



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 marzo 2026

Premessa

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).

Il difficile equilibrio tra domanda e offerta in sanità

Le liste di attesa in sanità si formano perché la domanda di prestazioni sanitarie è maggiore dell'offerta disponibile. Possiamo immaginare questo delicato equilibrio come una bilancia a due piatti: su uno c'è il peso della domanda di prestazioni specialistiche, come ad esempio visite di ogni branca (oculistiche, dermatologiche, cardiologiche, etc) ed esami diagnostici a varia complessità (da una semplice radiografia ad indagini di endoscopia digestiva o ricostruzioni tridimensionali del cuore) e sull'altro l'offerta che il sistema sanitario nazionale e il privato accreditato riescono a fornire in un determinato momento. Se i due piatti della bilancia hanno pari "peso" siamo in una situazione di equilibrio perfetto, se il peso della domanda è maggiore dell'offerta disponibile si formano le così dette "liste di attesa".

La condizione di equilibrio perfetto tra domanda e offerta, in ambito sanitario, non si verifica mai. Questo è anche dovuto al meccanismo di induzione, diretta o indiretta, della domanda. Tra gli addetti del settore è celebre la frase "Metti un ecografo nel deserto e dopo una settimana avrai una lista di attesa". Si tratta di un aforisma utilizzato in ambito medico per evidenziare il fenomeno dell'eccesso di domanda diagnostica (overuse) e di inappropriata prescrizione.

Lo squilibrio domanda / offerta è dovuto a numerose cause. Se ne riporta qui un elenco non esaustivo per far comprendere meglio il fenomeno:

1. Risorse limitate

- Medici, infermieri e tecnici non sono sufficienti rispetto ai bisogni;
- Numero limitato di macchinari diagnostici (TAC, risonanze, ecc.), ambulatori chirurgici;

- Risorse finanziarie insufficienti. Le risorse destinate alla sanità sono per definizione “finite” e diversi utilizzi concorrono tra di loro attingendo allo stesso fondo. Il fondo disponibile deriva dalla tassazione generale e dalla compartecipazione del cittadino alle varie prestazioni, se dovuta.

2. Invecchiamento della popolazione

- La speranza di vita nel nostro paese continua ad aumentare, portando fisiologicamente ad un aumento delle persone affette da malattie croniche;
- L'aumento della prevalenza di soggetti con malattie croniche come ad esempio il diabete, tumori, malattie neurodegenerative, portano ad una maggior richiesta di esami – alcuni molto complessi -, visite di controllo e interventi.

3. Organizzazione dell'offerta

- Il paziente in possesso di una richiesta di prestazione validata dal medico curante talvolta ottiene l'erogazione della stessa dopo un percorso tortuoso;
- Utilizzo di macchinari di diagnostica pesante (Tac, risonanze magnetiche) non ottimale, con mancata saturazione di tutti gli slot disponibili;
- Difficoltà di coordinamento tra le varie strutture eroganti le prestazioni sanitarie, siano esse del sistema sanitario nazionale o dei privati accreditati.

4. Priorità cliniche

- Talvolta pazienti con pari bisogno assistenziale vengono classificati con priorità cliniche diverse;
- Prestazioni di controllo – ovvero tutti gli accessi successivi ad una prima visita – considerate come meno prioritarie rispetto alle prime visite;
- Difficoltà nella effettuazione della presa in carico, dove per presa in carico si intende la gestione da parte dell'Azienda Sanitaria delle prestazioni necessarie al monitoraggio della patologia.

5. Prescrizioni inappropriate

- Esami richiesti anche quando non strettamente necessari spesso in un'ottica di medicina difensiva;
- Duplicazioni di visite ed esami per sollecitazione dei pazienti (ad esempio la richiesta di una seconda opinione ad un determinato problema clinico già propriamente valutato).

