



PIANO ATTUATIVO AZIENDALE

in recepimento del

PIANO REGIONALE di GOVERNO delle LISTE d'ATTESA

Deliberazione di Giunta Regionale n. 626 del 4 giugno 2024

Aggiornamento febbraio 2025

Premessa

Il Governo delle Liste di Attesa costituisce un impegno prioritario della Direzione Generale dell'Azienda ULSS2 che ha l'obiettivo di garantire la massima equità d'accesso alle prestazioni. Questo impegno, coordinato dal Direttore Sanitario, si esplicita in azioni complesse e articolate fondate, sulla promozione del principio di appropriatezza nelle sue dimensioni clinica e prescrittiva, e sul principio della massima efficienza nella sua dimensione organizzativa.

Sono in staff al Direttore Sanitario il Responsabile Unico Aziendale dei tempi d'attesa (RUA), nominato con delibera n. 1347 del 28/06/2024 e il Coordinatore dei processi di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali.

Il Direttore Generale presiede, ogni lunedì mattina, la riunione settimanale sulle liste d'attesa a cui partecipano, oltre alla intera Direzione strategica, tutti i Direttori/Dirigenti apicali con un ruolo nel governo delle liste di attesa quali: Direttori Medici di Presidio Ospedaliero, Direttori di Distretto, Direttore del Personale, Direttore del Controllo di Gestione, Responsabile URP, Direttore Amministrativo di Ospedale, Direzione Amministrativa Territoriale (per il rapporto con le strutture private accreditate e con i MMG), Responsabile della specialistica ambulatoriale/RUA, Responsabile CUP aziendale, Responsabili CUP distrettuali, uffici di staff. Alla riunione possono partecipare ulteriori figure a seconda delle necessità.

Il Direttore Sanitario presiede il Tavolo di Monitoraggio Aziendale (ex DGR 320/2013).

Analisi e gestione della domanda

Il contesto territoriale

L'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana è stata costituita con Legge Regionale n. 19 del 2016 e deriva dall'accorpamento delle Aziende ULSS n. 7 (oggi Distretto di Pieve di Soligo), ULSS n. 8 (oggi Distretto di Asolo) e ULSS n. 9 (che presenta al suo interno due Distretti: Treviso Nord e Treviso Sud).

L'Azienda copre l'intera provincia di Treviso con una popolazione assistita di circa 880.000 abitanti, distribuiti in un territorio di 2.497 kmq suddiviso in 94 comuni.

L'assistenza ospedaliera è garantita nella provincia da un presidio ospedaliero con funzione di centro *Hub* (Treviso), da 4 presidi ospedalieri *Spoke* (Conegliano, Vittorio Veneto, Castelfranco e Montebelluna) e da 1 presidio ospedaliero nodo di rete (Oderzo).

Sono poi presenti nel territorio dell'Azienda ULSS 2 tre strutture private accreditate con attività ospedaliera (O. CL. San Camillo, Casa di Cura Giovanni XXIII, C.C. Park Villa Napoleon, IRCSS Medea – Istituto La Nostra Famiglia). Opera all'interno del territorio dell'AULSS 2 anche l'Ospedale Riabilitativo di Alta Specializzazione di Motta di Livenza (ORAS).

All'interno del P.O. di Castelfranco V.to vi è inoltre una sezione dell'Istituto Oncologico Veneto (IOV).

Analisi della domanda

Nel corso degli ultimi anni, l'Azienda ULSS 2 ha registrato un aumento della domanda di prestazioni sanitarie. Si tratta di un fenomeno registrato in tutte le Aziende ULSS del Veneto in parte da ascrivere come effetto *rebound* del periodo post pandemia, nel corso del quale per un lungo periodo di tempo sono stati mantenuti solo i servizi essenziali di assistenza.

Tale aumento persiste tuttavia anche nel periodo post pandemia.

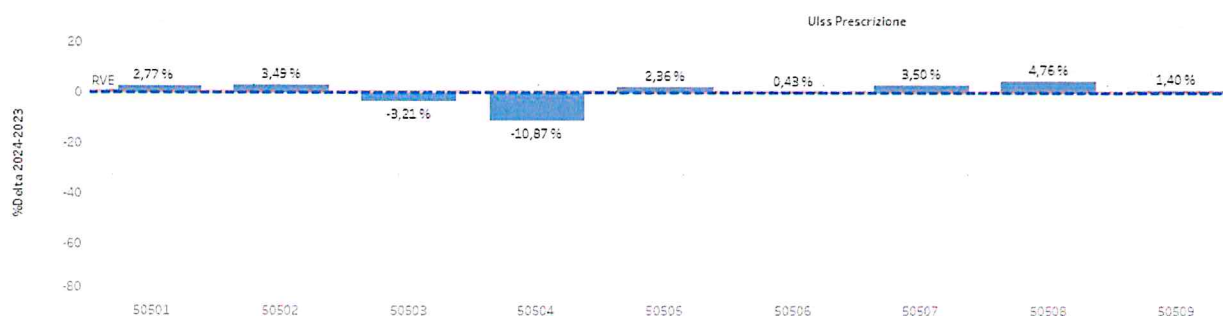
Il Grafico 1 permette di evidenziare come il numero di prescrizioni traccianti (come definite precedentemente al PRGLA di cui alla DGR n. 626/24) passi per i mesi gennaio-dicembre dalle 726.493 del 2022 alle 763.393 del 2024.

Grafico 1. Numero di prescrizioni per prestazioni traccianti, Azienda ULSS 2, gennaio-dicembre 2022-2023-2024 (fonte: cruscotto regionale Tableau)



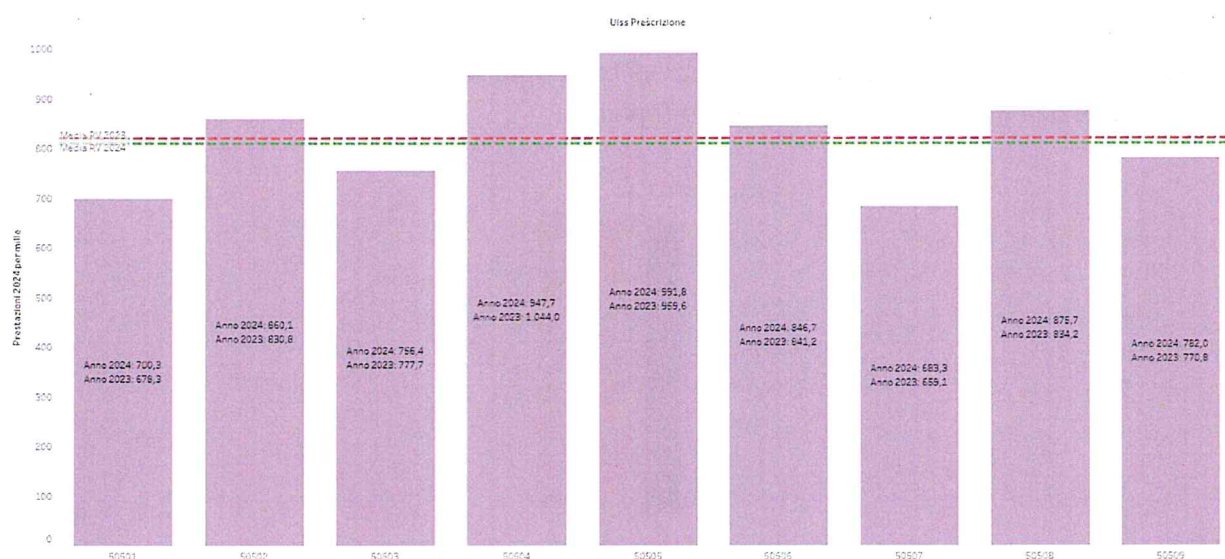
Il Grafico 2 permette di vedere l'aumento della domanda per prestazioni traccianti del 2024 (intero anno) rapportato all'anno precedente. L'AULSS 2 registra un aumento complessivo del 3,49% a fronte di una media regionale dello 0,28%.

