

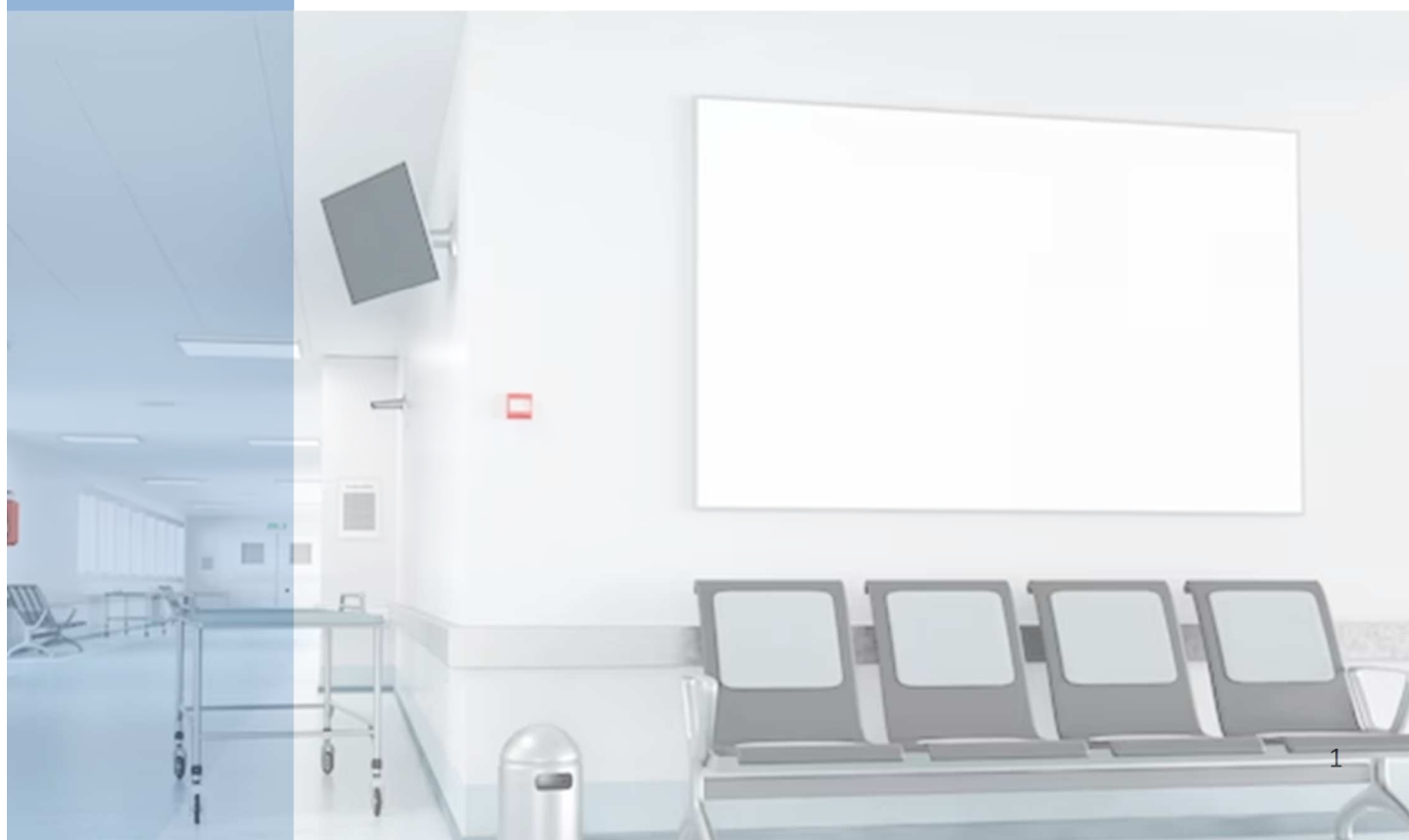
REGIONE DEL VENETO



ULSS3
SERENISSIMA

PIANO ATTUATIVO AZIENDALE PER IL GOVERNO LISTE DI ATTESA

ex D.G.R. 626 del 04 giugno 2024



Sommario

PREMESSA	4
1. Dati generali sul territorio e popolazione	4
2. Organizzazione dell’offerta	7
2.1 Distribuzione della rete di offerta e attività anno 2023	7
2.2 Azioni di efficientamento delle agende di prenotazione CUP.....	13
2.2.1 Definizione di agenda di prenotazione.....	14
2.2.2 Costruzione dell’agenda di prenotazione.....	14
2.2.3 Regole di manutenzione delle agende di prenotazione.....	14
2.2.4 Azioni di efficientamento.....	15
2.3 Definizione e adozione dell’ambito di garanzia.....	16
2.4. Potenziamento offerta di visite e prestazioni	17
2.4.1. Risorse interne.....	17
2.4.2 Risorse aggiuntive attraverso gli istituti contrattuali previsti.....	19
2.5. Programmazione attività con le strutture private accreditate.....	20
2.6. Definizione accordi con altre Aziende sanitarie	20
2.7. Piano di sviluppo della telemedicina in tutte le sue declinazioni.....	21
2.8. Ottimizzazione dell’utilizzo delle grandi attrezzature	22
- Risonanze magnetiche.....	22
- TAC.....	23
2.9 Strategie di governo della libera professione.....	24
2.10 Aperture straordinarie delle attività ambulatoriali	25
3. Separazione dei canali e dei flussi di accesso	25
3.1. Descrizione e sviluppo dei modelli di presa in carico nei vari contesti aziendali (esistenti e/o da attivare)	25
3.2 Definizione dell’architettura dei profili di accesso al CUP per gli operatori e dei relativi ambiti di autonomia	26
3.3. Mappatura delle specialità che attuano la presa in carico e programma di attivazione dei Mini-CUP	26
4. Gestione della domanda: Analisi dei bisogni espressi, anche attraverso l’utilizzo dei cruscotti messi a disposizione dalla Regione	27
5. Piano delle azioni sull’appropriatezza prescrittiva	28
5.1 Attività con i prescrittori territoriali	28
5.1.1 Audit e feedback con i Prescrittori	28
5.1.2 Eventi di formazione residenziale.....	29
5.1.3 Formazione a distanza (FAD).....	29
5.1.4 Momenti di contrattazione delle prestazioni necessarie all’Azienda.....	29
- MMG.....	29

- SAI.....	30
6. Attività di valenza trasversale	30
6.1 Tavoli tecnici tra Prescrittori ed Erogatori delle prestazioni sanitarie	30
6.2 Tavoli tecnici interaziendali	30
6.3 Coinvolgimento del Privato	31
6.4 Analisi sistematiche di appropriatezza prescrittiva	31
6.5 Attività pregressa di promozione e sviluppo dell'appropriatezza prescrittiva.....	31
7. Modalità di gestione della prenotazione.....	33
7.1 Canali di accesso attivi (call center, sportelli, canali digitali, ecc.)	33
7.1.1 Prenotazione Telefonica	33
7.1.2 Prenotazione di Persona.....	34
7.1.3 Prenotazione via App Mobile	34
7.1.4 Prenotazione Online	34
7.2 Modalità di gestione della prenotazione e del pre-appuntamento	34
7.2.1 Verifica delle Disponibilità	34
7.2.2 Conferma della Prenotazione	34
7.2.3 Gestione lista di attesa con Pre-Appuntamento	34
7.3 Modalità modifica degli appuntamenti, di avviso, remind e disdetta.....	34
7.3.1 Chiamate Telefoniche	35
7.3.2 Remind.....	35
8. Percorsi di Tutela	35
9. Trasparenza e comunicazione.....	36
9.1 Amministrazione Trasparente	37
9.2 La comunicazione verso l'utente	37
9.3 La comunicazione interna.....	38
9.4 La comunicazione attraverso i media	38
10. Elenco prestazioni traccianti ed ambito di garanzia.....	38

PREMESSA

La Regione del Veneto, con DGR n. 626 del 04 giugno 2024, ha approvato il nuovo Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa, elaborato dal Gruppo di lavoro istituito dal Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale, al fine di garantire a tutti i cittadini tempi di accesso alle prestazioni sanitarie che siano certi e adeguati alla situazione clinica.