6. Rapporto pubblico–privato

- Le strutture che effettuano prestazioni esclusivamente a pagamento tendono ad indurre la domanda di prestazioni sanitarie;
- L'induzione della domanda ha un doppio effetto negativo: pressione sul paziente per effettuare altre prestazioni a pagamento e pressione sul Sistema Sanitario per effettuare prestazioni, spesso inappropriate se non dannose, richieste da strutture che operano secondo una logica di profitto;

- Le due condizioni sopra descritte tendono a determinare, inoltre, disuguaglianze di salute dipendenti dalla condizione socio-economica dell'assistito.

7. Politiche sanitarie

- Investimenti non allineati ai bisogni reali;
- Limitata possibilità di assunzione di personale per tetti di spesa non adeguati al modificato panorama epidemiologico;
- Difficoltà nella pianificazione a medio e lungo termine del fabbisogno di personale;
- Disinvestimento in interventi volti a prevenire o ritardare l'insorgenza di patologie croniche.

8. Eventi esterni

- Eventi come la pandemia da Sars-CoV-2 ha determinato una sospensione dell'erogazione di prestazioni sanitarie per un periodo protratto con conseguente accumulo di richieste da smaltire;
- Affaticamento generale del sistema: crisi protratte tipo quella da COVID-19 determinano situazioni di "stress di sistema" generalizzato con perdita di personale sanitario per burn-out o per nuove opportunità lavorative a minor carico di responsabilità.

In sintesi: non è possibile ridurre un fenomeno così complesso come quello delle liste di attesa come problema di "troppe persone in coda", bensì, per una sua comprensione e risoluzione del problema, è necessario rifarsi alle cause strutturali della generazione dell'eccesso di domanda e della contrazione dell'offerta.

Come risponde l'Azienda ULSS 2 al problema delle liste di attesa

La pandemia COVID-19 ha determinato, come accennato sopra, un grave disequilibrio tra domanda di prestazioni sanitarie e offerta. Per un tempo protratto infatti, la domanda è rimasta "sospesa" in un limbo determinato dalle disposizioni allora in essere per il controllo della pandemia.

Questa sospensione ha determinato un accumulo progressivo di bisogni sanitari non soddisfatti sia per la parte di specialistica ambulatoriale, quindi prestazioni a bassa/media complessità quali visite ed accertamenti diagnostici, sia per la parte di interventi chirurgici.

La complessa macchina del sistema sanitario nazionale ha potuto operare a pieno regime soltanto dal 2023 in poi, dopo una riduzione totale (eccezion fatta per i servizi essenziali di emergenza) o parziale per un periodo di quasi due anni. L'arresto del sistema si è tradotto in un accumulo di decine di migliaia di pazienti – solo nella Azienda ULSS 2 – in attesa di una prestazione.

Tale accumulo non poteva essere gestito con una espansione della offerta tale da poterlo accogliere in quanto l'offerta di prestazioni sanitaria è espandibile solo lentamente ed entro limiti dettati da carenza di risorse umane e di finanziamenti disponibili. Il personale delle Aziende sanitarie, che rappresenta il bene più prezioso di ogni Azienda, è stato pesantemente messo alla prova nel corso della pandemia COVID-19 portando tutto il personale operante nelle Aziende sanitarie (d'Italia) ad un pesante affaticamento da protratta emergenza. Ciò non ha impedito al personale dell'Azienda di

attuare interventi sistemici che hanno interessato tutti i reparti, così come la parte amministrativa, in tutto il territorio della Marca Trevigiana.

Per far fronte a questa crisi, la Regione Veneto ha istituito nella prima parte del 2023 una Cabina di Regia sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale, con lo scopo di ridurre le liste dei pazienti in attesa di ricevere un appuntamento e, nel lungo termine, di migliorare i tempi di attesa.

La prima cosa che è stata fatta dalla Regione è stata la messa a punto di uno strumento di monitoraggio univoco e trasparente a cui tutte le Aziende potessero riferirsi e tale da consentire un controllo serrato da parte dei decisori regionali sul perseguimento di stringenti obiettivi dati ad ogni Azienda sanitaria.

