

TAR LAZIO - SEZIONE III – SENTENZA N. 11984 del 01 luglio 2026

ATTO MEDICO, IL TAR LAZIO RIBADISCE L'AUTONOMIA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE.

Il Tar del Lazio ha accolto il ricorso degli Ordini dei Medici. Il tribunale ha annullato una parte della delibera regionale sulle liste d'attesa. La norma regionale obbligava i medici di base e i pediatri a trascrivere le prescrizioni degli specialisti privati su ricetta elettronica. Il giudice ha difeso la piena autonomia prescrittiva del medico. Questo concetto significa che il medico di famiglia non è un semplice "impiegato" che copia le richieste altrui. Il medico deve sempre valutare, in scienza e coscienza, se il farmaco o l'esame sono adatti al paziente. Non può subire imposizioni per scopi organizzativi della Regione.



Il Tribunale Amministrativo Regionale per il Lazio (Sezione Terza Quater) ha pronunciato la presente

SENTENZA

sul ricorso numero di registro generale 2480 del 2026, proposto da Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Roma e Provincia, Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Latina e Provincia, Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Frosinone e Provincia, Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Rieti e Provincia, Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Viterbo e Provincia, in persona dei rispettivi legali rappresentanti *pro tempore*, rappresentati e difesi dall'avvocato Guido Locasciulli, con domicilio digitale come da PEC da Registri di Giustizia;

contro

Regione Lazio, in persona del legale rappresentante *pro tempore*, rappresentato e difeso dall'avvocato Roberta Barone, con domicilio digitale come da PEC da Registri di Giustizia;

nei confronti

Ministero della Salute, in persona del legale rappresentante *pro tempore*, rappresentato e difeso dall'Avvocatura Generale dello Stato, domiciliataria ex lege in Roma, via dei Portoghesi n. 12; Fnomceo - Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, in persona del legale rappresentante *pro tempore*, rappresentato e difeso dagli avvocati Fabio Cintioli e David Astorre, con domicilio digitale come da PEC da Registri di Giustizia;

per l'annullamento

- della Delibera 30 dicembre 2025, n. 1344 e dell'Allegato A della Regione Lazio aventi a oggetto la "Approvazione delle *Indicazioni per la corretta modalità di prescrizione e ridefinizione degli ambiti di garanzia ai fini del governo delle liste d'attesa*";

- di ogni altro atto presupposto, connesso e comunque consequenziale, ancorché di data e tenore sconosciuto, che sia direttamente e/o indirettamente connesso ai provvedimenti oggi gravati con il presente ricorso e che incida sfavorevolmente sulla situazione giuridica dei ricorrenti.

Visti il ricorso e i relativi allegati;

Visti gli atti di costituzione in giudizio della Regione Lazio, del Ministero della Salute e della Fnomceo - Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri;

Visti tutti gli atti della causa;

Relatore nell'udienza pubblica del giorno 26 maggio 2026 la dott.ssa Maria Cristina Quiligotti e uditi per le parti i difensori come specificato nel verbale;

Ritenuto e considerato in fatto e diritto quanto segue.

FATTO e DIRITTO

1 - Gli ordini provinciali dei medici e degli odontoiatri della Regione Lazio hanno impugnato la Delibera 30 dicembre 2025, n. 1344 e dell'Allegato A della Regione Lazio aventi ad oggetto la *“Approvazione delle ‘Indicazioni per la corretta modalità di prescrizione e ridefinizione degli ambiti di garanzia ai fini del governo delle liste d’attesa’”, nella parte in cui prevede che: “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”. È 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.”.*

Premessa la legittimazione attiva degli ordini provinciali dei medici odierni ricorrenti, ne hanno dedotto l’illegittimità per i seguenti motivi di censura:

1 - per *“LE FINALITÀ ISTITUZIONALI: LA L. N. 3/2018. IL CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA. SULLA MANIFESTA INGIUSTIZIA DEL PROVVEDIMENTO IMPUGNATO. ERRORE NEI PRESUPPOSTI”*, in quanto:

- il MMG/PLS è obbligato a recepire un percorso terapeutico/assistenziale deciso da altro sanitario affinché sia formalizzato attraverso l’emissione, per come previsto dalla Regione Lazio, *“di una prescrizione suggerita”*;

- la Regione Lazio ha introdotto, pertanto, una disciplina per i medici (nel concreto, per i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta) contraria al Codice di Deontologia Medica e, in particolare, all’art. 13 del predetto codice, nella parte in cui prevede che *“La prescrizione a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione è una diretta, specifica, esclusiva e non delegabile competenza del medico, impegna la sua autonomia e responsabilità e deve far seguito a una diagnosi circostanziata o a un fondato sospetto diagnostico.”*;

- si crea un conflitto tra obbligo amministrativo e obbligo deontologico, risolvibile solo in favore di quest’ultimo;

2 - *“SULLA MANIFESTA INGIUSTIZIA. ERRORE NEI PRESUPPOSTI. VIOLAZIONE DEL PRINCIPIO DI PROPORZIONALITÀ. SVIAMENTO DI POTERE. CONTRADDITTORIETÀ SISTEMICA. VIOLA-*

ZIONE E FALSA APPLICAZIONE DEGLI ARTT. 3, 32, 33 E 97 COST. VIOLAZIONE E FALSA APPLICAZIONE DEGLI ARTT. 3, 4, 13, 21, 22 E 31 DEL CODICE DELLA DEONTOLOGIA MEDICA E DELL'ART 45 ACN MMG. VIOLAZIONE E FALSA APPLICAZIONE DEGLI ARTT. 1218, 1176, 2043 E 2236 COD. CIV. NONCHÉ DELLA L. N. 24/2017.”, in quanto:

- il Codice di Deontologia Medica non costituisce un atto meramente programmatico o etico-principiale, bensì è annoverabile come fonte normativa interna dell'ordinamento professionale, dotata di efficacia vincolante per tutti gli iscritti agli Albi; la sua obbligatorietà discende direttamente dall'art. 2229 Cod. civ. (che subordina l'esercizio della professione all'iscrizione in Albo), dal D. Lgs. C.P.S. 13 settembre 1946 n. 233, come modificato dalla l. n. 3/2018, nonché dalla potestà disciplinare attribuita ex lege agli Ordini professionali;
- le norme deontologiche non si collocano in una dimensione meramente morale, ma concorrono a definire il contenuto della diligenza professionale qualificata (art. 1176 Cod. civ.) nell'ottica dei criteri di corretto esercizio della professione e dei parametri di responsabilità disciplinare;
- la giurisprudenza amministrativa è costante nel riconoscere che il Codice deontologico costituisce parametro normativo per la valutazione della condotta dell'iscritto, tanto che il Codice non può che avere efficacia cogente nei confronti dei medici iscritti;
- la prescrizione non è un atto meramente amministrativo ma costituisce un atto professionale tipico, espressione diretta della funzione diagnostica e terapeutica, riservata in via esclusiva al medico abilitato e iscritto all'Albo;
- la diligenza professionale rileva i suoi effetti anche nella prescrizione;
- la validità della prescrizione non può che essere frutto di una valutazione personale del medico sul quale è posto espresso divieto di soggiacere a qualsiasi automatismo, dovendo considerare l'autonomia un vero e proprio obbligo deontologico, puntualmente espresso nel Codice sotto diversi profili (artt. 3, 4, 13, 21, 22 e 31);
- a ciò, si aggiungono gli indirizzi applicativi della FNOMCeO in relazione all'art. 78 del Codice Deontologico;
- a conferma della prevalenza dell'autonomia dell'atto medico -in generale- su ogni altra esigenza contabile/amministrativa, appare utile fare richiamo alla previsione dell'art. 45 ACN MMG 2024) che, in materia di attività prescrittiva, al comma 4, prevede che “Il medico può dar luogo al rilascio della prescrizione farmaceutica e di indagini specialistiche anche in assenza del paziente quando, a suo giudizio, ritenga non necessaria la visita del paziente.”;
- il principio dell'autonomia della prescrizione ponga la sua genesi anche nelle norme di rango primario (artt. 3, 32, 33 87 della Costituzione; art. 1176 c.c.);
- la finalità organizzativa espressa a presupposto motivazionale del provvedimento regionale gravato antepone all'esigenza assistenziale un elemento di carattere meramente tecnico organizzativo concretizzante automatismi sconnessi da reali e concrete necessità cliniche, ed in quanto tali illegittimi poiché eccessivi e sproporzionati in riferimento alla esigenza presupposta alla Delibera n. 1344/2025 della “...ridefinizione degli ambiti di garanzia ai fini del governo delle liste d'attesa”;
- non si comprende quale possa mai essere il collegamento eziologico tra la declamata politica di governo delle liste di attesa con l'introduzione dell'obbligo di un automatismo prescrittivo in forza del quale un MMG/PLS deve recepire acriticamente una prescrizione di altro medico -qualificandola appunto, come “suggerita”;