Il presente Piano Attuativo Aziendale recepisce le indicazioni regionali e definisce le modalità organizzative con cui l'Azienda intende garantire un equo e tempestivo accesso dei cittadini ai servizi sanitari, attraverso l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, il rispetto delle classi di priorità, la trasparenza e l'accesso diffuso alle informazioni da parte dei cittadini sui loro diritti e doveri.

1. Dati generali sul territorio e popolazione

Il bacino di utenza dell'Azienda ULSS 3 Serenissima coincide con i territori dei 23 Comuni di:

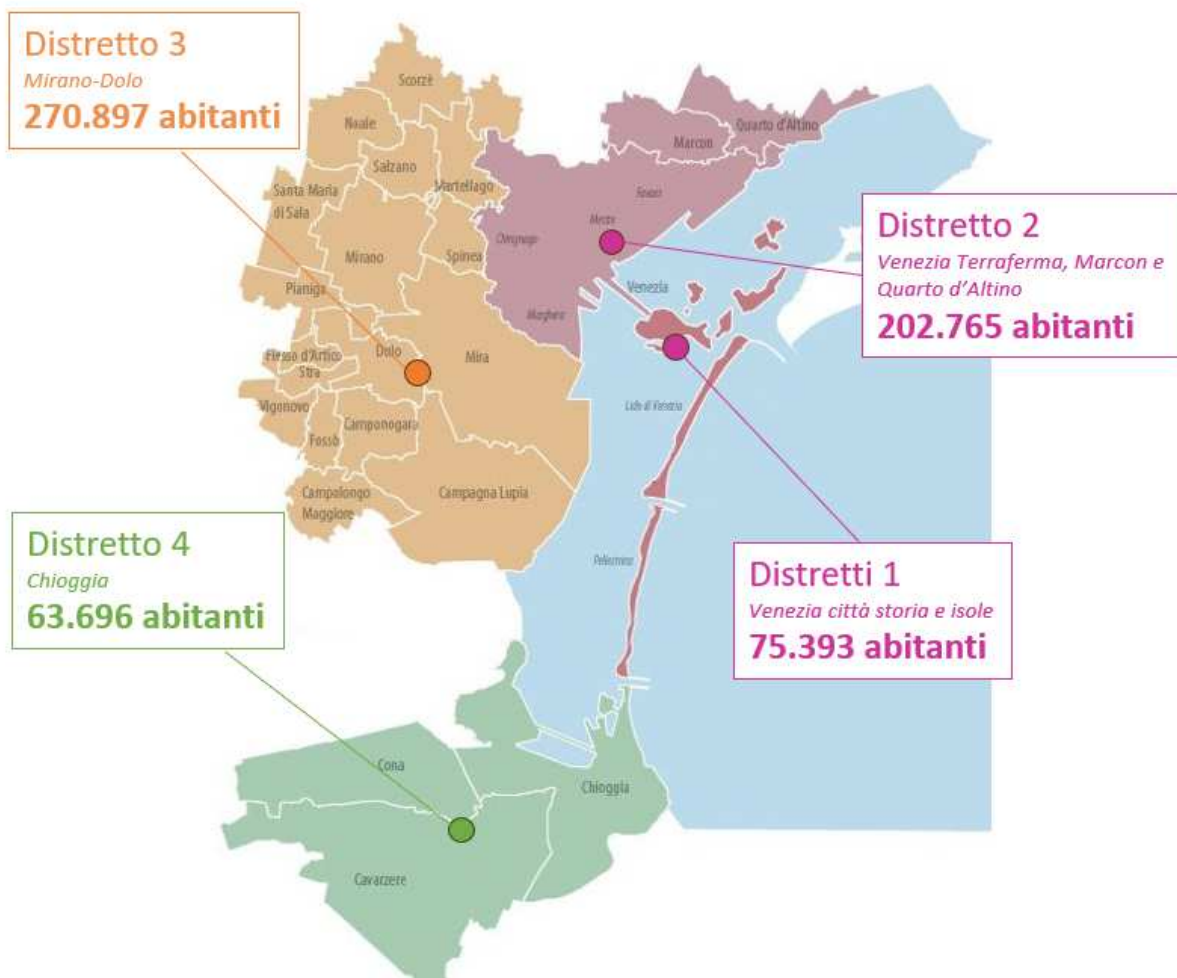


La popolazione complessiva al 31/12/2023 era pari a 612.751 abitanti. La tabella seguente scompone il numero di residenti per distretto con indicazione della relativa densità abitativa.

Tabella 1. Distretti ULSS 3.

	Distretti 1 e 2 Venezia-Mestre	Distretto 3 Mirano-Dolo	Distretto 4 Chioggia	Ulss 3 Serenissima
Numero Comuni	3	17	3	23
Superficie (kmq)	470	498	394	1.362
Popolazione al 31.12.2023	278.158	270.897	63.696	612.751
Densità (abitanti/kmq)	592	544	162	450

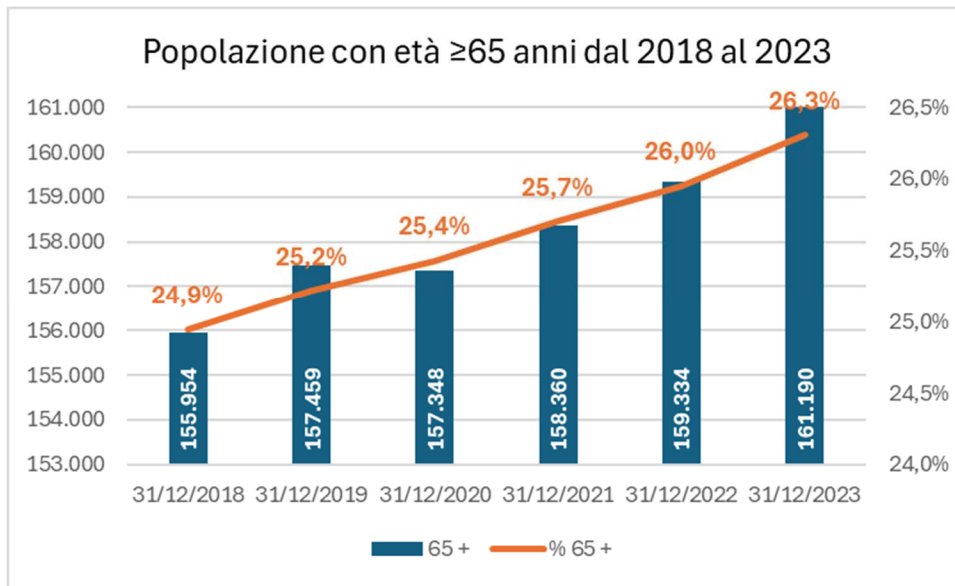
Fonte: Anagrafi Comunali popolazione al 31.12.2023.



