xxx"
- il quesito diagnostico.

Su specifici percorsi concordati e nel rispetto della fattibilità, il MMG potrà eventualmente effettuare richiesta di prestazioni multiple tramite apposito codice tracciante (visita + indagine diagnostica quando la stessa è effettuata dallo stesso specialista) conformemente alle indicazioni regionali (vedi PDTA BPCO e Diabete).

Inoltre precedentemente alla prima visita il medico potrà richiedere un data set minimo di esami ematici utili al primo inquadramento diagnostico.

Tali azioni verranno concordate nella fase di condivisione del PDTA con apposito gruppo di lavoro.

La visita sarà prenotabile su agende dedicate riconoscibili tramite codice tracciante e/o specifica descrizione. Tutte le successive prestazioni previste nel PDTA dovranno essere prescritte, in modalità dematerializzata, dallo specialista e prenotate su agende di continuità interne, visibili, non prenotabili agli sportelli ma solo da operatori abilitati all'utilizzo delle stesse. Tutte le prescrizioni previste nel PDTA, sono ricomprese in un pacchetto di prestazioni, secondo indicazioni Regionali, e dovranno contenere la prestazione tracciante. Generalmente da questi raggruppamenti sono esclusi gli esami di laboratorio, eseguiti in accesso diretto.

I codici traccianti verranno utilizzati in ambito regionale per le reti cliniche interaziendali ai fini della prenotazione sui diversi nodi della rete interaziendale per i primi accessi e gli accessi successivi.

Lo specialista per la definizione diagnostica potrà utilizzare anche PAC diagnostici e di follow up se configurati, in particolare modo per i PDTA dove non è ancora stato individuato un codice tracciante.

Se il codice tracciante è presente verranno definiti percorsi interni nell'ambito del PDTA tramite PAS concordati con i servizi diagnostici e gli altri specialisti coinvolti.

In entrambi i casi la prenotazione della prima visita può avvenire direttamente al CUP (solo aziendale, rimangono escluse le farmacie) o organizzata tramite sistemi interni quale le COT, i PUA o direttamente dal centro di riferimento della rete clinica interessata.

Dopo la prima visita e accertata la diagnosi viene definito il PRIS dell'assistito e conseguentemente si configura l'agenda di follow up (tutte le prescrizioni e i controlli vengono gestiti dal centro di presa in carico). Il MMG interviene nel percorso in maniera attiva come concordato nella fase di stesura dei PPDTA, e, oltre a quanto definito in fase di condivisione del percorso sono di sua competenza le prescrizioni dei controlli che prevedono un follow up "semplice" (esami ematici e visita) annuali. Tutte le richieste di cui sopra, tranne la prima effettuata dal MMG (con e senza codice tracciante) dove deve essere inserito un codice di priorità (ad esclusione del codice U), vanno codificate con "Altra tipologia di accesso".

Al fine di garantire quanto sopra nella fase di definizione dei PDTA vanno stabiliti i fabbisogni di prestazioni e concordati i relativi percorsi interni con i servizi erogatori.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti e piani aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO Edizione: 1 del 10/07/26	SISTEMI DI GOVERNANCE	 REGIONE LAZIO Pag. 19 a 23
	LINEE OPERATIVE PER LA COSTRUZIONE DELLE AGENDE DI PRENOTAZIONE DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	

Per la definizione di PDTA si fa riferimento alla delibera 520/2026 nonché al nuovo Atto aziendale dove per PPDTA si intende **un percorso di cura integrato che va dalla fase di prevenzione al fine vita e prevede la partecipazione attiva del MMG (per i quali verranno applicate le condizioni definite dal ACN e AIR), l'utilizzo del PRIS e degli strumenti di telemedicina come parte integrante del processo.**

Per gli altri percorsi, non configurati come PDTA, ma comunque concordati tra le parti, condivisi con la Direzione strategica e formalizzati con apposita delibera, si procede alla configurazione delle agende con le modalità sopra indicate.