- vi l'assenza di qualsivoglia motivazione dell'atto amministrativo nonché la mancanza di rispondenza tra le esigenze descritte ed i provvedimenti effettivamente previsti;
- vi è eccesso di potere per sviamento e violazione del principio di proporzionalità, in quanto l'Amministrazione, nel perseguire finalità organizzative quali, nel caso in esame, il governo delle liste d'attesa, ha utilizzato il suo potere per incidere direttamente sulla sostanza dell'atto clinico e la misura prevista in parte qua, con cui sono stati di fatto imposti automatismi di prescrizione, non è necessaria (e della sua necessità non v'è traccia nel percorso motivazionale presupposto alle esigenze di adozione della Delibera) né proporzionata;

- la Regione ha utilizzato il proprio potere organizzativo per incidere sulla sostanza dell'atto medico;
- il decoro professionale, la dignità, l'autonomia, la coscienza e la deontologia del MMG/PLS sono stati aggrediti e sacrificati dalla Regione Lazio in favore di una esigenza di tracciabilità dei flussi prescrizione- li nel contesto delle ricette dematerializzate;

3 - *"SUL DIFETTO DI MOTIVAZIONE. ECCESSO DI POTERE PER ILLOGICITÀ, IRRAGIONEVOLEZZA, ERRONEA VALUTAZIONE DEI FATTI, TRAVISAMENTO."*, in quanto:

- non si comprende, nello specifico, in base a quali parametri e motivazioni viene stabilita la strumentalità ed il contatto tra l'esigenza di governo delle liste di attesa e l'introduzione dell'obbligo del recepimento prescrittivo imposto ai MMG e PLS;

- la P.A. ha l'obbligo generale di motivazione nonché l'obbligo di indicare, in tale motivazione, i presupposti di fatto e le ragioni giuridiche del provvedimento adottato senza le quali l'atto, come nel caso in esame, è nullo ai sensi dell'art. 21-septies della L. n. 241/1990 per mancanza degli elementi essenziali.

Il Ministero della Salute si è costituito in giudizio con atto di mera forma in data 4.3.2026.

La Regione Lazio si è costituita in giudizio depositando memoria difensiva in data 16.3.2026, con la quale ha argomentamente dedotto l'infondatezza nel merito del ricorso, del quale ha chiesto la reiezione, con le seguenti argomentazioni:

- le censure dedotte a sostegno del ricorso scontano una lettura strumentale ed errata delle indicazioni contenute nella d.G.R. n. 1344/2025;

- è un legittimo esercizio della funzione programmatica regionale finalizzata a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);

- la finalità dell'atto, come intuibile dalla mera lettura, è prettamente organizzativa, essendo diretto esclusivamente a gestire i flussi di accesso alle prestazioni per abbattere le liste d'attesa, obiettivo che costituisce un interesse pubblico primario;

- la D.G.R. n. 1344/2025 e il relativo Allegato A non mirano a ledere l'autonomia del medico;