Grafico 2. Aumento/diminuzione della domanda per prestazioni traccianti espresso in percentuale 2024 rispetto al 2023 (fonte: cruscotto regionale Tableau)



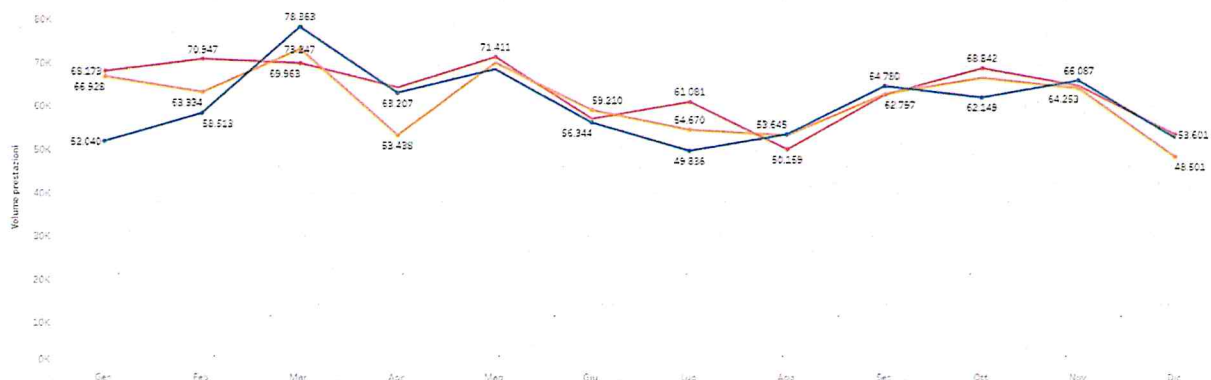
Se andiamo a valutare il tasso di prescrizioni per 1.000 assistiti per prestazioni traccianti (Grafico 3), tuttavia, vediamo che l'AULSS 2 si colloca in linea con le altre Aziende Sanitarie Locali. L'AULSS 2 registra un tasso pari a 860 prescrizioni per 1.000 assistiti con un range che vede alle estremità un tasso di 991 prescrizioni (AULSS 5) e 683 prescrizioni (AULSS 7), a fronte di una media regionale per l'anno 2024 pari a 821 prescrizioni per 1.000 assistiti.

Grafico 3. Tasso di prescrizione per prestazioni traccianti per 1.000 assistiti per il 2024 (intero anno) disaggregato per Azienda ULSS (fonte: cruscotto regionale Tableau)



L'andamento della domanda segue un *pattern* stagionale con una deflessione coincidente con i mesi estivi. Il Grafico 4 permette di evidenziare il trend per gli anni 2022 (linea blu), 2023 (linea arancione), 2024 (linea rossa). Nel corso del 2024 il maggiore scostamento, registrato come aumento, della domanda rispetto al 2023 si è verificato nei mesi di febbraio e aprile, per assestarsi con un andamento sovrapponibile agli anni precedenti per il secondo semestre dell'anno.

Grafico 4. Trend prestazioni traccianti prescritte, Azienda ULSS 2, anni 2022-2023-2024 (fonte: cruscotto regionale Tableau)



Il tasso di prescrizione non è omogeneo nei 4 Distretti che compongono l'Azienda ULSS 2: Treviso Nord, Treviso Sud, Pieve di Soligo, Asolo.

La Tabella 1 presenta i dati (fonte: ricette SOGEI) delle prestazioni prescritte ai residenti ULSS 2 nell'anno 2023, esclusa la branca laboratorio, mettendo il tasso di prescrizione a confronto con l'indice di vecchiaia.

Tabella 1. Prestazioni ambulatoriali prescritte ai residenti Azienda ULSS 2 nell'Anno 2023, esclusa branca laboratorio

Distretto di residenza del paziente	Prestazioni Prescritte (escluso lab)	Popolazione residente ISTAT al 01.01.2023	Tasso di prescrizione (x 1,000 residenti ISTAT)	Indice di vecchiaia (residenti 65+ anni/residenti <14 anni)
Treviso Nord	716.004	209.788	3.413	163,9
Treviso Sud	718.438	209.005	3.437	198,0
Pieve di Soligo	702.580	209.461	3.354	207,6
Asolo	704.396	247.861	2.842	165,7
ULSS n.2	2.841.418	876.115	3.243	182,1

Si può notare come il Distretto Pieve di Soligo sia di gran lunga il più "anziano" con 207,6 anziani ogni 100 giovani. I Distretti di Treviso Nord e Asolo hanno invece un indice di vecchiaia assai più basso.

Ciononostante, vi è una importante differenza nella domanda di prestazioni tra i due Distretti: a parità di indice di vecchiaia, il Distretto di Treviso Nord ha un tasso di prescrizione del 20% maggiore rispetto al Distretto di Asolo.

Questo suggerisce che la tendenza alla domanda di prestazioni sanitarie non può semplicemente essere ricondotta a cambiamenti demografici, bensì è un fenomeno in cui molteplici fattori concorrono tra di loro.

A riprova di questo si presenta la Tabella 2 dove si può vedere la distribuzione per branca e distretto del tasso di prescrizione delle prestazioni ambulatoriali riferite all'anno 2023.

Prendendo come Distretto indice il Distretto di Asolo, i residenti del Distretto di Pieve di Soligo hanno un tasso di prescrizione più alto del 72% per l'Ortopedia, del 36% per la Medicina Fisica e Riabilitazione, e del 33% per l'Oculistica. I residenti dei Distretti di Treviso hanno una domanda per le prestazioni di dermatologia del 46% superiore rispetto al Distretto di Asolo.

Questi dati sono di fondamentale importanza per leggere la domanda anche a fronte di diverse modalità prescrittive, della presenza di strutture erogatrici (pubbliche e private) presenti nel territorio di afferenza, e solo parzialmente e marginalmente a differenze epidemiologiche riconducibili alla popolazione dell'Azienda ULSS 2. La lettura e l'interpretazione dei dati è volta ad uniformare il comportamento della domanda verso la media aziendale (e possibilmente verso quella regionale) e a contrarre l'aumento della stessa.

Tabella 2. Distribuzione per branca e Distretto del tasso di prescrizione delle prestazioni ambulatoriali, anno 2023, escluso laboratorio (fonte: ricette SOGEI)

Branca	Trevis o Nord	Treviso Sud	Pieve di Soligo	Asolo	ULSS n.2
Anestesia	28	28	91	53	50
Cardiologia	260	236	213	212	229
Chirurgia generale	81	83	76	60	74
Chirurgia plastica	12	13	18	7	12
Chirurgia vascolare	41	40	24	78	47
Dermosifilopatia	185	200	150	131	165
Endocrinologia	82	74	62	89	77
Gastroenterologia	112	119	111	103	111
Medicina fisica e riabilitazione	210	234	238	175	212
Medicina nucleare	18	19	18	12	16
Nefrologia	31	37	46	33	37
Neurochirurgia	5	5	5	3	4
Neurologia	70	70	55	60	64
Oculistica	247	242	267	200	238
Odontostomatologia	57	67	51	60	59
Oncologia	70	77	93	39	68
Ortopedia	138	120	165	96	128
Ostetricia e ginecologia	137	111	117	108	118
Otorinolaringoiatria	181	191	139	140	161
Pneumologia	90	85	68	80	81

Psichiatria	55	59	78	57	62
Radiologia diagnostica	998	1.028	882	845	934
Radioterapia	8	9	7	5	7
Urologia	78	80	93	52	75
Non indicata/Codice Errato	221	212	284	144	212
Totale complessivo	3.413	3.437	3.354	2.842	3.243

Nel corso del 2023, l'Azienda ULSS 2 ha erogato per pazienti esterni, come dettagliato in Tabella 3, più di 12 milioni di prestazioni, delle quali il 77% appartengono alla branca laboratorio.

Tabella 3. Prestazione erogate per pazienti esterni per tipologia di prestazione, Distretto e regime di erogazione (pubblico e privato accreditato), anno 2023 (fonte: SPS)

	Distretto	Prime Visite	Visite di Controllo	Altre prestazioni	Prestazioni branca laboratorio	Totale
PUB.	Pieve	77.270	79.720	428.912	1.900.496	2.486.398
	Treviso	168.907	207.664	732.243	4.694.071	5.802.885
	Asolo	83.496	93.173	379.978	2.658.044	3.214.691
PRIV.	Pieve	15.332	4.809	52.476	9.870	82.487
	Treviso	42.496	18.748	289.108	232.768	583.120
	Asolo	9.764	2.085	102.645	0	114.494
Totale		397.265	406.199	1.985.362	9.495.249	12.284.075

Per far fronte all'aumento della domanda, l'Azienda ha dovuto mettere in atto varie strategie per aumentare l'offerta di servizi, grazie anche a finanziamenti *ad hoc* da parte della Regione Veneto che sono stati erogati a partire dal secondo semestre del 2023.