14. AGENDE DI TELEMEDICINA

Le **televisite** rappresentano un'importante evoluzione nel campo della medicina, grazie all'integrazione delle tecnologie digitali e possono rappresentare un'alternativa alle corrispondenti attività in presenza mantenendo o incrementando la qualità del processo clinico-assistenziale, riducendo i tempi di attesa e favorendo la medicina di prossimità.

La Televisita permette ai pazienti di consultare il proprio medico a distanza, utilizzando piattaforme di videochiamata sicure e protette e offre numerosi vantaggi, tra cui la comodità di evitare spostamenti, rendendola particolarmente utile per le persone con difficoltà di mobilità, per chi vive in aree remote o per coloro che necessitano di controlli frequenti. Inoltre, consente di facilitare il follow up dopo le dimissioni ospedaliere e, indirettamente, di ridurre i tempi di attesa grazie all'ottimizzazione degli accessi per visite di controllo. Le **televisite hanno apposito codice CUR e devono seguire le stesse regole applicate alle visite di controllo e devono essere inserite in tutti i contesti dei percorsi clinici.**

Le altre attività di telemedicina, pur se non ancora codificabili tramite CUR possono essere istituzionalizzate tramite l'utilizzo di agende sulle piattaforme in uso e **rese tracciabili come attività proprie dei percorsi di cura.** Questo consente la **valorizzazione delle attività svolte come tempo di cura** in particolare anche di quelle condotte dalle professioni sanitarie e sociali.

Il **teleconsulto** (sincrono o asincrono) è un atto medico in cui due o più medici o attraverso il coinvolgimento di team multidisciplinari interagiscono a distanza, per esaminare e confrontarsi sulla situazione clinica di un paziente, basandosi primariamente sulla condivisione di tutti i dati clinici e i referti riguardanti il caso specifico. Tutti i suddetti elementi sono condivisi per via telematica utilizzando sistemi tecnologici certificati che consentono la comunicazione sicura a distanza e può svolgersi anche in modalità asincrona.

L'interazione tra medici, permette di migliorare le scelte diagnostiche e terapeutiche e rende più efficienti ed efficaci i percorsi di cura, garantendo un appropriato accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale. Va per tanto incentivato l'utilizzo del teleconsulto in particolare per le prestazioni che possono risultare particolarmente critiche in termini di inappropriata prescrizione.

Le forme di **teleassistenza**, di **telecontrollo** e **telemonitoraggio** fanno parte di quelle azioni di medicina proattiva necessarie al fine di limitare complicanze ed evitare ricoveri impropri in particolar modo favorendo l'aderenza terapeutica e azioni di self management.

PRINCIPALI APPLICATIVI IN USO	
SMART DIGITAL CLINIC (SDC)	Cartella ambulatoriale informatizzata specifica per cronicità maggiori e generica per tutte le altre specialistiche. Consente la gestione PRIS, attività di telemedicina, condivisione di informazioni tra specialisti e ha APP di messaggistica e automonitoraggio.
DRUGPIN	Clinical Decision Support System (CDSS) supporto alla gestione e ottimizzazione delle terapie.
SISMED	Portale della prescrizione elettronica e cartella ambulatoriale.
TICURO	Piattaforma Regionale di Telemedicina moduli televisita, telecontrollo, teleassistenza e teleconsulto.
LAZIOADVICE	Piattaforma in uso per i teleconsulti in ambito di strutture ospedaliere.
CEE	Cartella informatizzata ospedaliera e ambulatoriale.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti e piani aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

15. STRUTTURA DELLE AGENDE E ACCESSO ALLE RETI INTEGRATE

Nell'ambito della gestione della policronicità e tenendo conto delle peculiarità delle reti coinvolte, quindi tenendo conto del livello di complessità e della capacità ricettiva dei servizi e del ruolo all'interno dei diversi percorsi, si devono prevedere agende codificate secondo la seguente configurazione:

1	Slot dedicati all' urgenza definiti in ambito distrettuale in maniera congrua al fabbisogno e prenotabili attraverso il canale dedicato "Doctor Cup" direttamente dai prescrittori. Gli stessi se non prenotati entro i limiti previsti (72 ore) vengono resi disponibili.
2	Slot dedicati a primi accessi (prime visite o prime indagini diagnostiche) con priorità B, D e P, previsti in numero congruo in tutti i nodi della rete, secondo necessità e nel rispetto dei parametri indicati dalla Regione, con particolare attenzione per l'indicatore definito per le P. Sono prenotabili da CUP. Anche in questo caso gli slot se non prenotati entro i limiti previsti (generalmente 4 gg) vengono resi disponibili.
3	Slot dedicati agli accessi successivi (visita successiva) e codificati come "Altra tipologia di accesso", a gestione esclusiva dello specialista (quindi da lui prenotati) e previsti in numero congruo in tutti i nodi di erogazione.
4	Slot dedicati all'invio degli assistiti in dimissione (da reparto di degenza o da reparto) e non configurabili come consulenze necessarie alla chiusura dei percorsi (quelle vanno eseguite come consulenze interne) ma previste come controlli a distanza (agende esclusive su prenotazione tramite COT o prenotate direttamente dai centri richiedenti), anche in questo caso gli slot se non prenotati entro i limiti previsti vengono resi disponibili. In questa casistica rientrano anche le consulenze per i medici dell'ambulatori di assistenza di prossimità presenti nelle Case di Comunità e gli Ospedali di Comunità per i pazienti gestiti in accesso libero o in dimissione.
5	Vanno attivate agende di raccordo tra i nodi della rete anche con gli accreditati convenzionati qualora la visita di primo accesso avvenga in queste strutture. Questi slot potrebbero rientrare nella casistica al punto precedente.
6	Slot dedicati ai PDTA o ai percorsi clinici propri della branca prevalente nella gestione del percorso, secondo quanto già descritto in merito ad accesso con o senza codice tracciante ma comunque gestite con agende esclusive (i controlli possono essere gestiti su agende dedicate o rientrare negli slot sopra indicati ma se presente va sempre specificato codice tracciante o altrimenti inserita la apposita nota). Anche in questo caso gli slot se non prenotati entro i limiti previsti vengono resi disponibili.
7	Slot per esami diagnostici e visite specialistiche dedicati ai PDTA o ai percorsi clinici a supporto di altri specialisti (vedi ad esempio cardiologia versus PDTA diabete). Possono essere generici, quindi il servizio erogante li mette a disposizione degli altri professionisti senza definire slot per il singolo percorso, questa modalità consente di ottimizzare gli spazi. Vengono prenotate tramite accordi tra i servizi con agende esclusive su prenotazione diretta dai centri richiedenti, anche in questo caso gli slot se non prenotati entro i limiti previsti vengono resi disponibili.
8	Percorsi interni per categorie fragili (rete dama, rete malattie rare, malattie oncologiche, detenuti ecc), possono essere generici o funzionali alla specifica fragilità e vengono prenotate come da apposite deliberazioni aziendali (vedi i Pacchetti Ambulatoriali Semplici -PAS già in uso).
9	Tutte le agende per la gestione dei percorsi clinici devono prevedere slot per attività di telemedicina. Al momento sono tracciabili con codice CUR e quindi prenotabili a CUP solo le televisite che rientrano tra le visite successive. Le altre agende vanno comunque configurate sulla piattaforma regionale al fine di avere la tracciabilità e la valorizzazione (temporale) delle attività, incluse le attività di teleassistenza per le professioni sanitarie e sociali.
10	Spazi temporali per le attività di day service e per i pacchetti di prestazioni multiple.

Tutti gli slot di cui sopra se non utilizzati entro un tempo concordato con la segreteria CUP vanno resi disponibili e rimessi a sistema a CUP ordinario.