- non vi è l'imposizione di un "automatismo prescrittivo" che svuoterebbe la funzione del Medico di Medicina Generale (MMG) o del Pediatra di Libera Scelta (PLS) in quanto dal testo dell'Allegato A emerge che la norma prevede che il MMG riceva dal medico specialista tutte le informazioni necessarie per la corretta prescrizione della prestazione e l'uso dell'aggettivo "appropriata" comporta che il MMG mantiene il potere-dovere di valutare il quadro clinico prima di formalizzare la ricetta dematerializzata (DEMA);

- il c.d. flag "prescrizione suggerita" non è un vincolo gerarchico, ma un'indicazione di tracciabilità della presa in carico: serve a segnalare che il percorso diagnostico è iniziato presso una struttura accreditata che, per limiti tecnici, non può emettere direttamente ricette DEMAs;

- l'indicazione dei codici CUR e della tempistica di follow-up da parte del medico della struttura accreditata è volta a garantire la continuità assistenziale e la "presa in carico" del paziente, assicurando la comunicazione tra i professionisti nell'ottica di una presa in carico complessiva e coordinata del paziente;

- il medico che formalizza la prescrizione "suggerita", non soggiace ad alcun automatico obbligo prescrittivo ma agisce, e deve agire, nell'ambito della propria scienza e coscienza, potendo sempre rifiutare una prestazione che ritenga palesemente incongrua o dannosa, in linea con l'Art. 22 del Codice Deontologico;
- il modello di cui alla deliberazione impugnata tende a rendere effettivo il diritto alla salute (Art. 32), che sarebbe vanificato da liste d'attesa incontrollate e garantisce il "buon andamento" (Art. 97) attraverso la tracciabilità e la razionalizzazione della domanda;
- il nesso tra la gestione delle liste d'attesa e la necessità di convogliare tutte le prescrizioni nel sistema DEMA, distinguendo prescrizioni in primo accesso e accesso successivo, risiede nella circostanza che, senza la formalizzazione tramite MMG/PLS di una prescrizione di accesso successivo, le prestazioni di presa in carico effettuate dal medico privato accreditato resterebbero "invisibili" ai sistemi di monitoraggio regionale, risultando sempre come primi accessi e come tali registrati nelle liste di attesa rendendo impossibile qualsiasi governo dei tempi di attesa;
- la D.G.R. n. 1344/2025 non configura una delega della funzione medica, ma una modalità tecnica di raccordo tra professionisti in un sistema sanitario integrato;
- la "prescrizione suggerita" è lo strumento per garantire che il cittadino non sia penalizzato dall'impossibilità tecnica di alcuni centri di emettere ricette DEMA, assicurando al contempo alla Regione i dati necessari per abbattere le liste d'attesa.

Con la memoria del 20.3.2026 gli ordini provinciali ricorrente hanno controdedotto alle difese della Regione, rilevando il tentativo riabilitativo dell'atto regionale, insistendo ai fini dell'accoglimento del ricorso.

La FNOMCeO - Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri si è costituita in giudizio depositando memoria difensiva in data 20.3.2026, con la quale ha dedotto la fondatezza nel merito del ricorso, del quale ha chiesto l'accoglimento, con argomentazioni analoghe a quelle degli ordini provinciali ricorrenti.

Alla c.c. del 24.3.2026, previa rinuncia all'istanza cautelare, è stata disposta la fissazione diretta dell'udienza alla data del 26.5.2026.

In vista della predetta udienza sia gli ordini provinciali ricorrenti che la FNOMCeO hanno depositato memorie difensive conclusive, rispettivamente in data 22.4.2026 e 24.4.2026, con le quali hanno ribadito e ulteriormente illustrato tutte le relative argomentazioni, insistendo ai fini dell'accoglimento del ricorso.

Alla pubblica udienza del 26.5.2026, il ricorso è stato trattenuto per la decisione alla presenza dei difensori delle parti, come da separato verbale di causa.

2 - Il ricorso è fondato e, pertanto, merita accoglimento sulla base delle considerazioni che seguono

2.1. - In primo luogo, prendendosi le mosse dal motivo di censura di carattere formale, si evidenzia che il dedotto difetto di motivazione nella fattispecie non sussiste.