Come evidenziato in Tabella 4, si è assistito ad un aumento della capacità produttiva dell'Azienda nel corso dei primi sei mesi del 2024 comparati all'equivalente periodo del 2023.

In particolare, si evidenzia l'aumento delle prime visite – ovvero le prestazioni con priorità B, D e P – che sono state oggetto di specifici piani di recupero.

Per questa tipologia di prestazioni, l'aumento è stato dell'9%, con 17.932 prime visite in più erogate nel corso del semestre.

Tabella 4. Prestazioni erogate nei mesi gennaio-giugno 2023 e gennaio-giugno 2024 per tipologia di prestazione, Distretto e regime di erogazione, esclusa branca laboratorio (fonte: SPS)

GENNAIO-GIUGNO 2023					GENNAIO-GIUGNO 2024			
Distretto	Prime Visite	Visite di Controllo	Altre prestazioni	TOTALE	Prime Visite	Visite di Controllo	Altre prestazioni	TOTALE



PUB.	Pieve	39.356	40.622	222.964	302.942	43.013	43.367	210.970	297.350
	Treviso	82.971	105.555	371.421	559.947	95.377	106.917	397.400	599.694
	Asolo	42.595	47.267	193.819	283.681	43.530	46.231	196.374	286.135
	Totale	164.922	193.444	788.204	1.146.570	181.920	196.515	804.744	1.183.179
PRIV.	Pieve	8.232	2.805	34.390	45.427	7.532	1.856	27.402	36.790
	Treviso	21.779	9.838	140.466	172.083	22.528	9.786	155.705	188.019
	Asolo	4.422	859	52.378	57.659	5.307	1.568	59.946	66.821
	Totale	34.433	13.502	227.234	275.169	35.367	13.210	243.053	291.630
Totale		199.355	206.946	1.015.438	1.421.739	217.287	209.130	1.047.797	1.474.809

Organizzazione dell'offerta

La Regione del Veneto governa i tempi massimi di attesa per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali mediante specifica normativa, i cui provvedimenti cardine sono sotto riportati.

La Legge Regionale 28 dicembre 2016, n. 30 e s.m.i. individua i tempi di attesa, divisi in classi di priorità, entro cui le Aziende ULSS, le Aziende Ospedaliere e l'Istituto Oncologico Veneto devono erogare le prime visite o le prime prestazioni.

Le tempistiche indicate dalla L.R. 30/2016 sono più favorevoli all'utente rispetto a quelle indicate nel vigente Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa - PNGLA 2019-2021 e pertanto, nella Regione del Veneto, restano in vigore le classi e i tempi di attesa già in uso ovvero:

- Classe U (urgente): entro 24 ore dalla presentazione;
- Classe B (breve): entro 10 giorni dalla data di prenotazione;
- Classe D (differibile): entro 30 giorni dalla data di prenotazione;
- Classe P (programmata): entro 60/90 giorni dalla data di prenotazione.

La L.R. 30/2016 stabilisce che almeno il 90% delle prestazioni prioritarizzate debba essere erogato entro i tempi massimi previsti da ogni classe di priorità. Per le prestazioni in classe B, il rimanente 10% deve essere erogato entro i successivi 10 giorni; mentre il 10% delle prestazioni in classe di priorità D e P non soddisfatte nei rispettivi tempi di attesa deve essere soddisfatto entro i successivi 30 giorni.

La Regione del Veneto, con DGR n. 626 del 2024 ha ulteriormente normato in materia di liste di attesa introducendo, attraverso il Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa – PRGLA, importanti novità – come esplicitato nel presente piano – con conseguente efficientamento del governo delle liste di attesa. Il PRGLA del 2024 sostituisce il precedente piano regionale del 2019-2021 e demanda alle singole Aziende la redazione di specifici Piani Attuativi Aziendali (il presente documento) per renderne operative le indicazioni in esso contenuto.

Nelle Aziende sanitarie della Regione Veneto resta in uso lo strumento del "galleggiamento", come da DGR n. 320 del 2013 che assume la denominazione di pre-appuntamento, coincidente con il concetto di pre-lista del PNGLA.

Si ricorre all'utilizzo del pre-appuntamento qualora non sia possibile la prenotazione della prestazione in modalità "sincrona" alla richiesta da parte del cittadino.

Il pre-appuntamento consente all'utente di essere preso in carico e all'Azienda di individuare tutte le misure possibili per garantire all'assistito l'erogazione della prestazione richiesta entro la tempistica corrispondente alla classe di priorità indicata dal prescrittore. Come si vedrà in seguito, la prestazione può essere offerta da qualsiasi struttura in grado di erogare quella prestazione (sistema pubblico o privato accreditato) nell'ambito territoriale definito di "garanzia".

La garanzia dell'erogazione della prestazione nei tempi prescritti vede molteplici attori coinvolti ed è un obiettivo sfidante per ogni sistema sanitario.

Per raggiungere un obiettivo così complesso è necessaria una efficiente integrazione tra tutte le diverse fasi che concorrono al processo, che includono una corretta prescrizione della prestazione in base al quesito diagnostico, un percorso fluido del processo di prenotazione ed erogazione, una costante attività di monitoraggio, e, qualora necessaria, una appropriata presa in carico del paziente da parte del sistema sanitario. Le azioni necessarie vanno quindi ricomprese nella gestione dell'offerta, della domanda, della comunicazione e trasparenza, del monitoraggio.

Governo dell'offerta

Nell'ambito delle strategie di contenimento dei tempi di attesa, determinanti sono le azioni di efficientamento delle agende.

Le agende di prenotazione presenti nell'Azienda ULSS 2 a disposizione del Centro Unico di Prenotazione (CUP), sia esso di sportello front office che telefonico, sono tutte informatizzate.

Ai fini del governo delle liste di attesa, i Distretti vengono definiti come gli ambiti geografici che costituivano le ex Aziende ULSS (7, 8, 9); i due Distretti di Treviso Nord e Sud confluiscono pertanto nell'unico Distretto di Treviso.

Ogni Distretto ha mantenuto il precedente gestionale di prenotazione (Cup Web, IE Opera, Ibook Star) nell'attesa dell'integrazione che sarà attuata nel corso del 2025 con l'implementazione del CUP Unico Aziendale. Il CUP Unico Aziendale è parte del più ampio progetto del Sistema Informativo Ospedaliero – SIO, ovvero dell'insieme di applicativi per la gestione delle attività cliniche, sanitarie e amministrative legate alle strutture ospedaliere e ambulatoriali della Regione Veneto, in sostituzione degli applicativi attualmente in uso. Nelle more dell'implementazione del CUP Unico Aziendale, al fine di garantire un maggiore livello di fruibilità dell'offerta del sistema pubblico e del privato accreditato da parte del cittadino e, nel contempo, di rispettare la tempistica indicata, il personale addetto al governo delle liste di attesa è stato messo nella condizione di poter utilizzare tutti i diversi gestionali di prenotazione presenti in Azienda.

Questo ha migliorato l'interoperabilità tra i diversi Distretti per l'attività di riallocazione di pazienti in lista e ha offerto la possibilità di usufruire delle disponibilità presenti al di fuori del Distretto di residenza con l'obiettivo di utilizzare il 100% dell'offerta disponibile.

In relazione alla strutturazione dell'offerta, il nuovo PRGLA definisce come "ambito di garanzia territoriale *"il bacino territoriale minimo entro il quale deve essere soddisfatta la domanda di prestazioni entro i tempi massimi previsti"*.

Il PRGLA prevede che l'Azienda individui tali ambiti per tutte le prestazioni traccianti.

La definizione degli ambiti di garanzia – allegati al presente Piano Attuativo Aziendale – tiene conto della prossimità all'utenza, dell'offerta disponibile, della domanda per tipologia di prestazione, della qualità e della sicurezza delle prestazioni erogate nonché della migliore allocazione delle risorse e della sostenibilità economica del sistema nel suo complesso.

Qualora l'offerta intra-aziendale non fosse sufficiente a garantire la domanda per prime visite, viene reperita offerta presso altre Aziende sanitarie limitrofe o presso loro privati accreditati.

Come esplicitato nel piano regionale, qualora l'assistito rinunci alla prima disponibilità offerta nell'ambito del bacino di garanzia e nel rispetto dei tempi di attesa definiti dalla priorità della prescrizione, la garanzia decade e l'Azienda non è più tenuta al rispetto della priorità indicata nella prescrizione.

L'ambito di garanzia viene rivisto annualmente ad ogni revisione del Piano Attuativo Aziendale in base alla domanda dell'utenza e all'offerta disponibile attraverso i servizi del sistema pubblico e privati accreditati presenti nell'Azienda ULSS 2.