16. PIANO ATTUATIVO

- Definizione dei nodi della rete e identificazione dei livelli (sulla base delle prestazioni erogabili nei diversi ambulatori).
- Stratificazione dei bisogni di salute e conseguente configurazione delle agende sulla base dello schema riportato nel documento:
 - le agende devono includere prime visite, visite successive incluse prestazioni in telemedicina (che prevedano l'inserimento per assistiti del punto di erogazione interessato ma anche per le richieste proveniente dagli altri nodi o da altri servizi aziendali), eventuali attività in overbooking e ad accesso libero.
- Nel caso di PDTA/percorso clinico formalizzato definizione dei fabbisogni di prestazioni diagnostiche/specialistiche ulteriori a garanzia della fase diagnostica e di follow up.
- Definizione delle connessioni tra nodi (canali mail, contatti telefonici) e dei canali di accesso per la prenotazione di visite successive sia in continuità assistenziale (dimissioni) che per approfondimenti (passaggio al livello superiore della rete) o per la presa in carico di prossimità.
- Definizione delle "agende" per attività di telemedicina quali teleconsulto, teleassistenza, telemonitoraggio e telecontrollo.
- Monitoraggio liste d'attesa e ricalibrazione delle agende.
- Monitoraggio e valutazione indicatori di processo e esito dei PDTA (in particolare indicatori NSG), pianificazione azioni di miglioramento.

17. SCHEDE SINOTTICHE

VALIDITÀ PRESCRIZIONI, CLASSI DI PRIORITÀ E AMBITI DI GARANZIA

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.

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.**

La **validità della prescrizione** indica il tempo massimo che l'utente ha per prenotare la prestazione dalla data di emissione della prescrizione. A decorrere dal 1° febbraio 2026 è variata la validità delle ricette dematerializzate per le **prescrizioni di primo accesso**, come di seguito rappresentato:

Priorità	Validità	Prenotazione
U (Urgente)	10 giorni	Il prescrittore procede direttamente alla prenotazione tramite DOTTORCUP. Qualora sia oggettivamente impossibilitato la prenotazione potrà essere gestita sul Sistema ReCUP
B (Breve),	20 giorni	Prenotabile al CUP
D (Differibile),	40 giorni visite 70 giorni prestazioni diagnostiche	Prenotabile al CUP
P (Programmata)	130 giorni	Prenotabile al CUP

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti e piani aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

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).

Priorità	Indicazione	Tempo massimo di attesa
U (Urgente)	Prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo brevissimo la prognosi del paziente (situazione di urgenza), da eseguire nel più breve tempo possibile	Entro 72 ore
B (Breve),	Prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità (situazione di attenzione)	Entro 10 giorni
D (Differibile),	Prestazione la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o di disfunzione o disabilità (situazione di routine)	Entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;
P (Programmata)	Prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, la disfunzione, la disabilità (situazione dilazionabile),	Entro 120 giorni

Qualora siano prescritte sulla stessa DEMA due prestazioni che determinano diverse validità della prescrizione (prima visita e esame strumentale) la validità della prescrizione coincide con l'intervallo di validità più breve.

Non sono ricomprese nella priorità P tutte le prestazioni programmate per esigenze cliniche oltre i 120 giorni che andranno prescritte in accesso successivo.

L'ambito di garanzia indica l'area entro cui deve essere disponibile, per un cittadino, l'offerta di prestazione sanitaria di cui ha necessità:

AMBITO	ASL
CENTRO	Roma 1
	Roma 2
	Roma 3
NORD OVEST	Viterbo
	Roma 4
	CENTRO
NORD EST	Rieti
	CENTRO
SUD EST	Frosinone
	Roma 5
	CENTRO
SUD OVEST	Latina
	Roma 6
	CENTRO

- **Priorità U:** in riferimento al mancato rispetto delle modalità di prenotazione da parte dei medici prescrittori è possibile monitoraggio a cura delle CAPI (Commissioni Appropriatazza Prescrittiva Interdistrettuale).
- **Priorità B e D:** qualora non sia disponibile nell'ambito di garanzia una prenotazione entro i tempi previsti l'assistito ha diritto ad un **pass di garanzia**.
- **Priorità P:** qualora non sia disponibile nell'ambito di garanzia una prenotazione entro i tempi previsti l'assistito può accedere ad un percorso di tutela.