L'ambito di riferimento è caratterizzato da una percentuale elevata di residenti con età superiore a 65 anni, pari al 26,3% della popolazione totale (di cui 12,1% di età compresa tra i 65 e i 74 anni, e 14,2% di età uguale o superiore ai 75 anni).

Il grafico seguente illustra l'andamento dal 2018 al 2023 della popolazione over 65 dell'Azienda, con indicazione dell'incidenza in percentuale della stessa sulla popolazione totale.

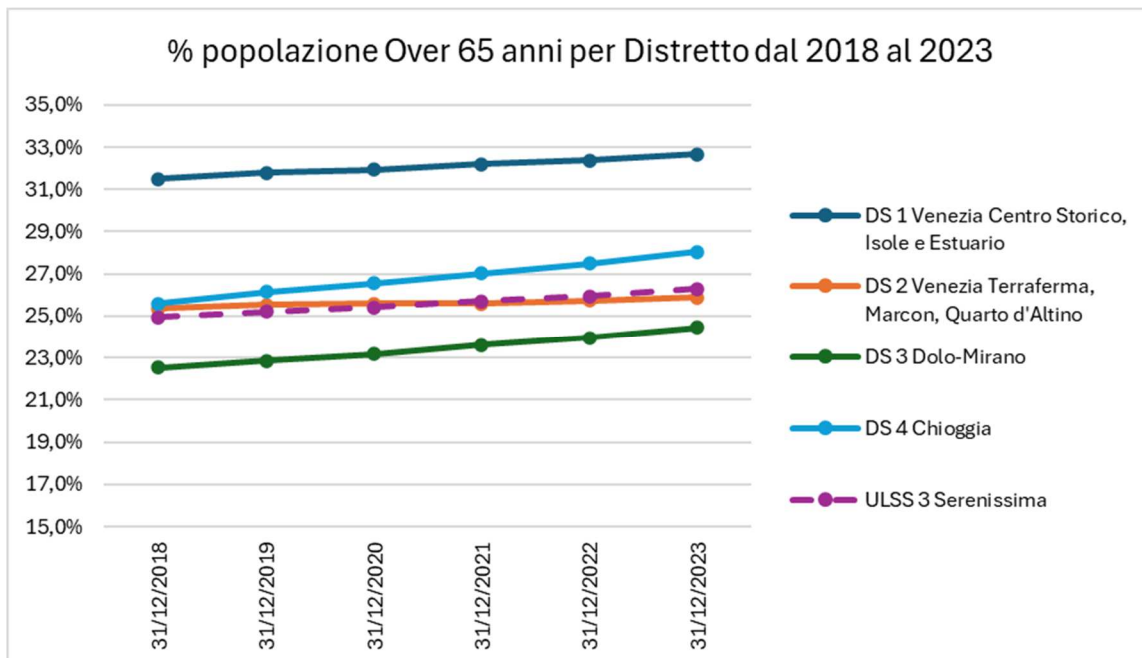
Grafico 2. Popolazione over 65.



Fonte: Anagrafi Comunali

Focalizzando l'analisi sulla popolazione residente nei 4 distretti Socio Sanitari dell'Azienda ULSS 3 Serenissima, si nota come l'incidenza della popolazione over 65 sul totale sia maggiore ed in costante aumento nel Distretto 1, Venezia e Isole (32,7% nel 2023), e più bassa nel Distretto 3, Dolo-Mirano (24,4% nel 2023). Questo fenomeno viene illustrato nel grafico seguente che riporta il confronto della percentuale degli over 65 dei Distretti dell'Ulss 3.

Grafico 2. Popolazione over 65 per Distretto.

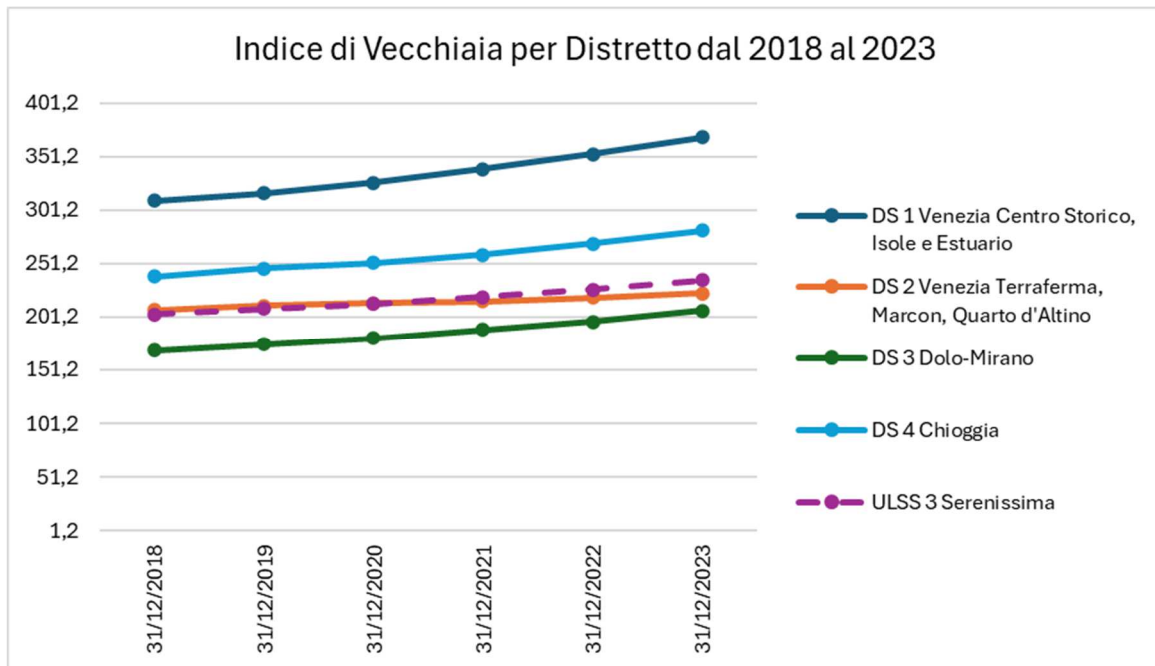


Fonte: Anagrafi Comunali

Come si evince dal grafico seguente, anche l'andamento dell'indice di vecchiaia dal 2013 al 2023 ha registrato un aumento anno per anno. L'indice di vecchiaia misura il numero di anziani (popolazione con età superiore ai 64 anni) ogni 100 giovani (popolazione con età inferiore ai 15 anni), permettendo di valutare il livello di

invecchiamento degli abitanti del territorio.

Grafico 3. Indice di Vecchiaia per Distretto.