Relativamente alla gestione dell'offerta, le agende informatiche di primo accesso sono tutte prioritarizzate (B, D, P) e sono create evitando la segmentazione in base al quesito diagnostico.

Le agende, inoltre, non sono rigide, ma flessibili ossia rimodulabili in base a necessità contingenti

quali un eccesso di domanda entrante per una particolare tipologia di prestazione rispetto all'atteso, o, al contrario, l'inutilizzo di slot destinati ad una specifica classe di priorità permettendo l'ingresso di prenotazioni con una classe di priorità diversa.

Per ottimizzare la gestione di tutta l'offerta disponibile e migliorare la *performance* viene effettuato, tramite cruscotti gestionali creati *ad hoc*, il monitoraggio quotidiano delle variazioni del rapporto domanda-offerta e dei tempi di erogazione, permettendo una revisione tempestiva dell'offerta sulla base delle informazioni dedotte dai sistemi di controllo. Tale rimodulazione si basa anche sulla misura dell'utilizzo dell'*overbooking* – come previsto da normativa - e la saturazione delle disponibilità rimaste libere.

La saturazione dei posti liberi venutasi a creare per disdetta viene effettuata da parte del personale di back office per tutta l'offerta aziendale (sistema pubblico e privati accreditati), sia nelle agende di primi accessi che di presa in carico: controllo, follow-up, secondo e terzo livello.

Questo viene garantito utilizzando cruscotti di monitoraggio che, nelle ore notturne, vanno a scandagliare le migliaia di agende dell'Azienda al fine di reperire slot resisi disponibili da disdetta e rendendoli visibili all'inizio di ogni giornata lavorativa agli operatori di back office.

Oltre alle agende di primo accesso, sono previste canali differenziati per le agende dedicate alla presa in carico del paziente al quale è già stato fatto un inquadramento diagnostico. Per tali pazienti può essere richiesto dallo specialista un controllo, un follow-up a distanza e/o approfondimenti di primo, secondo e terzo livello.

Nell'ambito della presa in carico, l'Azienda sta sensibilizzando gli specialisti interni all'utilizzo della telemedicina (medico-paziente) che rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria e un'opportunità in favore dei pazienti. Alcune branche specialistiche, quali la cardiologia, grazie all'utilizzo di dispositivi digitali hanno già adottato come prassi l'utilizzo della telemedicina per il controllo da remoto dei *device*. E' ugualmente sollecitato dall'Azienda anche il ricorso al teleconsulto (medico-medico) per facilitare la collaborazione multidisciplinare su casi clinici complessi e per lo scambio di pareri tra professionisti su specifiche problematiche o opzioni terapeutiche.

La definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche costituisce una delle azioni più importanti per il governo dell'offerta ambulatoriale e per l'adozione delle misure e delle strategie finalizzate alla gestione delle criticità e riduzione delle liste di attesa, con particolare riguardo all'erogazione delle prime visite e delle prime prestazioni di diagnostica.

Per far fronte ad una domanda in continua crescita, l'Azienda ULSS 2 garantisce l'apertura delle strutture ambulatoriali anche nelle ore serali (fascia oraria 20-22) e durante il fine settimana, domenica inclusa.

Questa strategia vede l'adesione anche di alcune strutture private accreditate. L'apertura serale e nei fine settimana offre all'utenza una sempre maggiore accessibilità alle prestazioni sanitarie, aumentando la gamma di orari e giorni disponibili.

Tale azione fa seguito a specifici dettami normativi che prevedono l'utilizzo massimo possibile delle grandi apparecchiature per la diagnostica pesante (RM e TC). Oltre all'utilizzo agli spazi serali e nei fine settimana, è in atto un costante miglioramento tecnologico delle apparecchiature presenti nel territorio dell'Azienda e di potenziamento dell'offerta sia tramite l'acquisto di nuove apparecchiature, sia tramite il ricorso ai privati accreditati con l'obiettivo, dove possibile, di avere sempre un doppio canale di erogazione (almeno uno pubblico e almeno uno nel privato accreditato) qualora uno dei due canali venisse temporaneamente a mancare (blocco/sostituzione macchina, rinnovo locali, etc.).

Nell'organizzazione dell'offerta e nella strategia di abbattimento delle liste di attesa, un ruolo

chiave è rivestito dagli accordi contrattuali sottoscritti tra l'Azienda ULSS 2 e le strutture private accreditate, che rivestono un ruolo ancillare fondamentale a supporto del sistema pubblico. Tramite questi accordi si definisce il volume e la tipologia di prestazioni, ai quali corrisponde una valorizzazione economica, nei limiti del budget conferito e autorizzato dalla Regione.

Sono previsti durante l'anno periodici incontri della Direzione Aziendale con le direzioni dei vari centri privati accreditati per monitorare il corretto andamento dell'erogazione delle prestazioni e valutare l'opportunità di rimodulare quanto inizialmente concordato, in considerazione delle numerose variabili in gioco nell'equilibrio tra domanda e offerta.

In base al continuo monitoraggio del bilancio tra domanda e offerta e alla disponibilità di finanziamenti aggiuntivi, la Direzione Aziendale può richiedere alla Regione la concessione di quote di budget aggiuntivo per l'implementazione di specifici piani operativi aziendali di recupero che prevedono il reperimento sia di ore aggiuntive da parte del personale dipendente (ricorso alla Libera Professione Aziendale Aziendale – LPA dal parte dei dirigenti medici e del comparto) sia tramite la richiesta a strutture private accreditate di erogare blocchi di prestazioni in base alle criticità presenti nei diversi Distretti. La richiesta di acquisto di prestazioni aggiuntive (LPA o privati accreditati) prende in considerazione fattori quali:

1. limitazione della capacità erogativa pubblica (ad esempio per improvvisa carenza di personale, o difficoltà di reperimento di specialisti per certe branche, o rottura apparecchiature);
2. espandibilità della capacità produttiva della struttura erogante;
3. disponibilità ad erogare le prestazioni in base alla tempistica imposta dall'Azienda;
4. accessibilità da parte dell'utenza/prossimità geografica delle unità di offerta;
5. previsione di picchi di domanda o, al contrario, limitata capacità produttiva del pubblico in certi periodi dell'anno;
6. carenza cronica di specialisti sul territorio per specifiche branche o tipologia di prestazioni (ad esempio dermatologia, oculistica, endoscopia digestiva).

Nell'organizzazione dell'offerta, un ruolo determinante è svolto dal servizio degli Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) dislocati prevalentemente nei poliambulatori dei vari Distretti. Al fine di espandere l'offerta, anche ai SAI, così come per i dipendenti tramite il ricorso alla LPA, è prevista la possibilità di contribuire al rispetto dei tempi di attesa attraverso lo svolgimento di ore aggiuntive concordate con l'Azienda.

Sia per il personale dipendente che per i SAI, le ore aggiuntive richieste dall'Azienda possono essere svolte solo al di fuori del normale orario istituzionale.

Un altro strumento a cui ricorre l'Azienda per espandere l'offerta disponibile, soprattutto in caso di imprevista carenza di personale medico con importanti problematiche inerenti l'erogazione di prestazioni critiche, è l'adozione di contratti a tempo determinato con liberi professionisti.

L'Azienda monitora la programmazione e la saturazione delle prestazioni aggiuntive tramite appositi cruscotti dove l'offerta derivata da prestazioni aggiuntive è visualizzata con specifica descrizione (agende per piano di recupero) anche ai fini di una corretta rendicontazione.

Separazione dei canali e dei flussi di accesso

L'accesso alle prestazioni ambulatoriali avviene tramite prenotazione in agende informatizzate afferenti al Centro Unico di Prenotazione in cui sono inserite tutte le disponibilità di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili.

Si distinguono in particolare due modalità di accesso: primo accesso e accesso successivo al primo, così come definite dalla DGR n. 1562 del 2022.

Il primo accesso dell'assistito al Sistema Sanitario Regionale si riferisce ad una prestazione sanitaria (es. una prima visita specialistica/prestazione o primo esame di diagnostica strumentale) a cui viene assegnata una priorità (U, B, D, P) e in cui il problema di un paziente viene clinicamente affrontato per la prima volta con una prestazione ambulatoriale specialistica e viene predisposta una documentazione clinica scritta (es. scheda ambulatoriale o cartella clinica).