Gli obiettivi regionali hanno proceduto secondo una logica graduale, cercando di “mettere in sicurezza” per primi i pazienti con bisogno di salute importante, ovvero i pazienti in attesa di appuntamento con priorità B a 10 giorni.

Il primo obiettivo infatti è stato di chiedere alle Aziende di ridurre e, successivamente, azzerare il numero di pazienti in attesa di appuntamento con questa priorità.

Successivamente si è chiesto di abbassare progressivamente le priorità D a 30 giorni e poi le P a 90 giorni, secondo soglie definite tenendo conto delle prestazioni “accumulate” in fase di pandemia COVID-19.

Nel ventaglio delle migliaia di tipologie di prestazioni che le Aziende possono erogare nel Sistema Sanitario Nazionale, la Regione ha scelto, per monitorare il fenomeno delle liste di attesa, le stesse prestazioni definite nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021 (tuttora vigente a livello nazionale) definite “prestazioni traccianti”.

Vengono definite “traccianti” quel paniere di prestazioni identificate dal Ministero come essenziali per la diagnosi e cura del più vasto numero, a livello epidemiologico, di patologie o prestazioni che, per offerta stabilmente carente, tendono a rallentare il processo diagnostico interferendo quindi con la morbosità e mortalità della popolazione. Vi fanno parte molte visite quali la visita cardiologica, pneumologica, diabetologica, così come moltissimi accertamenti strumentali quali la colonscopia, la mammografia, un gruppo selezionato di risonanze magnetiche e di TAC. Non vi fanno invece parte esami molto facilmente reperibili e per cui non vi è lista di attesa quali ad esempio tutta la radiologia tradizionale a bassa complessità come ad esempio la radiografia del torace e, di converso, quelle ad altissima complessità – perché meno richieste rispetto al paniere delle prestazioni traccianti – quali ad esempio la ricostruzione dinamica tridimensionale del cuore (RM cine cuore).

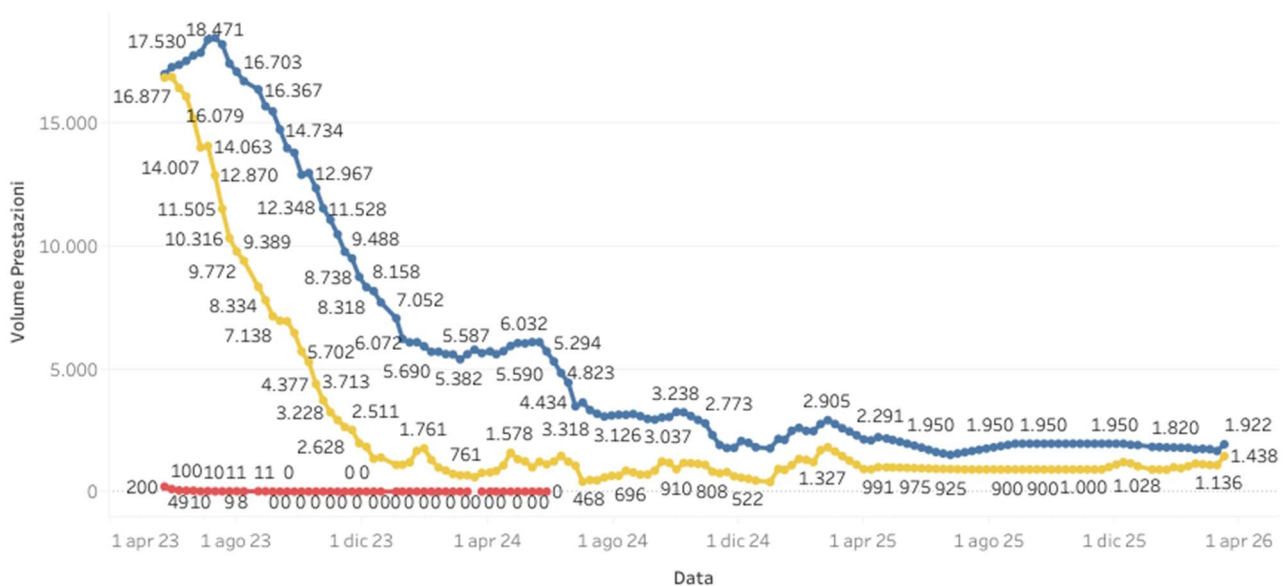
Lo strumento di monitoraggio della Regione ha cominciato a raccogliere i dati da maggio 2023 ed è tutt'ora in corso.