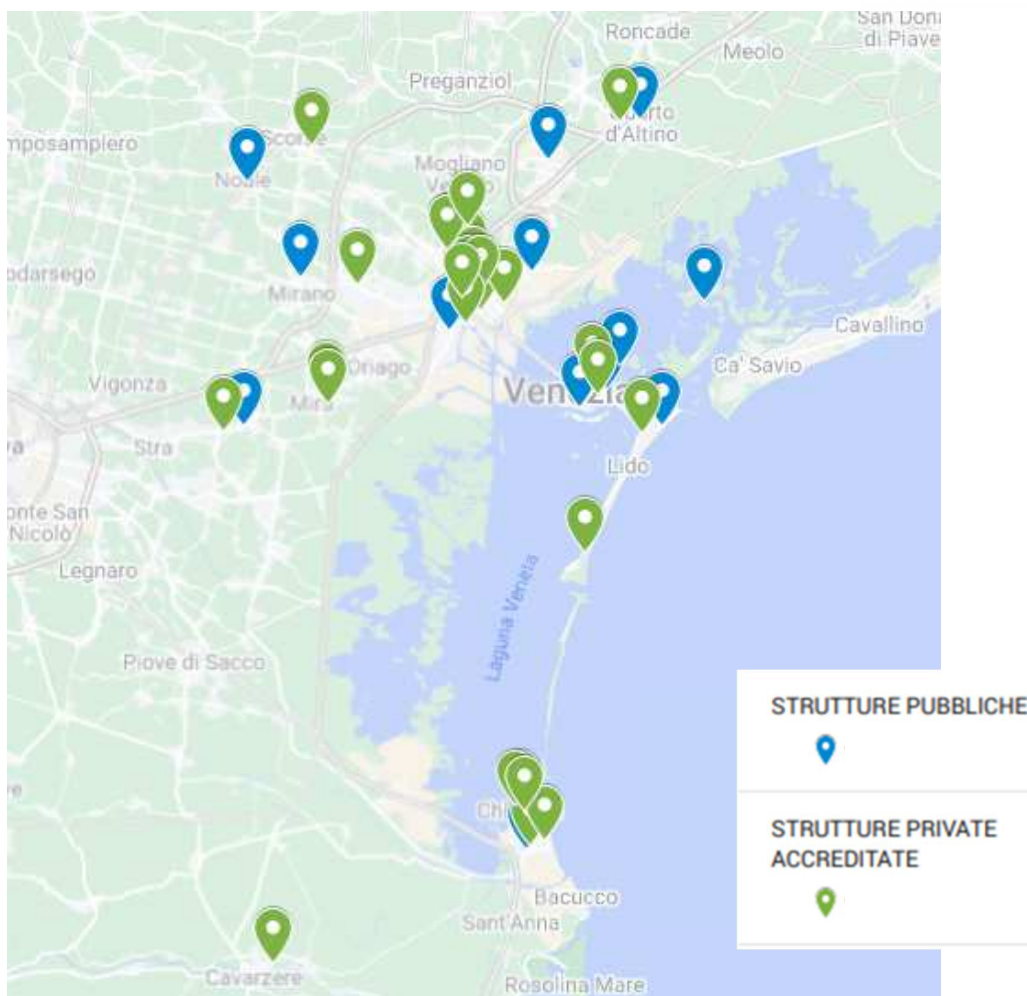


Fonte: Anagrafi Comunali

2. Organizzazione dell'offerta

2.1 Distribuzione della rete di offerta e attività anno 2023

Nel territorio aziendale sono presenti 41 strutture che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale (ad esclusione di quelle che erogano solo prestazioni di laboratorio), di cui 15 pubbliche (segnaposto blu) e 26 private accreditate (segnaposto verde), distribuite come segue:



Le tabelle seguenti riportano nel dettaglio l'elenco delle strutture pubbliche e private, con indicazione dell'indirizzo.

Tabella 2. Elenco strutture ambulatoriali pubbliche (escluso Laboratorio).

Dist.	STRUTTURE PUBBLICHE	Indirizzo	CAP	Comune Municipalità
D_1	POLIAMB. OSPEDALE VENEZIA	CASTELLO, 6777/A	30100	Venezia
	DIST.1 POLIAMB.-MURANO	CORTE BIGAGLIA, 9	30141	Venezia Murano
	DIST.1 POLIAMB.-BURANO	VIA S. MAURO, 315	30142	Venezia Burano
	DIST.1 POLIAMB.-VENEZIA	DORSODURO, 1454	30123	Venezia
	DIST.1 POLIAMB.-LIDO	P.LE RAVA', 1	30126	Venezia Lido
D_2	DIST.2 POLIAMB.-MESTRE	VIA CAPPUCCINA, 129	30172	Venezia Mestre
	DIST.2 POLIAMB.-MARGHERA	VIA TOMMASEO, 7	30175	Venezia Marghera
	DIST.2 POLIAMB.-MARCON	V.LE S.MARCO, 76	30020	Marcon
	DIST.2 POLIAMB.-QUARTO	VIA TAGLIAMENTO, 5	30020	Quarto d'Altino
	DIST.2 POLIAMB.-FAVARO	VIA DELLA SOIA, 20	30173	Venezia Favaro
	POLIAMB. OSPEDALE MESTRE	VIA PACCAGNELLA, 11	30174	Venezia Mestre
D_3	POLIAMB. OSPEDALE MIRANO	VIA G. SARTOR, 4	30035	Mirano
	DIST.3 POLIAMB.-NOALE	LARGO SAN GIORGIO, 3	30033	Noale

	POLIAMB. OSPEDALE DOLO	RIVIERA XXIX APRILE, 2	30031	Dolo
D_4	POLIAMB. OSPEDALE CHIOGGIA	STRADA MADONNA MARINA, 500	30015	Chioggia

Tabella 3. Elenco strutture ambulatoriali private accreditate (escluso Laboratorio).

Dist.	Strutture Private Accreditate	Indirizzo	CAP	Comune Municipalità
D_1	POLIAMBULATORIO OSPEDALIERO FATEBENEFRAPELLI	RIO MADONNA DELL'ORTO, 3458	30121	Venezia
	AMB. TOMASINI ONGARO	VIALE S.M.ELISABETTA, 2/C	30126	Venezia Lido
	AMB. BIANALISI VENETO VENEZIA	S.MARCO, 5369/A	30135	Venezia
	POLIAMB. SAN CAMILLO IRCCS S.R.L.	VIA ALBERONI, 70	30126	Venezia Lido
D_2	POLIAMB. OSPEDALE VILLA SALUS	VIA TERRAGLIO, 114	30174	Venezia Mestre
	AMB. ANTICA SCUOLA DEI BATTUTI	VIA SPALTI, 1	30173	Venezia Mestre
	AMB. CENTRO DI MEDICINA SRL	VIALE ANCONA, 5	30172	Venezia Mestre
	AMB. CENTRO ANTALGIK MESTRE	VIA POERIO, 16	30171	Venezia Mestre
	AMB. BIANALISI VENETO MESTRE	VIA CARRER, 232	30173	Venezia Mestre
	POLIAMB. POLICLINICO SAN MARCO	VIA ZANOTTO, 40	30173	Venezia Mestre
	AMB. O.T.I. SERVICES	VIA DELLE MACCHINE, 51/3	30175	Venezia Marghera
	AMB. ISTITUTO PIAVE	VIA PIAVE, 23	30171	Venezia Mestre
	AMB. BIANALISI VENETO QUARTO	VIA VOLPATO, 2	30020	Quarto d'Altino
	AMB. FONDAZIONE BANCA DEGLI OCCHI	VIA PACCAGNELLA, 11	30174	Venezia Mestre
	AMB. FISIOSPORT TERRAGLIO	VIA A. PENELLO, 5/7	30174	Venezia Mestre
D_3	AMB. RADIOLOGIA DIAGNOSTICA 'ZABEO' S.A.S.	VIA RIVIERA DEL BRENTA, 265	30032	Fiesso d'Artico
	AMB. CENTRO CLINICO CHIMICO S.R.L.	VIA ROMA, 230	30038	Spinea
	AMB. SAN BENEDETTO GVDR SRL	VIA MOGLIANESE, 44/E	30037	Scorzè
	AMB. ANALISI MEDICHE PAVANELLO S.R.L. MIRA	VIA BOLOGNA, 5/A	30034	Mira
	AMB. FISIOPOLIMEDICA RIVIERA SRL	PIAZZA SAN NICOLO', 11/2	30034	Mira
D_4	AMB. ODONTOIATRICO DOTT. ROBERTO OSELLADORE	CALLE FATTORINI, 271	30015	Chioggia
	AMB. CENTRO ODONTOIATRICO ANZOLETTI SRL	STRADA MADONNA MARINA, 400	30015	Chioggia
	AMB. STUDIO SAN GIACOMO S.A.S.	VIALE SALONI, 102	30015	Chioggia
	POLIAMB. VESPUCCI S.R.L.	VIA A. VESPUCCI, 135/136	30015	Chioggia

AMB. VENETA CLODIENSE MUTUA PESCATORI SOC. COOP.	CALLE SAN GIACOMO, 629	30015	Chioggia
POLIAMB. CITTADELLA SOCIO SANITARIA SRL	VIA NAZARIO SAURO, 32	30014	Cavarzere

La tabella di sintesi evidenzia le strutture pubbliche e private collocate nel territorio aziendale suddivise per distretto di appartenenza.