Nel caso di un paziente cronico, esente per patologia, come esplicitato dalla Circolare Ministeriale n. 13 del 2001, si considera primo accesso, la visita o l'esame strumentale necessari per valutare un *nuovo* problema clinico, non correlato alla patologia di esenzione.

Per quanto riguarda i controlli imprevisti dovuti a riacutizzazione di patologie croniche, la prescrizione deve essere effettuata utilizzando i codici del Catalogo Veneto del Prescrivibile – CVP relativi alla *rivalutazione* e la successiva prenotazione viene fatta nel rispetto della priorità indicata in ricetta.

La garanzia della prioritizzazione viene assicurata a tutti gli assistiti nell'Azienda ULSS 2 e a quanti risiedono in Aziende Sanitarie con cui l'Azienda ULSS 2 ha stipulato specifiche convenzioni per l'erogazione di specifiche prestazioni.

L'accesso successivo al primo si riferisce invece a quello successivo ad una prima visita/primo esame diagnostico-strumentale, in cui un problema già noto viene rivalutato/approfondito 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 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 quelle con l'indicazione del codice di esenzione per patologia, di cui al DM 329/99, volte a valutare, a distanza, l'eventuale insorgenza di complicanze. In sintesi rientrano in questa categoria le prestazioni di follow up, di controllo, nonché gli approfondimenti diagnostici con prestazioni di 1^a, 2^a e 3^a livello.

Altre modalità di accesso prevedono l'accesso diretto per alcune tipologie di prestazioni urgenti mentre l'accesso a chiamata attiva è previsto all'interno di progetti di screening.

L'Azienda ULSS 2 – come previsto dal PRGLA - prevede la separazione dei canali di prenotabilità tra primi accessi e accessi successivi.

Nel caso di primo accesso si tratta del primo contatto del cittadino con il Sistema Sanitario Nazionale per un dato problema clinico. Con la prescrizione medica l'utente può contattare il CUP telefonicamente (call center), può recarsi allo sportello, o utilizzare uno dei diversi canali digitali riportati nel sito dell'Azienda ULSS 2.

Al cittadino è data anche la possibilità di gestire la propria prenotazione attraverso servizi telematici che permettono di cancellare l'appuntamento in ogni momento della giornata. Questo

viene fatto non solo per agevolare l'utenza, ma anche per una pronta messa a disposizione dei posti resisi disponibili ad altri utenti.

Come menzionato nella sezione relativa alla gestione dell'offerta, al fine di rispettare la tempistica indicata, il personale preposto al governo delle liste di attesa è stato messo nella condizione di poter utilizzare tutti i diversi gestionali di prenotazione presenti in azienda. Questo migliora l'interoperabilità tra i diversi Distretti per procedere alla riallocazione di pazienti in lista di pre-appuntamento, e permette di offrire disponibilità presenti al di fuori del Distretto di residenza così come previsto dagli ambiti di garanzia.

Per le diverse specialità ambulatoriali, le agende sono dimensionate e compartimentate in base a stime sulla domanda di tali prestazioni e allo storico della specifica prestazione ambulatoriale.

Gli operatori a CUP possono prenotare gli appuntamenti relativi ai primi accessi; possono accedere a tali agende anche gli operatori di back office che effettuano le riallocazioni da lista di pre-appuntamento con l'obiettivo di assicurare i tempi di erogazione previsti dalla priorità assegnata dal prescrittore.

Per quanto riguarda gli accessi successivi al primo, è prevista la presa in carico del paziente.

Questa consiste in: a) prescrizione dell'impegnativa da parte dello specialista (o del MMG/PLS qualora lo specialista non sia abilitato all'utilizzo del ricettario biffando "suggerita" nell'apposito campo della prescrizione); b) assegnazione di appuntamenti per le prescrizioni rilasciate dallo specialista. La presa in carico può consistere in approfondimenti clinico strumentali, visite di altra branca o visite di controllo all'interno della stessa branca specialistica.

Gli accessi successivi al primo – con eccezione delle impegnative rilasciate dai MMG/PLS (si veda sopra) – non devono recarsi a CUP / call center, ma rivolgersi – come previsto dal PRGLA – alle piastre ambulatoriali o segreterie di reparto (definiti anche punti di accettazione e presa in carico). A questi ultimi viene affidato anche il compito di contattare il paziente e di riallocare l'appuntamento nel caso in cui ci siano modifiche di agende relative agli accessi successivi al primo. Per le attività di presa in carico, controlli e follow-up sono definiti slot, in agende specifiche, dedicati ai pazienti presi in carico e dimensionati sulla base della domanda prevista per tali prestazioni.

La presa in carico viene attuata sia dalle strutture pubbliche che dai Privati Accreditati.

Piano delle azioni sull'appropriatezza prescrittiva

Una prestazione si dice appropriata quando: a) ha una buona probabilità di cambiare la storia clinica del paziente, b) è effettuata tempestivamente, c) viene svolta in sicurezza per il paziente e gli operatori, d) non ci sono alternative meno costose.

L'introduzione della ricetta dematerializzata (DEMA) ha permesso alle Aziende una attività sistematica e continuativa di valutazione sull'appropriatezza e congruità prescrittiva e ha favorito l'utilizzo sistematico da parte dei diversi prescrittori della classe di priorità per i primi accessi, l'indicazione della temporizzazione per i controlli e la presenza del quesito diagnostico.

Questi elementi consentono di fare puntuali valutazioni sia relativamente alla tipologia di prescrizione, sia in relazione al medico prescrittore.

Nella valutazione dell'appropriatezza prescrittiva, l'Azienda ULSS 2 ha perseguito nel corso degli anni un continuo monitoraggio su due indicatori fondamentali:

- Tasso di prescrizioni / 1000 residenti (specialistica) o 1000 assistiti (nel caso di MMG)
- Distribuzione percentuale delle classi di priorità U, B, D, P.

Questo monitoraggio viene routinariamente effettuato per varie categorie di medici, identificate in base al diverso profilo contrattuale e, conseguentemente, alle attività di audit-feedback:

- MMG/PLS/CA;
- Medici Specialisti dipendenti aziendali;
- Medici Specialisti Ambulatoriali Interni;
- Medici specialisti Liberi professionisti per Azienda ULSS 2;
- Medici specialisti di strutture private accreditate.

L'appropriatezza prescrittiva rientra tra le attività inserite nelle schede di budget dei Direttori di Distretto, dei Direttori delle Cure Primarie, nonché negli obiettivi inseriti negli Accordi Attuativi Aziendali per i Medici SAI. Migliori risultati di performance sono legati ad una maggiore retribuzione economica.

Per gli MMG sono stati istituiti appositi tavoli sull'appropriatezza prescrittiva; specifici obiettivi legati alle prestazioni per cui c'è più difficoltà di reperimento di offerta e per il contenimento dei tassi di prescrizione verranno inseriti negli Accordi Aziendali nel corso del 2025.

Vengono inoltre organizzati regolarmente incontri con i medici specialisti dipendenti aziendali per presentare le problematiche prescrittive più frequenti, nonché per proporre possibili soluzioni innovative per branche con particolari criticità. Ad esempio, la Direzione Medica e Neurologia di Treviso hanno sviluppato – basandosi su revisione sistematica della letteratura e sui principi consolidati del *choosing wisely* – delle schede (*action card*) per sintomi neurologici ad alta prevalenza nella popolazione – ad esempio cefalea – e con una lista di “do” e “do not” legati espressamente alla richiesta di esami diagnostici. Tale metodica è in espansione in altre branche e viene resa disponibili a tutti i medici prescrittori dell'Azienda o convenzionati con l'Azienda.

Negli incontri formativi con le suddette categorie di medici è prevista una formazione sui seguenti argomenti:

- Appropriata prescrizione: valutazione delle prescrizioni in relazione a Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali – PDTA o nuove procedure aziendali relative a prime visite, prime prestazioni, visite e prestazioni di controllo;
- Appropriata distribuzione della percentuale delle priorità (P>D>B>U), prendendo come riferimento i valori medi aziendali e valutando lo scostamento dagli stessi per singolo medico o gruppo di medici o AFT;
- RAO: discussione di casi in cui sia dubbia l'assegnazione della classe di priorità;
- Valutazioni specialistiche preliminari per i soggetti con richiesta di prestazioni strumentali complesse o con potenziali rischi per il paziente (ad esempio l'endoscopia digestiva);
- Presa in carico: tematiche quali la prescrizione diretta dallo specialista; l'utilizzo della biffatura suggerita da parte degli MMG, il non re-invio al CUP, la presa in carico da parte delle strutture private accreditate;
- Attività di Telemedicina: teleconsulto, televisita;
- Elementi provenienti da documenti, quali il PRGLA, o note regionali relative ad esempio a scadenza della prescrizione, perdita della priorità, percorsi di tutela, percorsi di prenotazione.