Come si può vedere dal grafico 1, l'Azienda ULSS 2 aveva nel maggio 2023 un numero elevatissimo di pazienti in attesa di appuntamento per le prestazioni traccianti pari a 34.607. Questo accumulo di pazienti risultava – all'epoca – il più elevato di tutta la Regione Veneto.

Già nel settembre del 2023, tutti i pazienti in lista di pre-appointment con priorità B sono stati allocati. Per le priorità D e P la riduzione è stata drastica nel secondo semestre del 2023 pari – a fine dicembre, ovvero in meno di otto mesi – ad una riduzione del 76% rispetto alle prestazioni in pre-appointment ad inizio del monitoraggio.

Andamento delle prestazioni traccianti: prestazioni in pre-appointment da maggio 2023 a marzo 2026 in AULSS 2, per classe di priorità (rosso B, giallo D, blu P). Dati Cruscotto regionale Tableau

Trend pre-appointamenti



Come si è riusciti ad arrivare a questo risultato e, soprattutto, a mantenerlo nel tempo?

Questo è stato ottenuto attraverso:

- modelli di previsione domanda;
- predisposizione di Piani Operativi Aziendali per perseguire gli obiettivi regionali;
- acquisto da privati per quelle prestazioni in cui la produzione del pubblico non è sufficiente per soddisfare la domanda;
- aumento della libera professione dei dipendenti per lo smaltimento liste;
- aumento della libera professione dei Specialisti Ambulatoriali Interni per lo smaltimento liste;
- ristrutturazione complessiva offerta per favorire una saturazione ottimale di ogni slot disponibile;
- controllo della domanda;
- attuazione della presa in carico.

L'attuazione dell'ultimo punto, ovvero della presa in carico, consente al paziente un minor ricorso al medico di medicina generale e di avere le impegnative e gli appuntamenti necessari per risolvere un determinato problema di salute nel corso della prima visita. Questo aspetto è una sorta di

rivoluzione di tutto il sistema dell'offerta di prestazioni, volta a tenere il paziente al centro, opposto al precedente sistema che vedeva privilegiate le esigenze dell'organizzazione a quelle del paziente.

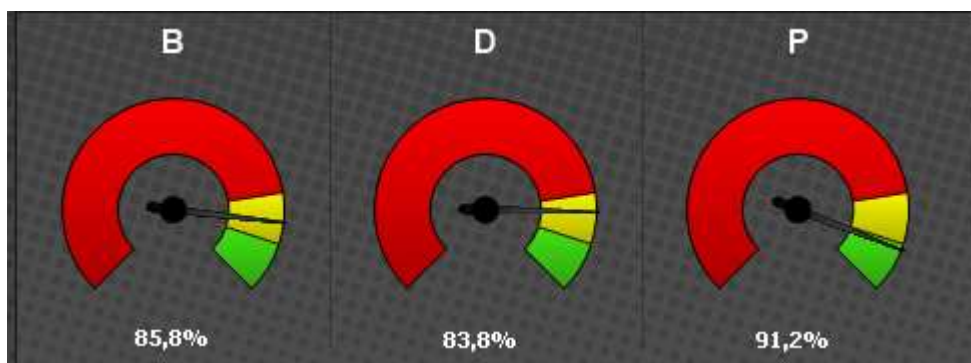
Tale aspetto è stato ribadito con forza dal vigente Piano Regionale di Governo per le liste di attesa emanato dalla Regione Veneto nel giugno del 2024 e rappresenta soltanto uno dei molti miglioramenti proposti dalla Regione e attuato con successo dalla Azienda ULSS2.