Tabella 4. Sintesi strutture pubbliche e private accreditate.

	Strutture Pubbliche	Strutture Private	Totale
Distretto 1	5	4	9
Distretto 2	6	11	17
Distretto 3	3	5	8
Distretto 4	1	6	7
Totale complessivo	15	26	41

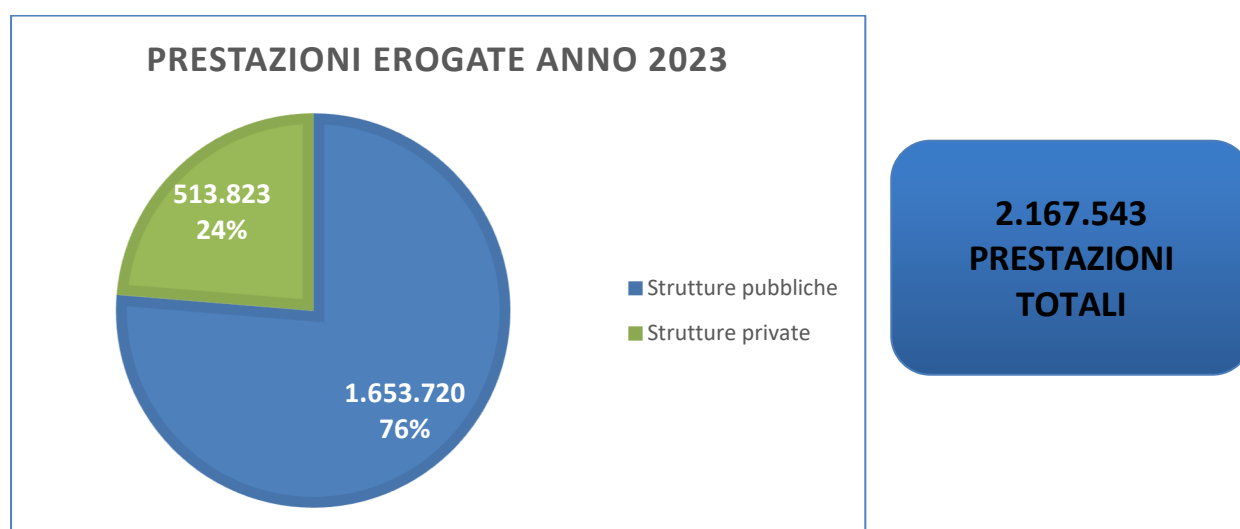
Fonte: Flusso STS.

Confrontando il numero di strutture presenti nei vari distretti con la popolazione residente al 31 dicembre 2023, emerge che la loro distribuzione non è omogenea: nel Distretto 3 è presente una struttura ogni 33.862 abitanti, mentre nel Distretto 1 una ogni 8.377.

Nel corso dell'anno 2023 sono state erogate complessivamente 2.167.543 prestazioni di specialistica ambulatoriale, laboratorio escluso.

Le strutture pubbliche hanno erogato il 76,3% delle prestazioni totali, mentre il restante 23,7% dalle strutture private accreditate.

Grafico 4. Prestazioni ambulatoriali: suddivisione pubblico e privato.



La tabella seguente riporta la suddivisione delle prestazioni per distretto e per tipologia di struttura. Il 37,1% delle prestazioni viene erogato nelle strutture afferenti al Distretto 2, il 34,5% nel distretto 3, il 16,9% nel distretto 1 ed il restante 11,6% nel distretto 4.

Tabella 5. Dettaglio prestazioni per Distretto.

Struttura Distretto	Struttura Tipologia	Quantità 2023	%
1. DISTRETTO VENEZIA	PRIVATO	41.256	1,9%
	PUBBLICO	324.998	15,0%
	Totale	366.254	16,9%
2. DISTRETTO MESTRE-MARCON-QUARTO	PRIVATO	247.947	11,4%
	PUBBLICO	555.535	25,6%
	Totale	803.482	37,1%
3. DISTRETTO DOLO-MIRANO	PRIVATO	126.087	5,8%
	PUBBLICO	620.764	28,6%
	Totale	746.851	34,5%
4. DISTRETTO CHIOGGIA	PRIVATO	98.533	4,5%
	PUBBLICO	152.423	7,0%
	Totale	250.956	11,6%
Totale complessivo		2.167.543	100,0%

Fonte: Flusso SPS, Prestazioni anno 2023 escluso Laboratorio.

La tabella sotto riportata evidenzia le prime 10 specialità per numero di prestazioni erogate, suddivise per strutture pubbliche e private, e quella successiva le prime 5 specialità per distretto.

Tabella 6. Dettaglio prestazioni per disciplina.

Prime 10 specialità - PUBBLICO	Q.tà 2023	%	Prime 10 specialità - PRIVATO	Q.tà 2023	%
Radiologia Diagnostica	209.924	12,7%	Medicina Fisica E Riab.	230.985	45,0%
Medicina Fisica E Riab.	145.218	8,8%	Radiologia Diagnostica	144.656	28,2%
Nefrologia	120.268	7,3%	Cardiologia	38.678	7,5%
Oculistica	120.149	7,3%	Chirurgia Vascolare	14.041	2,7%
Cardiologia	101.711	6,2%	Anestesia	11.004	2,1%
Dermatologia	101.400	6,1%	Oculistica	10.745	2,1%
Patologia Clinica (Anat.)	99.231	6,0%	Ortopedia E Traumatologia	10.683	2,1%
Oncologia	65.922	4,0%	Neurologia	8.390	1,6%
Otorinolaringoiatria	62.253	3,8%	Chirurgia Generale	7.188	1,4%
Medicina Generale	48.798	3,0%	Odontostomatologia	6.835	1,3%
Altre specialità	578.846	35,0%	Altre specialità	30.618	6,0%
Totale PUBBLICO	1.653.720	100,0%	Totale PRIVATO	513.823	100,0%

Fonte: Flusso SPS, Prestazioni anno 2023 escluso Laboratorio.