Parallelamente alla formazione, vengono condotti regolarmente audit con le varie tipologie di prescrittori:

- Audit con gli MMG coordinatori di Aggregazioni Funzionali Territoriali – AFT con nota di trasmissione e relativo audit trimestrale con la seguente reportistica relativa alle prestazioni maggiormente critiche (escludendo le prestazioni “suggerite”):

Tasso/1000 assistiti di prime visite dermatologiche;
Tasso/1000 assistiti di prime visite oculistiche;
Tasso/1000 assistiti di prime visite cardiologiche;
Tasso/1000 assistiti di prime TC-RM;
Tasso/1000 assistiti di prescrizioni di controllo della branca di cardiologia;
Tasso/1000 assistiti di prescrizioni di controllo della branca di oculistica;
Tasso/1000 assistiti di prescrizioni di controllo della branca di dermatologia;
Tasso/1000 assistiti di prescrizioni di colonscopia (assistiti 20-49 aa);
Tasso/1000 di prescrizioni di colonscopia in età di screening (50-69 aa);
Distribuzione % delle classi U,B,D,P.

A ciascun Coordinatore di AFT vengono presentati dal Direttore Cure primarie e/o Direttore di Distretto i dati totali di AFT e di ciascun prescrittore.

- Audit con singoli MMG medici che risultano “iperprescrittori” (intesi come tasso di prescrizioni di prestazioni critiche al di sopra di una determinata soglia di percentile);
- Audit con i medici specialisti: incontri con i Direttori di Unità Operativa (medici dipendenti) e Coordinatori di Branca (Medici SAI) per la presentazione dei dati

trimestrali per monitorare l'andamento con particolare riferimento alle prime prestazioni (per prestazioni critiche) / 1.000 abitanti e alla percentuale di visite di controllo richieste.

L'Azienda ULSS 2 agisce sull'appropriatezza prescrittiva anche attraverso la contrattazione con le strutture private accreditate e categorie professionali:

- Privati accreditati: definizione, al rinnovo degli Accordi Contrattuali, delle modalità organizzative per garantire la presa in carico anche da parte delle Strutture Private Accreditate;
- Personale dipendente: assegnazione nel budget delle Unità Operative di obiettivi di appropriatezza prescrittiva (es. tassi/1000 residenti; % prestazioni B erogate entro 10 giorni);
- Specialisti SAI: inserimento negli Accordi Attuativi Aziendali di obiettivi di appropriatezza;
- MMG/PLS inserimento nei Patti Aziendali di obiettivi di appropriatezza (es. tassi/1000 assistiti; distribuzione % UBDP con P>D>B>U; allineamento tassi di prescrizione per prestazioni in branche critiche con benchmark di riferimento interno (AFT con più basso tasso di prescrizione a parità di case mix di pazienti));
- Gruppi di lavoro per specialità critiche composti da specialisti dipendenti, specialisti SAI e rappresentanti delle Direzioni di Distretto, Direzioni UOC Cure primarie, Direzioni Mediche di Ospedale);
- Gruppo di lavoro con MMG su appropriatezza costituito da rappresentanti MMG e rappresentanti Aziendali (Direzioni di Distretto, Direzione UOC Cure primarie, Direzioni Mediche di Ospedale).

Modalità di gestione della prenotazione

L'accesso all'offerta aziendale (sistema pubblico e privato accreditato) viene garantita tramite i seguenti canali di prenotazione:

- Call Center aziendali: tre numeri telefonici differenti, uno per Distretto;
- CUP dislocati nelle sedi ospedaliere e nelle sedi periferiche distrettuali, con sportello fisico dedicato;
- *Prenota on line il turno allo sportello*: per non fare coda l'utente può programmare, on line, in anticipo e da casa, un appuntamento presso gli sportelli CUP. Il Servizio è attivo nel Distretto di Pieve;
- *Ti chiamiamo noi*: tramite questo servizio l'utente può prenotare, tramite il sito internet aziendale, un appuntamento telefonico con un operatore CUP;
- *App Prenota Veloce*: per prenotazione sincrona o con invio appuntamento entro 48 ore dalla data contatto, per la prenotazione asincrona;
- *App di prenotazione aziendale o tramite sito internet aziendale* (per il Distretto di Treviso): l'utente può effettuare la prenotazione direttamente tramite il canale digitale. Nel caso non sia presente offerta, il canale digitale permette l'inserimento della richiesta in lista di pre-appuntamento;
- Prenotazione On-line tramite invio email del numero della ricetta elettronica e del codice fiscale (per i Distretti di Asolo e Treviso). All'utente viene restituito un appuntamento nel giro di tre giorni lavorativi.

I servizi CUP e Call Center sono in gestione a fornitori esternalizzati.

Indipendentemente dal canale di accesso, il personale preposto alla prenotazione non può accogliere la prescrizione se questa è sprovvista di classe di priorità (per prime visite e primi accessi) o temporizzazione del controllo (per tutte le prestazioni di controllo).

Se al momento del contatto dell'utente con le strutture del sistema sanitario non c'è un appuntamento in grado di soddisfare la classe di priorità indicata nella prescrizione, l'Azienda provvede a prendere in carico l'utente inserendolo nella lista di pre-appuntamento.

Come da disposizioni regionali, nei casi in cui il paziente rifiuti la sede o la data della prima disponibilità offerta, la priorità indicata nella prescrizione decade e l'Azienda provvede a proporre, in maniera sincrona o successivamente, una ulteriore disponibilità oltre i termini di priorità.

La priorità decade anche nel caso il cui l'utente rifiuti di essere inserito in lista di pre-appuntamento.

Le liste di pre-appuntamento sono attive in tutti i Distretti dell'Azienda.

L'inserimento dell'utente in lista di pre-appuntamento permette all'Azienda di attivare tutte le misure atte alla erogazione della prestazione richiesta entro i termini di priorità.

Le liste di pre-appuntamento sono attive per tutte le prestazioni traccianti e non traccianti. Questo

consente all'Azienda di non respingere mai l'utente a CUP / Call Center e di prendere sempre in carico la richiesta in tutti i quei casi in cui non sia possibile procedere con prenotazione sincrona.

Sia nel caso di avvenuta prenotazione, sia nel caso di inserimento in pre-lista all'utente viene rilasciato un promemoria riportante la data in cui l'utente ha contattato l'Azienda ed il numero di pre-appuntamento. Il rilascio del promemoria può essere richiesto in qualsiasi momento allo sportello di front office per quegli utenti che abbiano utilizzato un canale di prenotazione diverso dallo sportello.

Per gli utenti in lista di pre-appuntamento, personale dedicato di back office effettua la riallocazione del paziente ed effettua la chiamata allo stesso (contestuale o differita). Nel corso del 2024 è stato implementato in maniera incrementale su una tipologia sempre più vasta di prestazioni anche l'invio di proposta di appuntamento tramite SMS. L'invio dell'SMS permette di efficientare il processo di prenotazione e di liberare risorse di back office al fine di garantire la totale saturazione dell'offerta aziendale (sistema pubblico e privati accreditati), così come a garantire una tempestiva presa in carico delle richieste in pre-appuntamento.

Sono attivi anche invii di SMS per ricordare la data e l'ora dell'appuntamento a 6 giorni dallo stesso.

Il back office effettua la quotidiana manutenzione/pulizia delle liste di pre-appuntamento anche con riferimento alle richieste catalogate come "garantita 2/G2" (richieste per cui non è previsto il rispetto dei termini di priorità).

Ogni richiesta viene presa in carico secondo le indicazioni Regionali di cui alla Deliberazione della Direzione per la Programmazione Sanitaria della Regione Veneto "Flow chart gestione prenotazioni" n. 19 del 2024.

La digitalizzazione del sistema di prenotazione riguarda anche la comunicazione della disdetta dell'appuntamento da parte dell'utente. La comunicazione della disdetta dell'appuntamento è un nodo fondamentale nel percorso della prenotazione, in quanto consente di liberare posti disponibili per altri utenti al fine di ottimizzare la saturazione dell'offerta.

Come da disposizioni regionali, la comunicazione della disdetta deve avvenire entro i quattro giorni lavorativi antecedenti l'appuntamento.

Il nuovo PRGLA prevede importanti modifiche relative al diritto dell'utente di esercitare la validità della priorità di accesso e alla durata della prescrizione del sistema sanitario regionale.