Un altro aspetto su cui l'Azienda ULSS 2 ha lavorato molto è il miglioramento della performance. Valutare la performance significa valutare quante prestazioni sono state erogate nei tempi previsti dalla priorità indicata nell'impegnativa.

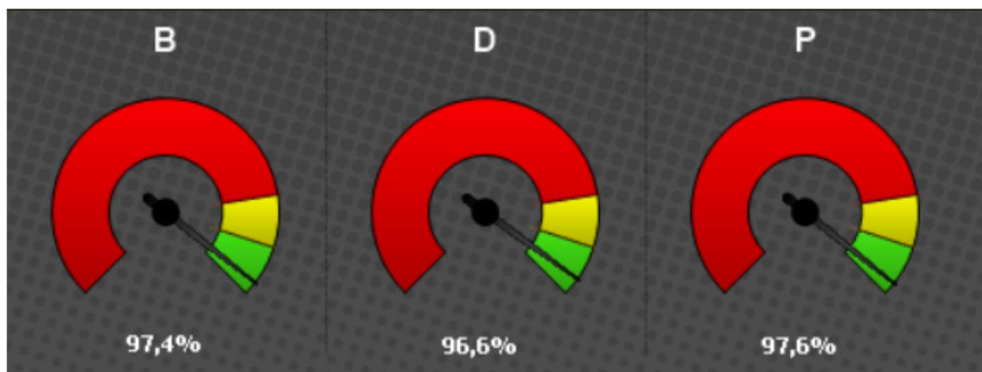
La performance viene generalmente misurata come percentuale di prestazioni erogate nei tempi sul totale delle prestazioni con quella classe di priorità in un determinato arco temporale.

Il grafico sotto riporta la misurazione della performance in due periodi: uno pre-interventi di miglioramento dei tempi di attesa e antecedente l'entrata in vigore del nuovo Piano Regionale Governo liste di attesa (aprile 2023) e uno post-interventi di miglioramento, per l'ultimo periodo disponibile (gennaio 2026).

Performance nel mese di aprile 2023, per classe di priorità. Dati: flusso SPS



Performance nel mese di gennaio 2026, per classe di priorità. Dati: flusso SPS



Come si può vedere dai grafici la performance ha subito un miglioramento drastico. Avere una performance pari al 98% per i pazienti in possesso di una impegnativa con priorità B significa che 98

pazienti su 100 hanno ricevuto la prestazione entro 10 giorni da quando hanno contattato il Sistema Sanitario Nazionale.

Per ottenere questi risultati si è lavorato soprattutto sul fronte dell'offerta.

In particolare si è cercato di espandere il più possibile l'offerta nell'ambito del Sistema Sanitario attraverso il reperimento di prestazioni aggiuntive (intramoenia) da parte dei dipendenti dell'Azienda ULSS 2 e dei medici Specialisti Ambulatoriali Interni. In seconda battuta, la disponibilità di importanti finanziamenti erogati dalla Regione ha permesso l'acquisto di prestazioni da strutture Private Accreditate.

Le strutture Private Accreditate hanno un essenziale ruolo ancillare rispetto al Sistema Sanitario Nazionale. L'Azienda ULSS 2 ha perseguito la logica di chiedere al privato accreditato ciò che serve all'Azienda, non ciò che il Privato Accreditato può offrire. Si tratta di una distinzione sostanziale che viene spesso distorta dalla narrazione sul ruolo del Privato Accreditato, le cui strutture vengono descritte come solo interessate a vendere prestazioni. Non è così nell'Azienda ULSS 2.

Sia nel pubblico che nel privato accreditato si sono effettuate aperture straordinarie serali e durante il fine settimana. Si è inoltre cercato di ottimizzare la saturazione dell'offerta disponibile, sfruttando ogni slot disponibile per prestazione, ad esempio tramite l'utilizzo di SMS per ricordare l'appuntamento e tramite l'allungamento dei tempi di disdetta.