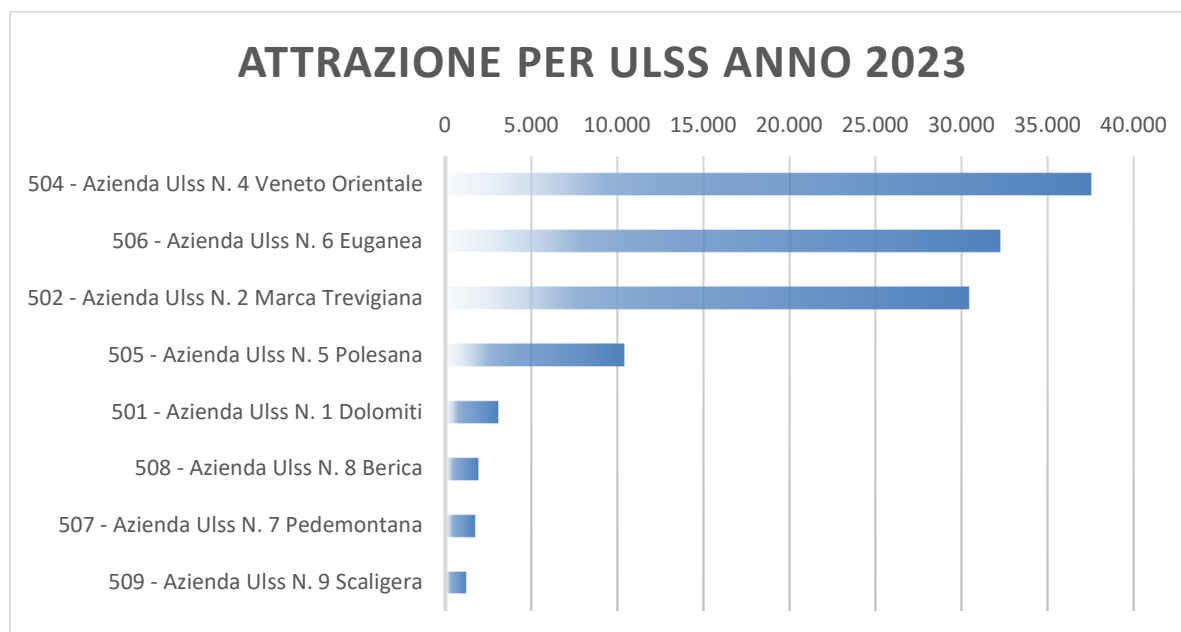
Tabella 7. Prime 5 specialità per distretto: suddivisione pubblico e privato.

PRIME 5 DISCIPLINE X DISTRETTO - PUBBLICO			PRIME 5 DISCIPLINE X DISTRETTO - PRIVATO		
Disciplina	2023	%	Disciplina	2023	%
DISTRETTO 1 - Totale Prestazioni	324.998	100,0 %	DISTRETTO 1 - Totale Prestazioni	41.256	100,0%
Medicina Fisica E Riabilitazione	59.257	18,2%	Radiologia Diagnostica	20.387	49,4%
Radiologia Diagnostica	42.378	13,0%	Medicina Fisica E Riabilitazione	12.858	31,2%
Dermatologia	26.506	8,2%	Cardiologia	5.807	14,1%
Oculistica	22.770	7,0%	Chirurgia Vascolare	879	2,1%
Otorinolaringoiatria	19.697	6,1%	Urologia	861	2,1%
Altre prestazioni	154.390	47,5%	Altre prestazioni	464	1,1%
DISTRETTO 2 - Totale Prestazioni	555.535	100,0 %	DISTRETTO 2 - Totale Prestazioni	247.947	100,0%
Radiologia Diagnostica	47.281	8,5%	Medicina Fisica E Riabilitazione	102.368	41,3%
Oculistica	44.782	8,1%	Radiologia Diagnostica	59.587	24,0%
Nefrologia	40.786	7,3%	Cardiologia	20.258	8,2%
Radioterapia	36.718	6,6%	Anestesia	11.004	4,4%
Medicina Fisica E Riabilitazione	32.543	5,9%	Chirurgia Vascolare	10.664	4,3%
Altre prestazioni	353.425	63,6%	Altre prestazioni	44.066	17,8%
DISTRETTO 3 - Totale Prestazioni	620.764	100,0 %	DISTRETTO 3 - Totale Prestazioni	126.087	100,0%
Radiologia Diagnostica	95.129	15,3%	Medicina Fisica E Riabilitazione	68.327	54,2%
Nefrologia	62.246	10,0%	Radiologia Diagnostica	39.895	31,6%
Patologia Clinica (Anatomia)	50.752	8,2%	Cardiologia	10.893	8,6%
Cardiologia	47.719	7,7%	Neurologia	3.395	2,7%
Dermatologia	45.996	7,4%	Ortopedia E Traumatologia	2.436	1,9%
Altre prestazioni	318.922	51,4%	Altre prestazioni	1.141	0,9%
DISTRETTO 4 - Totale Prestazioni	152.423	100,0 %	DISTRETTO 4 - Totale Prestazioni	98.533	100,0%
Radiologia Diagnostica	25.136	16,5%	Medicina Fisica E Riabilitazione	47.432	48,1%
Oculistica	15.280	10,0%	Radiologia Diagnostica	24.787	25,2%
Cardiologia	13.231	8,7%	Odontostomatologia	6.835	6,9%
Ortopedia E Traumatologia	10.828	7,1%	Ortopedia E Traumatologia	2.928	3,0%
Medicina Fisica E Riabilitazione	10.070	6,6%	Chirurgia Plastica	2.770	2,8%
Altre prestazioni	77.878	51,1%	Altre prestazioni	13.781	14,0%

Fonte: Flusso SPS, Prestazioni anno 2023 escluso laboratorio

Nel corso dell'anno 2023 l'Azienda ha erogato 118.627 prestazioni di specialistica ambulatoriale a soggetti residenti in altre Uss (escluso laboratorio), che costituiscono il 5,47% dell'attività complessiva. L'istogramma riporta i volumi di prestazione per azienda di residenza del paziente.

Grafico 5. Prestazioni ambulatoriali. Mobilità attiva per ULSS.



L'Azienda cui sono state erogate più prestazioni è l'Ulss 4, di seguito il dettaglio per specialità.

Tabella 8. Prestazioni ambulatoriali. Mobilità attiva ULSS 4.

Totale prestazioni ULSS 4	37.528	100,0%
Radioterapia	7.313	19,5%
Ematologia	3.789	10,1%
Nefrologia	2.347	6,3%
Radiologia Diagnostica	2.124	5,7%
Medicina Nucleare	1.887	5,0%
Oculistica	1.810	4,8%
Medicina Fisica E Riabilitazione	1.787	4,8%
Dermatologia	1.571	4,2%
Oncologia	1.395	3,7%
Cardiologia	1.364	3,6%
Altre specialità	12.141	32,4%

Fonte: Flusso SPS. Dati anno 2023 escluso Laboratorio.

2.2 Azioni di efficientamento delle agende di prenotazione CUP

L'efficientamento delle agende di prenotazione del Centro Unico di Prenotazione (CUP) è fondamentale per migliorare l'accessibilità ai servizi sanitari, ridurre i tempi di attesa e ottimizzare l'utilizzo delle risorse. Di seguito viene definita l'agenda CUP, la struttura e le regole di manutenzione, premessa per poi descrivere le strategie e le pratiche migliori per rendere più efficiente l'agenda.

2.2.1 Definizione di agenda di prenotazione

Le linee guida nazionali sul sistema CUP, emesse nel 2009 dal Ministero della Salute, definiscono l'agenda come strumento operativo del CUP.

L'agenda è lo strumento informatico utilizzato per gestire in maniera trasparente l'accesso alle prestazioni, si concretizza in un calendario delle prenotazioni sanitarie rivolte ai pazienti esterni (prestazioni specialistiche ambulatoriali e di diagnostica strumentale), interni (percorsi di presa in carico e pre-ricovero) e infine agli utenti che scelgono la libera professione intramoenia.

Le agende di prenotazione attualmente non sono visibili e interamente fruibili dall'operatore CUP di front office a livello Aziendale, ma vengono rese fruibili da sistemi di interoperabilità al CUP back office, il quale può consultare l'intera offerta Aziendale.