Come opportunamente ricordato nel testo regionale, la priorità della prestazione è dettata dal bisogno di salute. L'utente è quindi tenuto ad accedere a uno dei canali di prenotazione in tempi coerenti alla priorità indicata sulla prescrizione, al fine di usufruire del diritto di ricevere la prestazione nei tempi indicati dalla classe di priorità.

Qualora l'utente si presenti oltre i termini previsti da ciascuna classe di priorità (B=10 giorni, D=30 giorni, P=60/90 giorni) l'obbligo del rispetto della tempistica di erogazione decade e l'Azienda non è tenuta a garantire la prestazione nei tempi previsti. La perdita di priorità, tuttavia, non è implementabile al momento per obsolescenza dei tre applicativi di gestione delle prenotazioni.

Nel corso del 2025 è previsto l'avvio e completa implementazione del nuovo Sistema Informativo Ospedaliero – SIO, per la sola parte di prenotazione e gestione delle prenotazioni e cartella ambulatoriale. L'avvio è previsto nel mese di marzo 2025 nel Distretto di Pieve per estendersi poi a quello di Asolo e a quello di Treviso entro la fine del 2025. Quando il SIO ambulatoriale sarà a regime, quanto sopra riportato in relazione a perdita di priorità entrerà automaticamente in effetto.

Il nuovo PRGLA prevede che la validità temporale della ricetta del Sistema Sanitario Nazionale sia

stabilita in 180 giorni. Si precisa che una volta che la prestazione prescritta è stata presa in carico o prenotata dall'Azienda, la prescrizione resta valida fino al momento dell'erogazione.

Percorsi di tutela

I percorsi di tutela si attuano con riferimento alle prestazioni di primo accesso che non possono essere garantite al momento del contatto con l'Azienda nei tempi indicati nella classe di priorità.

I pazienti per cui non è possibile procedere con una prenotazione sincrona vengono – come detto precedentemente – inseriti in una lista di pre-appuntamento per una successiva gestione a back office. L'inserimento in pre-appuntamento dà pertanto all'Azienda la possibilità di procedere con i percorsi di seguito elencati:

- saturazione massima in tutte le agende di prenotazione. Questa viene raggiunta tramite la proposta di slot provenienti da disdette se di primo accesso, o di slot precedentemente riservati alla presa in carico, laddove non siano occupati. Un apposito cruscotto consente di monitorare quotidianamente, all'inizio della giornata lavorativa, le disponibilità inoccupate e rende agevole la verifica e riallocazione delle prestazioni in attesa;
- gestione flessibile delle disponibilità in agenda: tale flessibilità consente di rimodulare la proporzione degli slot compartimentati in base alle priorità sulla base della domanda entrante, sia in ambito pubblico che in quello del privato accreditato;
- utilizzo dell'overbooking in ambito pubblico per la tipologia di prestazioni che lo consentano;
- adozione di sistemi di prenotazione con invio del messaggio di promemoria e sistema recall in ottica di riduzione delle potenziali mancate disdette, ottimizzando l'utilizzo dei posti disponibili;
- adozione di liste di pre-appuntamento di tutela, gestite direttamente dalle Unità Operative per prestazioni strumentali di 2°/3° livello, al fine di valutare l'appropriatezza clinica della richiesta e di ottimizzare l'espletamento dell'erogazione di prestazioni complesse o combinate ad altre prestazioni. Questo consente di prendere in carico direttamente la richiesta, demandando allo specialista la facoltà di: a) evadere la prestazione, b) convertire la prestazione in visita (visita filtro);
- adozione di liste di pre-appuntamento in visione e gestione diretta alla struttura privata accreditata. Tramite specifici accordi con alcune strutture private accreditate, alcune tipologie di prestazioni con classe di priorità D sono gestite – in aggiunta alle consuete modalità – anche tramite apposite agende ("agende di garanzia"). Gli utenti inseriti in queste agende vengono gestiti direttamente dalle strutture private accreditate, che ha l'obbligo di erogare la prestazione nei termini stabiliti. Per ottenere ciò, la struttura privata accreditata può utilizzare una offerta diversa da quella normalmente concessa all'Azienda ricorrendo, ad esempio, ad overbooking, o utilizzando posti inoccupati tra gli slot che la struttura dedica a pazienti paganti per intero, o programmando sedute dedicate. L'utente viene direttamente chiamato dalla struttura. La gestione della richiesta viene garantita nelle 72 ore successive l'inserimento in lista, ed è monitorata regolarmente dall'Azienda. Tramite questo percorso di tutela, l'Azienda ha il vantaggio di vedere soddisfatta la richiesta dell'utente, mentre il privato accreditato ha la possibilità di utilizzare slot che sarebbero rimasti vuoti o di riorganizzare turni, personale e macchinari in maniera da ottimizzare la forza lavoro;
- ricorso alla libera professione aziendale (ovvero libera professione intramuraria richiesta dall'Azienda) per il rispetto dei tempi massimi di attesa per l'accesso alle prestazioni

ambulatoriali così come richiamati nel PRGLA (paragrafo 1.1.1 Tempi massimi di attesa per le prestazioni ambulatoriali) per le classi di priorità U, B, D, P e precedentemente definiti dalla Legge Regionale n. 30 del 2016. Rientrano in questo percorso, ad esempio, gli utenti che fanno richiesta di avvalersi del Decreto Legislativo 124 del 1998 e risultano idonei ai sensi dell'apposita procedura aziendale. Al paziente, se non esente, viene richiesta solo la usuale somma versata a titolo di partecipazione al costo della prestazione in base alla tariffa vigente.

- limitazione dell'esercizio della libera professione intramoenia in favore di maggiore spazi alla libera professione aziendale.

Trasparenza e comunicazione

Particolare importanza nella gestione delle liste di attesa riveste la promozione di una comunicazione trasparente con l'utenza e, parimenti, con tutti i numerosi attori coinvolti nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

A tal fine l'Azienda sfrutta tutti i propri canali comunicativi verso il cittadino quali il sito internet aziendale, locandine e opuscoli cartacei, incontri con le organizzazioni sindacali degli utenti, incontri con Sindaci e Consigli Comunali, partecipazione a trasmissioni radiofoniche e televisive dedicate alle problematiche relative ai tempi di attesa, interventi sulla stampa locale. Questi interventi sono affiancati dai più recenti canali digitali quali i social media con il fine di raggiungere tutte le fasce della popolazione servita.

Una particolare attenzione viene data alla formazione del personale dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), cui spesso è delegato il rapporto diretto con l'utenza in tema di liste di attesa, con l'intento di rimuovere carenze di informazione presenti e risolvere eventuali conflittualità tra utenza e Azienda sanitaria.

Nel sito internet aziendale, direttamente dalla pagina home dello stesso, è possibile accedere ad una sezione dedicata alle liste di attesa. In questa sezione sono presenti informazioni generali sui tempi massimi di attesa per la Regione Veneto, la definizione delle prestazioni "traccianti", e collegamenti diretti al Piano Attuativo Aziendale vigente, a dati di monitoraggio delle prestazioni con collegamento diretto al Portale Sanità della Regione Veneto dedicato, agli ambiti di garanzia ed ai percorsi di tutela, oltre alla documentazione maggiormente rilevante sul tema.

I dati sui tempi di attesa sono elaborati da Azienda Zero con una cadenza minima mensile sulla base delle indicazioni della Cabina di Regia sulle liste d'attesa. Tali dati vengono utilizzati per popolare la sezione dedicata al monitoraggio dei tempi di attesa dei vari siti aziendali.

La sezione sulle liste di attesa presenta inoltre un collegamento diretto ad un'area dedicata con tutti i canali di prenotazione disponibile in Azienda. Nella stessa area è possibile prenotare prestazioni in SSN, in libera professione, annullare gli appuntamenti o stampare (per il Distretto di Treviso) il promemoria di una prenotazione già avvenuta. Nel corso del 2025, con il passaggio al CUP unico aziendale / SIO ambulatoriale, questa sezione verrà rivista con tutti gli adeguamenti necessari nell'ottica di semplificare il processo di prenotazione da parte dell'utente e renderlo omogeneo all'interno del territorio dell'AULSS 2.

Per finalità di trasparenza, come previsto dal nuovo PRGLA sono presenti:

- Piano Attuativo Aziendale (PAA) per il governo delle liste di attesa nell'ultima versione disponibile, con relativa delibera di attuazione. I documenti sono pubblicati in formato pdf accessibile, scaricabile dall'utente, e facilmente raggiungibili attraverso un link disponibile all'interno della voce del menu principale in home page "Servizi al cittadino" sezione "Liste di attesa":

<https://www.aulss2.veneto.it/liste-attesa>.