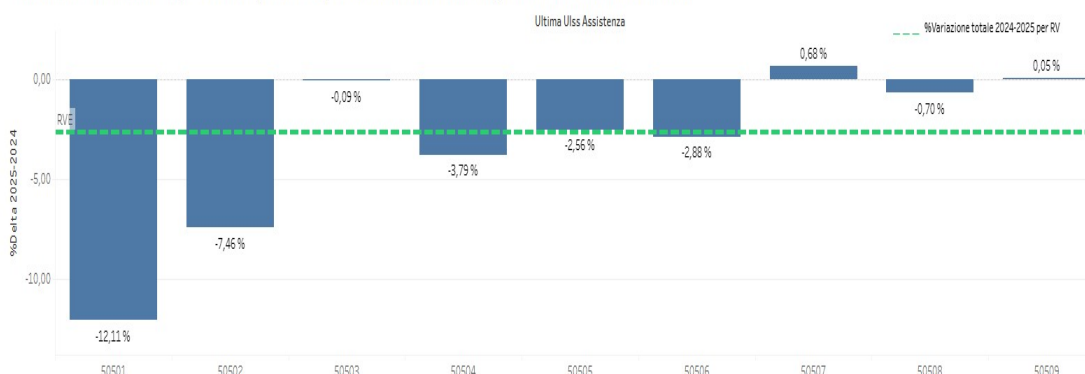
Quest'ultimo intervento – introdotto di recente - permette di rendere disponibili dei posti che altrimenti sarebbero rimasti inutilizzati per disdetta del paziente a ridosso dell'appuntamento, rendendo di fatto impossibile il reperimento di altri pazienti per occupare gli slot vacanti.

Nel contempo si è cercato di intervenire anche sulla domanda, con notevoli risultati che si sono visti nel medio termine.

Mentre, infatti, i risultati sull'offerta sono visibili pressoché nell'immediato, quelli sulla domanda sono investimenti più fruttiferi poiché centrano in pieno il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, ma necessitano di più tempo per tramutarsi in risultati apprezzabili. Il grafico sotto evidenzia la riduzione di domanda di prestazioni traccianti del 2025 (intero anno) rispetto al 2024 (intero anno).

Variazione della domanda per prestazioni traccianti, per AULSS del Veneto. Fonte dati: flusso SOGEI.

TRACCIANTI: Variazione % prestazioni prescritte per azienda d'assistenza gennaio - dicembre 2024-2025





Gli interventi sulla domanda sono stati rivolti a tutti i medici prescrittori dell'Azienda, siano essi convenzionati come i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta, gli Specialisti Ambulatoriali interni, sia i dipendenti e gli specialisti delle strutture Private Accreditate.

Si è cercato innanzitutto di vedere se esistevano fenomeni di "iper-prescrizione", ovvero di specialisti o medici di medicina generale che avessero un tasso di prescrizione sensibilmente diverso a quello della media aziendale per tipologia di prestazione. Si è agito soprattutto per quelle branche specialistiche per cui c'è strutturalmente poca offerta, come ad esempio la dermatologia e l'oculistica.

Si sono poi fatti molteplici incontri per migliorare l'appropriatezza prescrittiva e per favorire il dialogo tra tutti gli attori del sistema, siano essi specialisti o medici di assistenza primaria. Nel corso di questi numerosi incontri si è più volte ribadito il principio cardine dell'appropriatezza, che deve guidare il buon utilizzo dei soldi pubblici impiegati in sanità.

E' appropriato ciò che incide sul percorso clinico assistenziale del paziente garantendo accertamenti e terapie efficaci e basate sull'evidenza.

Una ultima considerazione non può prescindere dai volumi di prestazioni erogati dall'Azienda ULSS 2 per pazienti esterni.

L'azienda eroga mediamente 3 milioni di prestazioni – escluse le prestazioni di laboratorio – all'anno.