Le agende sono comprensive dell'offerta delle strutture private accreditate. In base alla tipologia di operatore le agende sono suddivise in livelli di visibilità, i livelli rispecchiano i percorsi di accesso: primo livello e secondo livello.

Tale registro è soggetto a verifiche ed ispezioni da parte dei soggetti abilitati ai sensi delle vigenti disposizioni. Tutti i cittadini che vi abbiano interesse possono richiedere alle direzioni sanitarie notizie sulle prenotazioni e sui relativi tempi di attesa, con la salvaguardia della riservatezza dei dati delle persone.

Le Agende sono inoltre lo strumento attraverso il quale è possibile governare l'utilizzo dell'offerta resa disponibile dalla disdetta delle prestazioni. È infine la sede dove è possibile chiudere il percorso avviato con la prenotazione e concluso con l'erogazione. Le informazioni derivanti dal percorso, valutate con idonei strumenti di analisi, consentono all'Azienda di realizzare azioni di governo sulla specialistica e sui tempi di attesa di tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale.

2.2.2 Costruzione dell'agenda di prenotazione

La costruzione dell'agenda avviene definendo uno spazio temporale di erogazione. Poiché ogni prestazione è caratterizzata da un tempo predefinito di esecuzione, che ovviamente varia a seconda del tipo di prestazione, una volta definito il tempo di apertura del servizio, è possibile misurare l'offerta sanitaria in termini di numerosità delle prestazioni prenotabili nell'agenda stessa.

Le agende costruite, sulla base di quanto indicato a livello nazionale e di ciò che viene concordato in Azienda, devono contenere l'intera struttura dell'offerta, aspirando a diventare la traduzione dei piani di lavoro degli specialisti.

La conoscenza dell'articolazione dei piani di lavoro è, infatti, uno strumento per orientare le azioni di riconversione/incremento di offerta esistenti o per prevedere il ricorso all'offerta privata.

2.2.3 Regole di manutenzione delle agende di prenotazione

Per dare garanzia di accesso in tempi utili, le agende devono essere costantemente monitorate.

Un'eventuale contrazione dell'offerta dovrà essere inviata al RUA (Responsabile Unico Aziendale) che valuterà l'impatto e procederà alla riorganizzazione delle attività con gli erogatori per evitare ripercussioni negative soprattutto sui tempi di attesa.

Le UU.OO. sono tenute ad indicare i periodi di chiusura dell'anno successivo a quello corrente, qualora non fossero in grado di indicare un periodo preciso con sufficiente anticipo, l'ufficio agende terrà prudenzialmente chiuso il mese di agosto.

Qualora il periodo prudenziale non corrisponda a quello successivamente indicato dalle UU.OO., verranno apportate opportune modifiche alle agende. Le segreterie delle UU. OO. si occuperanno della migrazione degli appuntamenti.

In Azienda, per dare risposta al fenomeno delle chiusure improvvise (per malattia o altri eventi non programmabili) sono state previste, esclusivamente per il personale specialista – SAI di difficile sostituzione

- chiusure precauzionali di una settimana al mese, destinate al recupero dei pazienti prenotati nel periodo di chiusura non programmata, sottraendo in questo modo posti all'offerta CUP. Queste chiusure si aggiungono ai periodi prudenziali standard programmati all'inizio dell'anno, tali periodi di chiusura se non necessari, si renderanno disponibili alla prenotazione di mese in mese.

Tali regole consentono di superare la chiusura improvvisa delle attività, che devono sempre avere una procedura di riprogrammazione, così come devono avere un procedura organizzativa in caso di sospensione programmata o improvvisa. A tal fine le UU.OO. dovranno comunicare i piani ferie tempestivamente agli uffici agende.

Eventi eccezionali ed imprevedibili (malattie, assenze a vario titolo non programmate) del personale sanitario vanno comunicate entro 48 ore all'ufficio agende e l'U.O. dovrà attivare i meccanismi necessari al ripristino dell'offerta provvedendo alla riprogrammazione.

2.2.4 Azioni di efficientamento

Le azioni di efficientamento partono dalla *struttura dell'agenda*, le agende sono strutturate in agende di primo livello e secondo livello, la riconversione delle prestazioni di secondo livello in primi accessi (sia visite che diagnostica) si realizza di norma a seguito di una disdetta, possono inoltre, esservi eventuali spazi liberi delle agende che sono ad esclusivo uso degli erogatori tali slot, possono essere resi disponibili su indicazione di questi, il riuso degli slot liberi da parte delle segreterie interne è garanzia di collaborazione alla gestione della lista di attesa, poiché si tratta di agende con offerta riservata alla presa in carico del paziente, la cui prenotazione avviene attraverso i punti di accoglienza/accettazione dedicati.

Per l'efficientamento sono preferite modalità automatiche in cui le disdette effettuate a meno di 4 giorni lavorativi dall'erogazione della prestazione sono rese disponibili alla prenotazione dei posti per le priorità (B), le disdette ravvicinate che creano posti liberi devono essere occupati con utenti in coda nelle liste di attesa.

La semplificazione è un ulteriore passo verso l'efficientamento delle agende. Le agende di primo livello devono essere suddivise solo per criteri di priorità; quindi, non si contempla l'esistenza di altri criteri di suddivisione. Le agende di primo livello, vincolate a particolari quesiti diagnostici (Q.D. di primo livello) devono essere pertanto superate. Il superamento comporta una revisione sistematica di tutte le agende di primo livello.

I quesiti di secondo livello per prestazioni di secondo livello devono riguardare i percorsi di presa in carico. Nelle agende la ripartizione delle quote riguardanti la suddivisione in priorità viene stabilita in accordo con l'erogatore sulla base dei dati storici della domanda, e per assicurare l'efficientamento tale proporzione viene sottoposta a manutenzione frequente.

Il contenuto delle agende è un altro punto in cui si può agire per l'efficientamento; per contenuto delle agende si intende la codifica delle prestazioni, secondo il nomenclatore tariffario della specialistica ambulatoriale Codice Veneto Prescrivibile (CVP), da destinare alle diverse priorità di accesso. Per quanto riguarda le visite specialistiche le codifiche CVP si distinguono in prime visite e visite di controllo, mentre non esiste un'analoga distinzione per le prestazioni di diagnostica. Per l'efficientamento le prestazioni di primo accesso e controllo con tempistica identica confluiscono in un'unica agenda; pertanto, si può modulare la frazione di spazi dedicati ai primi accessi e ai controlli a seconda della domanda. Le agende distinte in primi accessi e controlli con tempario diverso, richiedono maggiore attenzione per il controllo dell'occupazione degli slot.

Dopo aver definito la struttura ed i contenuti delle agende bisogna stabilire, per ogni tipologia, i *volumi di prestazioni* da rendere disponibili alla prenotazione diretta da parte degli sportelli CUP o di punti dedicati ai percorsi di presa in carico e secondo livello. Alla tipologia e volumi di prestazioni contribuiscono tutti gli erogatori, sia pubblici che del privato accreditato. I volumi di prestazioni rappresentano l'offerta Aziendale delle prestazioni. Stabilire un'offerta di prestazioni sanitarie efficace richiede un approccio integrato e basato su dati accurati. È fondamentale bilanciare le risorse disponibili con i bisogni della popolazione, mantenendo al contempo alti standard di qualità e accessibilità.