Il **pass di garanzia** è una misura a tutela del cittadino che scatta quando il RECUP non può garantire una visita o un esame specialistico entro i tempi massimi previsti dalla classe di priorità, in tal caso, la ASL si fa carico di erogare la prestazione in tempi brevi, offrendo un'alternativa preferibilmente in ambito istituzionale o, in caso di difficoltà, mediante altri regimi di erogazione.

I **percorsi di tutela** sono procedure attivate su richiesta dei cittadini, in particolare se fragili, che prevedono l'inserimento in un canale dedicato volto a garantire l'accesso alle prestazioni specialistiche nei tempi previsti dalla classe di priorità o per facilitare l'accesso in strutture a lui raggiungibili (criticità di natura sociale) Vengono intercettate tramite URP o PUA e da questi gestite in collaborazione con la segreteria CUP e Gruppo Liste d'Attesa.

CRITERI PRIMO ACCESSO E SECONDO 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.

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.

	Primo contatto	Presa in carico
Problema clinico	Nuovo	Definito
Evoluzione clinica	Situazione potenzialmente evolutiva ma non prevedibile	Evoluzione prevedibile
Esito	Imprevedibile	Prevedibile
Scopo	Definizione del problema e successive decisioni cliniche	Follow up, monitoraggio
Tempo di attesa	Tempestività secondo classe di priorità	Programmabile
Prescrittore	Medici cure primarie	Principalmente specialisti
Dimensione	Aziendale, regionale e anche del privato accreditato convenzionata	Per percorsi all'interno di reti integrate aziendali e regionali
Prenotazione	Tutti i canali istituzionali previsti	Agende esclusive a prenotazione di operatori abilitati

Prima visita	Primo contatto del cittadino con il SSN per un dato problema clinico ossia prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore. Quindi una visita finalizzata all'inquadramento diagnostico. Rientrano nella stessa definizione anche primi esami strumentali o approfondimenti, purché inseriti nel primo accesso. Si considera primo accesso anche la visita o l'esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico o ad un nuovo problema di salute non correlato alla cronicità. Pertanto si ha prima visita quando: - il paziente non ha mai avuto quella valutazione specialistica in relazione a quel problema. - è cronico, ma la visita è motivata da un peggioramento clinico o dall'insorgenza di una ulteriore morbidità.
Visita di controllo Follow up	Sono visite successive ad un inquadramento diagnostico concluso, in cui un problema già noto viene rivalutato dal punto di vista clinico e la documentazione sanitaria esistente viene aggiornata. Si tratta di prestazioni finalizzate, ad esempio, a seguire nel tempo l'evoluzione di patologie croniche, verificare la stabilizzazione della patologia o il mantenimento dell'esito dell'intervento, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto al primo accesso. Sono altresì da considerarsi visite e prestazioni di controllo sia quelle di approfondimento per pazienti "presi in carico" dallo specialista, quindi successive al primo accesso, comprese le prestazioni di secondo e terzo livello rese a pazienti ai quali è già stato fatto un primo inquadramento diagnostico, sia tutte quelle prescritte in ricetta con l'indicazione del codice di esenzione per patologia, volte a valutare, a distanza, l'eventuale insorgenza di complicanze che restano in capo alla struttura richiedente. Rientrano in questa fattispecie anche le televisite che si configurano esclusivamente come visite successive e hanno appositi codici CUR.
Visite con codice tracciante	In questo caso sono inclusi negli accessi successivi anche gli esami utili al completamento diagnostico sulla base di quanto indicato nel PDTA e nel rispetto delle indicazioni Regionali. Possono essere incluse anche eventuali visite per riacutizzazioni/scompensi, da gestire comunque su agende esclusive.