Questo equivale a dire che in media vengono erogate tra prime visite, visite di controllo, accertamenti diagnostici, endoscopie di vario tipo circa 10.000 prestazioni al giorno. Ciò equivale a dire che ogni giorno le varie strutture eroganti prestazioni sanitarie dell'Azienda ULSS 2 vedono una quantità di pazienti pari all'intera popolazione di comuni come Quinto di Treviso o Motta di Livenza.

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 risultano così divise:

- Classe U (urgente): entro 24 ore dalla presentazione;
- Classe B (breve): entro 10 giorni dalla data di contatto dell'utente con un punto di accesso dell'SSN o struttura convenzionata;
- Classe D (differibile): entro 30 giorni dalla data di presentazione dell'utente con un punto di accesso dell'SSN o struttura convenzionata;
- Classe P (programmata): entro 90 giorni dalla data di presentazione dell'utente con un punto di accesso dell'SSN o struttura convenzionata;

Il Decreto del Ministero della Salute del 25 novembre del 2024, ha stabilito in 180 giorni (6 mesi) la validità di tutte le impegnative relative alla specialistica ambulatoriale. Si riporta la parte di interesse del succitato Decreto (comma 7, articolo 5):

La validità delle ricette emesse dal 30 dicembre 2024 è stabilita in massimo centottanta giorni dalla data di prescrizione, fatte salve eventuali scadenze inferiori definite a livello regionale.

La ricetta conserva la propria validità fino alla data di effettiva erogazione se le prestazioni sono prenotate entro la scadenza di cui al primo periodo. Decorso tale periodo di validità le relative prescrizioni mediche dematerializzate sono invalidate automaticamente nell'ambito del Sistema Tessera Sanitaria, anche sulla base delle informazioni inerenti alle eventuali scadenze inferiori definite a livello regionale trasmesse al medesimo Sistema dalle regioni e province autonome.

In questo comma è contenuto un concetto chiave della presa in carico, ovvero qualora l'impegnativa venga impegnata entro i 180 giorni – ad esempio tramite un contatto del paziente con il Call Center o con il CUP Aziendale – questa mantiene la validità fino all'erogazione della prestazione stessa. Questo è di particolare rilevanza per i controlli a 12, 18 mesi o a 2 anni.

Dal 1° gennaio 2026 sono entrate in vigore nuove disposizioni sulla validità delle ricette con classe di priorità B (Breve – 10 giorni), in applicazione del Decreto n. 173 del 24/11/2025 del Direttore Generale Area Sanità e Sociale della Regione Veneto.

Le impegnative emesse dal 1° gennaio 2026 con priorità B avranno una validità di 20 giorni dalla data di prescrizione. Trascorsi i 20 giorni senza contatto, la ricetta decade e non sarà più utilizzabile. Se il contatto del paziente con il Sistema Sanitario Nazionale supera i termini di priorità della ricetta rispetto alla data di prescrizione, l'impegnativa sarà ancora valida fino ai 20 giorni, ma l'utente non avrà più diritto al rispetto della priorità originariamente prescritta dal medico prescrittore.

La DGR n. 626 del 2024 introduce sostanziali novità nel panorama delle liste di attesa in Veneto. Tale DGR infatti include il *Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa – PRGLA*. 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”.

L'utilizzo del pre-appuntamento è una modalità operativa della gestione stessa delle liste di attesa. Come si è visto in precedenza infatti, molteplici sono i fattori che possono portare ad un momentaneo disequilibrio tra domanda ed offerta. Il pre-appuntamento è lo strumento necessario all'Azienda per attivare tutti i percorsi di tutela (si veda in seguito) affinché la proposta di appuntamento venga comunque offerta nei termini di priorità.