- l'elenco delle prestazioni ambulatoriali per cui sono stati definiti gli ambiti di garanzia e relativi ambiti;

- i dati riferiti al monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale previste dal PNGLA. La pubblicazione è relativa alle classi di priorità B, D e P con dati forniti da Azienda Zero;
- l'elenco dei punti di erogazione pubblici, privati accreditati e convenzionati e relative modalità di accesso alle prestazioni <https://www.aulss2.veneto.it/Le-nostre-sedi>;
- i percorsi di tutela per garantire il rispetto delle priorità per i primi accessi così come previsto dalla normativa vigente;
- guida alla lettura dei dati;
- il collegamento al sistema CUP aziendale per la prenotazione on line delle prestazioni;
- una sezione dedicata alla divulgazione informativa al cittadino sulle modalità di prenotazione, pagamento, disdette e servizi utili per effettuarle.

A tutela dell'equità e della trasparenza, la Regione aggiorna costantemente il portale regionale dei tempi di attesa rispetto alle modalità organizzative, alle eventuali novità normative, alle caratteristiche dei diversi regimi di erogazione, ai tempi standard per classi di priorità.

Infine, anche le eventuali sospensioni dell'erogazione delle prestazioni legate a motivi tecnici e gli interventi conseguenti per fronteggiare i disagi, sono oggetto di informazione al cittadino per il tramite dei canali di comunicazione attivi.

Ambiti di garanzia territoriale, anno 2025

“bacino territoriale minimo entro il quale deve essere soddisfatta la domanda di prestazioni entro i tempi massimi previsti”

#	Codice	Descrizione	Ambito di Garanzia*
1	45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS]	ASL 2, ASL 4, IOV
2	45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA	ASL 2, ASL 4, IOV
3	45.23	COLONSCOPIA	ASL 2, ASL 4, IOV
4	45.24	RETTO-SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	ASL 2
5	45.25	PANCOLONSCOPIA CON BIOPSIA	ASL 2, ASL 4, IOV
6	45.42	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL'INTESTINO CRASSO	ASL 2, ASL 4, IOV
7	87.03	TC CRANIO-ENCEFALO	ASL 2
8	87.03.1	TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC	ASL 2
9	87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE	ASL 2
10	87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	ASL 2
11	87.41	TC TORACE	ASL 2
12	87.41.1	TC TORACE SENZA E CON MDC	ASL 2
13	88.01.1	TC ADDOME SUPERIORE	ASL 2
14	88.01.2	TC ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC	ASL 2
15	88.01.3	TC ADDOME INFERIORE	ASL 2
16	88.01.4	TC ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	ASL 2
17	88.01.5	TC ADDOME COMPLETO	ASL 2
18	88.01.6	TC ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC	ASL 2
19	88.38.5	TC BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE	ASL 2
20	88.38.A	TC RACHIDE CERVICALE	ASL 2
21	88.38.B	TC RACHIDE TORACICO	ASL 2
22	88.38.C	TC RACHIDE LOMBOSACRALE E SACRO COCCIGE	ASL 2
23	88.38.D	TC RACHIDE CERVICALE SENZA E CON MDC	ASL 2
24	88.38.E	TC RACHIDE TORACICO SENZA E CON MDC	ASL 2
25	88.38.F	TC RACHIDE LOMBOSACRALE E SACRO COCCIGE SENZA E CON MDC	ASL 2
26	88.71.4	ECO DEL CAPO E DEL COLLO	ASL 2
27	88.72.2	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA A RIPOSO	ASL 2
28	88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA A RIP. E DOPO PROVA FARM.	ASL 2
29	88.73.1	ECO BILATERALE MAMMELLA	ASL 2
30	88.73.2	ECO MONOLATERALE MAMMELLA	ASL 2
31	88.73.5	ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRAORTICI A RIPOSO	ASL 2
32	88.74.1	ECO ADDOME SUPERIORE	ASL 2
33	88.75.1	ECO ADDOME INFERIORE	ASL 2
34	88.76.1	ECO ADDOME COMPLETO	ASL 2
35	88.77.4	ECOCOLORDOPPLER ARTERIOSO ARTI INFERIORI	ASL 2
36	88.77.5	ECOCOLORDOPPLER ARTERIOSO ARTI INFERIORI CON PROVA FARM.	ASL 2
37	88.78	ECO OSTETRICA	ASL 2

38	88.78.2	ECO GINECOLOGICA ADDOMINALE EVENT. ECOCOLORDOPPLER	ASL 2
39	88.91.1	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO	ASL 2
40	88.91.2	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO SENZA E CON MDC	ASL 2
41	88.93.4	RM RACHIDE LOMBOSACRALE	ASL 2
42	88.93.5	RM RACHIDE SACROCOCCIGEO	ASL 2
43	88.93.7	RM RACHIDE CERVICALE SENZA E CON MDC	ASL 2
44	88.93.8	RM RACHIDE DORSALE SENZA E CON MDC	ASL 2
45	88.93.9	RM RACHIDE LOMBOSACRALE SENZA E CON MDC	ASL 2
46	88.93.A	RM RACHIDE SACROCOCCIGEO SENZA E CON MDC	ASL 2
47	88.93.V	RM RACHIDE CERVICALE	ASL 2
48	88.93.Z	RM RACHIDE DORSALE	ASL 2
49	88.95.4	RM ADDOME INFERIORE	ASL 2
50	88.95.5	RM ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC	ASL 2
51	89.7_17	PRIMA VISITA GERIATRICA	ASL 2
52	89.13_2	PRIMA VISITA NEUROLOGICA	ASL 2
53	89.13_3	PRIMA VISITA NEUROCHIRURGICA	ASL 2
54	89.26.1	PRIMA VISITA GINECOLOGICA	ASL 2
55	89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE	ASL 2
56	89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE	ASL 2
57	89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE	ASL 2
58	89.43	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO AL CICLOERGOMETRO	ASL 2
59	89.44	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO	ASL 2
60	89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (Holter)	ASL 2
61	89.7A.3	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA CON ECG	ASL 2
62	89.7A.4	PRIMA VISITA CHIRURGICA GENERALE	ASL 2
63	89.7A.6	PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	ASL 2
64	89.7A.7_2	PRIMA VISITA ALLERGOLOGICA	ASL 2
65	89.7A.7_5	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA	ASL 2
66	89.7A.8_2	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA	ASL 2
67	89.7A.8_5	PRIMA VISITA DIABETOLOGICA	ASL 2
68	89.7A.9	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	ASL 2
69	89.7B.2	PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	ASL 2
70	89.7B.6	PRIMA VISITA ONCOLOGICA	ASL 2
71	89.7B.7	PRIMA VISITA ORTOPEDICA	ASL 2
72	89.7B.8	PRIMA VISITA ORL	ASL 2
73	89.7B.9	PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA	ASL 2
74	89.7C.2_3	PRIMA VISITA UROLOGICA	ASL 2
75	89.7R.1	PRIMA VISITA REUMATOLOGICA	ASL 2
76	93.08.1	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG].	ASL 2
77	93.08.S	STUDIO NEUROFISIOLOGICO SUPERIORE COMPLETO	ASL 2
78	93.08.T	STUDIO NEUROFISIOLOGICO ARTO INFERIORE COMPLETO	ASL 2
79	93.08.V	STUDIO NEUROFISIOLOGICO FACCIALE E TRIGEMINALE COMPLETO	ASL 2
80	93.08.Z	STUDIO NEUROFISIOLOGICO DEL TRONCO	ASL 2
81	95.02	PRIMA VISITA OCULISTICA	ASL 2
82	95.11	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS	ASL 2

83	95.41.1	ESAME AUDIOMETRICO TONALE	ASL 2
----	---------	---------------------------	-------

** L'ambito di garanzia viene rivisto annualmente ad ogni revisione del Piano Attuativo Aziendale in base alla domanda dell'utenza e all'offerta disponibile attraverso i servizi del sistema pubblico e privati accreditati presenti nell'Azienda ULSS 2. Qualora l'offerta intra aziendale non fosse sufficiente a garantire la domanda entrante per prime visite, verrà reperita – se disponibile – offerta presso altre Aziende sanitarie limitrofe o loro privati accreditati.*

Il Direttore Generale
Dott. Francesco Benazzi