E, infatti, la finalità perseguita dalla misura - ossia il governo delle liste d'attesa - è chiara ed è di stampo prettamente organizzativo e la predetta circostanza emerge sin dalle premesse della D.G.R., nella parte in cui rileva che *"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;"*. Le corrette modalità di prescrizione sono espressamente intese come uno strumento organizzativo finalizzato ad assicurare il governo delle liste d'attesa.

Né, ai fini della verifica della legittimità dell'atto amministrativo sotto il profilo motivazionale, è necessaria anche l'esplicazione puntuale della modalità specifica attraverso la quale la misura introdotta è ritenuta idonea a soddisfare la funzione perseguita.

Nello specifico, comunque, la Regione ha dato atto, nelle proprie difese, che la misura organizzativa in contestazione trova la propria ratio nell'impossibilità per le strutture accreditate di procedere con la ricetta materializzata ai fini dell'inserimento a sistema della prescrizione.

2.2 - Quanto agli ulteriori motivi di censura, rileva quanto segue.

Il principio fondamentale della professione medica è quello della salvaguardia dell'autonomia di ogni medico nell'effettuazione della diagnosi e nella conseguente prescrizione terapeutica a tutela della salute del paziente, la cd. "libertà prescrittiva".

In materia di pratica terapeutica, pertanto, la regola di fondo deve essere l'autonomia e la responsabilità del medico, che, con il consenso del paziente, opera le necessarie scelte professionali (cfr. Corte Cost. n. 169 del 12 luglio 2017) tenuto altresì conto del "carattere personalistico" delle cure sanitarie (cfr. Corte Cost., n. 169 del 2017) (cfr., da ultimo, Cons. Stato n. 7123/2025).

Il punto di partenza da cui prendere le mosse ai fini dell'esame del ricorso è, conseguentemente, che qualunque atto prescrittivo richiesto non può estrinsecarsi al di fuori della piena autonomia del medico che licenzia tale atto; e che l'Amministrazione può incidere nell'ambito prescrittivo di cui trattasi solo imponendo adempimenti che non vadano a incidere sull'ampiezza della possibilità di scelta diagnostico-terapeutica e, pertanto, non può intervenire limitando la libertà del medico nell'adozione delle scelte terapeutiche più necessarie per il trattamento dei pazienti.

Tanto premesso, si tratta quindi di verificare quale è, in concreto, la dinamica decisionale che emerge dalla D.G.R. della Regione Lazio del 30 dicembre 2025, n. 1344.

La D.G.R. della Regione Lazio del 30 dicembre 2025, n. 1344, e l'Allegato A, hanno a oggetto la *“Approvazione delle “Indicazioni per la corretta modalità di prescrizione e ridefinizione degli ambiti di garanzia ai fini del governo delle liste d'attesa”, e, per quanto di interesse, l'Allegato A, al punto 3.2, prevede che: “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”. È 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.”.*

Dal tenore testuale della D.G.R. emerge, pertanto, che il medico operante in una struttura privata accreditata - che non sia autorizzato alla prescrizione tramite sistema DEMA - demanda al MMG/PLS la formalizzazione della prescrizione e che il MMG è tenuto a compilare la prescrizione.

L'uso dei termini indicati denota in modo chiaro ed evidente che il MMG, a tenore della D.G.R., è tenuto a formalizzare una prescrizione redatta da altri

La possibilità di scelta diagnostico-terapeutica, nel caso di specie, è stata conseguentemente sostanzialmente annullata.

La Regione sostiene che nell'Allegato A dall'aggettivo "appropriata" discenderebbe l'obbligo del MMG di operare quel diritto-dovere di valutare il quadro clinico del paziente prima di formalizzare la "prescrizione suggerita"; e, tuttavia, tale aggettivo è evidentemente riferito e attinente solo all'obbligo di apposizione della classe di priorità (anche questa già assegnata dal medico privato).

Non v'è alcun elemento narrativo nella D.G.R. impugnata da cui poter trovare la conferma dell'inesistenza della dissociazione tra responsabilità e potere decisionale.