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, Book Star. Nel Distretto Pieve è stato avviato, nel corso del 2025 il Sistema Informativo Ospedaliero – SIO, nella sola parte relativa ai processi di prenotazione e interfacce necessarie con i gestionali per l'espletamento delle prestazioni di specialistica ambulatoriale. Il passaggio dal vecchio al nuovo gestionale ha richiesto una delicata fase di migrazione dei dati e attualmente risultano in SIO la maggior parte delle branche, con eccezione della medicina fisica e riabilitazione, oncologia, odontostomatologia, medicina trasfusionale, medicina dello sport e libera professione intramoenia che rimangono nel vecchio applicativo Book Star in attesa di migrazione. L'implementazione del SIO a Pieve è il primo tassello del CUP Unico Aziendale che, a sua volta, è parte del più ampio progetto di informatizzazione ospedaliera regionale, ovvero l'armonizzazione di tutti gli 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. Per contro, determina un allungamento dei tempi di allocazione e ricadute sul sistema del Call Center. Questo è dovuto al fatto che per la ricerca di un appuntamento da proporre all'utente allo sportello o al Call Center, il personale del Distretto di Pieve deve operare su tre applicativi: il nuovo SIO, il precedente sistema di prenotazione Book Star per quelle branche che non sono ancora migrate in SIO e in CUP WEB per la ricerca di posti in area vasta, qualora l'offerta distrettuale non sia sufficiente. A questo si aggiunge un ulteriore gestionale per la presa in carico dei pazienti oncologici dello IOV di Castelfranco residenti nell'Azienda ULSS2.

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 (tecnicamente il paziente classificato come G1), la garanzia decade e l'Azienda non è più tenuta al rispetto della priorità indicata nella prescrizione (tecnicamente il paziente viene classificato come G2).

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. Per i posti liberatisi da disdetta si intendono sia quelli liberatisi nei giorni corretti di disdetta, sia quelli da disdette non avvenute nei tempi corretti, a meno che lo slot resosi disponibile non sia troppo a ridosso della data erogazione o richieda preparazioni particolari. Nel caso, ad esempio, uno slot per una colonscopia si rendesse disponibile il giorno prima non potrebbe essere utilizzato con la stessa prestazione per la necessità di preparazione del paziente; in questi casi, pur di non perdere lo slot in branca critica, si cerca di convertire la prestazione in ciò che può essere erogato per quella agenda, ovvero gastroscopie.

Come prevedere la DGR 626/24, sono previsti 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. Nel corso del 2025 è iniziata nel Distretto Pieve una sperimentazione che prevede tutti gli utilizzi della telemedicina attraverso la piattaforma regionale Ticuro, ovvero: televisita, telemonitoraggio, teleassistenza, teleconsulto. Conclusasi con successo la fase di sperimentazione, l'utilizzo di tutte le modalità di telemedicina verrà esteso agli altri distretti in parallelo con l'implementazione del SIO.

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

una ridondanza nel 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.), questo con particolare riferimento alle prestazioni ad alta complessità (ad esempio RM cine cuore).

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 prioritarizzazione 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°, 2° e 3° 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 residui 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-appointamento, 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-appointamento 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, segreterie di reparto (definiti anche Punti di Accettazione e Presa in Carico - PAPC).

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 sono stati 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;
- *Ti chiamiamo noi*: tramite questo servizio l'utente può prenotare, tramite il sito internet aziendale, un appuntamento telefonico con un operatore CUP;
- *App Sanitàkmzero*: per gestire le prenotazioni in essere con accesso al fascicolo sanitario elettronico;
- *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=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 2026 è previsto l'avvio e completa implementazione del nuovo Sistema Informativo Ospedaliero – SIO in tutto il territorio dell'Azienda ULSS 2 e, pertanto, i criteri regionali di perdita di priorità risulteranno in essere come prevede la normativa in vigore.

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-appointamento per una successiva gestione a back office. L'inserimento in pre-appointamento 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-appointamento 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-appointamento 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 così come la relativa lettura dei dati;



- 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;
- 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, IOV
2	45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA	ASL 2, IOV
3	45.23	COLONSCOPIA	ASL 2, IOV
4	45.24	RETTO-SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	ASL 2
5	45.25	PANCOLONSCOPIA CON BIOPSIA	ASL 2, IOV
6	45.42	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL'INTESTINO CRASSO	ASL 2, 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.*