La Regione, pertanto, ha introdotto un automatismo prescrittivo che svuota completamente la funzione del MMG nonché la norma deontologica di riferimento.

Da un lato, vi è la necessità di salvaguardare la qualità della prestazione sanitaria ed assistenziale rispetto ad esigenze organizzative interne all'Amministrazione; e, anche quando la finalità dell'atto possa essere prettamente organizzativa - in quanto volto a rimediare ai limiti tecnici dell'Amministrazione - la natura dell'atto è marcatamente prescrittiva, in quanto esso consta di un comando rivolto nei confronti dei MMG/PLS, cui viene imposto un facere in termini prescrittivi sulla base dell'indicazione altrui e senza alcuna discrezionalità in ordine all'an della prestazione.

Dall'altro, il MMG/PLS - anche nel mero recepimento di una prescrizione formulata da altri, con l'unica possibilità di eventuale modifica della classe di priorità - rimane comunque, sia ex lege che in virtù delle proprie competenze specifiche e del proprio inquadramento nell'ambito del Servizio Sanitario, una figura professionale tenuta a garantire una diligenza qualificata nell'espletamento dell'opera professionale e, conseguentemente, un MMG/PLS non potrà ritenersi sollevato da responsabilità adducendo d'essersi limitato a dare attuazione ad una decisione altrui, essendo, in ogni caso, dovuto un suo vaglio allorquando egli sia chiamato ad assumere un ruolo nell'attuazione di una strategia diagnostica o terapeutica nell'interesse di un proprio paziente.

Ragionando a contrario e ritenendo per un momento fondata la prospettazione dell'amministrazione regionale come articolata nella propria memoria difensiva - per cui non sussisterebbe alcun automatismo e la libertà prescrittiva del MMG sarebbe salva -, si giungerebbe, in ogni caso, a un paradosso.

Da un lato - nel caso in cui il MMG convalidasse la prescrizione del medico privato - si avrebbe, nella sostanza, una doppia validazione della diagnosi con conseguente aggravamento delle procedure per mere esigenze di gestione dei limiti tecnici del sistema dell'amministrazione.

Dall'altro, con la prenotazione formalizzata dal medico privato all'atto della visita effettuata sul paziente, si impegna una disponibilità di cura che ben potrebbe essere annullata dal MMG in disaccordo col quadro clinico delineato dal collega, determinandosi di conseguenza un vero e proprio stallo del sistema delle cure.

Ne consegue che un sistema orientato al duplice obiettivo del raggiungimento dell'appropriatezza prescrittiva nell'ottica dell'abbattimento delle liste di attesa appare incompatibile con la dinamica ipotizzata in cui, per meri limiti tecnici, si declina un sistema di parallelismo tra medico privato e MMG che comporta, nel caso di dissociazione di scelte assistenziali (che rileva anche ai fini dell'assegnazione della classe di priorità), un illegittimo allungamento dei tempi di prenotazione.

3 - Per le considerazioni tutte che precedono, il ricorso è fondato e merita accoglimento con il conseguente annullamento della D.G.R. impugnata nella parte di interesse.

Avuto riguardo alla peculiarità e novità della questione, tuttavia, si ritiene che sussistano giusti motivi per disporre tra le parti costituite la compensazione delle spese del presente giudizio.

P.Q.M.

Il Tribunale Amministrativo Regionale per il Lazio (Sezione Terza Quater), definitivamente pronunciando sul ricorso, come in epigrafe proposto, lo accoglie e, per l'effetto, annulla la D.G.R. impugnata nella parte di interesse.

Spese compensate.

Ordina che la presente sentenza sia eseguita dall'autorità amministrativa

Così deciso in Roma nella camera di consiglio del giorno 26 maggio 2026 con l'intervento dei magistrati:

Maria Cristina Quiligotti, Presidente, Estensore

Claudia Lattanzi, Consigliere

Silvia Piemonte, Primo Referendario

IL PRESIDENTE, ESTENSORE

Maria Cristina Quiligotti

IL SEGRETARIO