Infine, *l'interoperabilità informatica* permette di efficientare le agende dei tre diversi sistemi operativi CUP ancora presenti, l'interoperabilità consente all'utente l'accesso ai tre CUP delle prestazioni presenti nella APP

Regionale Prenota Veloce e APP Regionale Km Zero. Inoltre, a livello di CUP-backoffice l'interoperabilità permette di gestire l'utente in lista di attesa sull'intera offerta aziendale senza limiti di territorialità se non per i limiti posti dai bacini di garanzia.

In conclusione, efficientare le agende di prenotazione del CUP richiede un approccio integrato che combina tecnologia avanzata e ottimizzazione delle risorse. Implementando queste strategie, è possibile migliorare significativamente l'accessibilità ai servizi sanitari, ridurre i tempi di attesa e aumentare l'efficienza operativa complessiva.

2.3 Definizione e adozione dell'ambito di garanzia

Il Governo delle Liste di Attesa è un processo complesso finalizzato a garantire un accesso appropriato, tempestivo ed equo ai servizi sanitari, secondo precisi criteri di appropriatezza, trasparenza ed accessibilità. L'aggiornamento del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA), Deliberazione/CR n. 35 del 9 aprile 2024, nell'ambito del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni di primo accesso, prevede che ciascuna Azienda definisca gli ambiti territoriali di garanzia, ovvero i bacini territoriali minimi entro i quali deve essere soddisfatta la domanda di prestazioni di specialistica ambulatoriale nel rispetto dei tempi dettati dalle classi di priorità. La definizione di tali ambiti rispetta il principio di prossimità, anche se il documento precisa che, qualora la prestazione non venga erogata nell'ambito territoriale di garanzia (per alta specializzazione o per riorganizzazione delle reti cliniche), è necessario attuare un meccanismo di garanzia di accesso alla prestazione per il cittadino.

L'obiettivo è quello di assicurare la massima prossimità possibile all'utenza nell'erogazione delle prestazioni, considerando nel contempo la gestione del rischio clinico dovuto a ritardi di erogazione, nonché la migliore allocazione finanziaria delle risorse e la sostenibilità economica del sistema nel suo complesso.

Nell'individuazione dell'ambito territoriale di garanzia l'Azienda ha tenuto conto dei seguenti fattori:

- Dimensionamento dell'offerta e della sua distribuzione, eseguibilità da parte di differenti soggetti erogatori per professionalità e disciplina dei professionisti;
- Dimensionamento delle risorse presenti/dedicate ai diversi punti di erogazione;
- Livello di complessità della prestazione (basso, medio, alto, altissimo).
- Dimensionamento della domanda;
- Accessibilità ai vari servizi, anche in relazione alle caratteristiche geografiche del territorio;
- Modalità di accesso alla prestazione;
- Dati di contesto demografico.

La rete delle strutture che erogano prestazioni ambulatoriali, definita dalla programmazione regionale, è differenziata nel territorio. Il maggior numero di erogatori, compreso il Poliambulatorio dell'Ospedale hub dell'Angelo, si trova nel territorio che comprende i distretti 1 e 2. Sono meno numerose le strutture presenti nelle altre aree nelle quali l'offerta è più limitata.

Alla luce di questa distribuzione geografica si è ritenuto opportuno individuare l'ambito di garanzia con l'intero territorio aziendale al fine di rispondere meglio ai bisogni di salute dei nostri assistiti.

È tuttavia fatto salvo l'impegno dell'Azienda nel cercare di garantire l'erogazione di tutte le prestazioni a livello distrettuale, con l'eccezione delle prestazioni di alta specialità erogate presso il centro Hub di Mestre. All'interno degli ambiti così individuati, i tempi massimi d'attesa devono essere garantiti attraverso l'insieme degli erogatori pubblici e privati accreditati. Il rispetto delle classi di priorità riguarda i pazienti che accettano la prima data disponibile presente a CUP.

Tale operatività si applica ai processi di quantificazione dell'offerta necessaria a garantire per ciascun ambito territoriale i tempi massimi di attesa, così come definiti da PRGLA, e ai processi di prenotazione a CUP delle prestazioni ambulatoriali di primo accesso, secondo i criteri e gli ambiti descritti.

I tempi di attesa sono stabiliti in base alla priorità che il prescrittore assegna all'impegnativa. Tale garanzia decade qualora l'assistito scelga liberamente di prenotare la prestazione presso una struttura specifica (ospedale e/o ambulatorio) rinunciando alla prima disponibilità offerta nell'ambito di garanzia e nel rispetto dei tempi stabiliti. In caso di momentanea indisponibilità di determinate prestazioni specialistiche entro i

tempi di attesa presso uno specifico ambito territoriale, la prestazione viene offerta in ambiti territoriali limitrofi.

Vi sono delle condizioni dell'utenza in presenza delle quali è prioritario garantire il rispetto del criterio di prossimità (salvo prestazioni di alta – altissima complessità assistenziale, per le quali resta valido il criterio di centralizzazione). Tali caratteristiche rientrano tra i dati estraibili dalle liste di pre-appointment (è sufficiente una sola delle condizioni):

- Età >= 70 anni;
- Codici di invalidità 3C 2 invalidità 100%;
- Esenzione 048;
- Utenza appartenente a categorie di pazienti fragili per i quali sono già definiti percorsi di accesso dedicati (cui si rimanda);
- Luogo di domicilio. I domiciliati a Venezia e Isole, per disagiata mobilità verso la terraferma, mantengono il rispetto della prossimità all'interno del territorio di appartenenza per le prestazioni a bassa e media complessità.

Il dettaglio delle prestazioni traccianti con l'individuazione dell'ambito territoriale è riportato nell'ultimo paragrafo del documento.

2.4. Potenziamento offerta di visite e prestazioni

2.4.1. Risorse interne

Allo scopo di ridurre le liste di attesa e le liste di pre-appointment delle prestazioni sanitarie erogate a favore dei cittadini, la Regione del Veneto ha destinato alle Aziende specifiche risorse finanziarie necessarie per l'attuazione dei Piani Operativi Aziendali (POA).

L'Azienda si è attivata per perseguire gli obiettivi fissati dalla Regione attraverso le seguenti azioni di potenziamento dell'offerta:

- acquisto di ulteriori prestazioni dagli operatori privati accreditati;
- ricorso a prestazioni aggiuntive da parte del personale dipendente, sia della dirigenza sia del comparto.

Per quanto riguarda la dirigenza, l'articolo 89, comma 2, del CCNL 2019-2021 conferma le disposizioni già contenute nell'articolo 115, comma 2, del CCNL 19.12.2019, consentendo alle aziende ed enti del SSN di richiedere in via eccezionale e temporanea ai propri dirigenti medici, veterinari e sanitari, ad integrazione delle attività istituzionali, ulteriori prestazioni finalizzate alla riduzione delle liste di attesa o all'acquisizione di prestazioni aggiuntive, soprattutto in carenza di organico.

Nell'ambito del Piano Operativo Aziendale di riduzione dei tempi di attesa, attingendo dalle risorse aggiuntive finanziate dalla Regione, nel primo semestre sono state erogate 57.406 prestazioni sia da strutture pubbliche che ricorrendo all'apporto degli erogatori privati accreditati.

Ciò ha consentito di raggiungere nel primo semestre gli obiettivi fissati dalla Regione riguardanti il numero di prestazioni in pre-appointment per le prestazioni traccianti in classe D e P e quelle non traccianti, nonché i livelli di performance richiesti dai tempi di attesa.

I grafici seguenti riportano i volumi di erogazione riferiti al primo semestre 2024, distinti per aree territoriali e per tipologia di strutture (pubblico/privato).

Grafico 6. Prestazioni con regime POA.

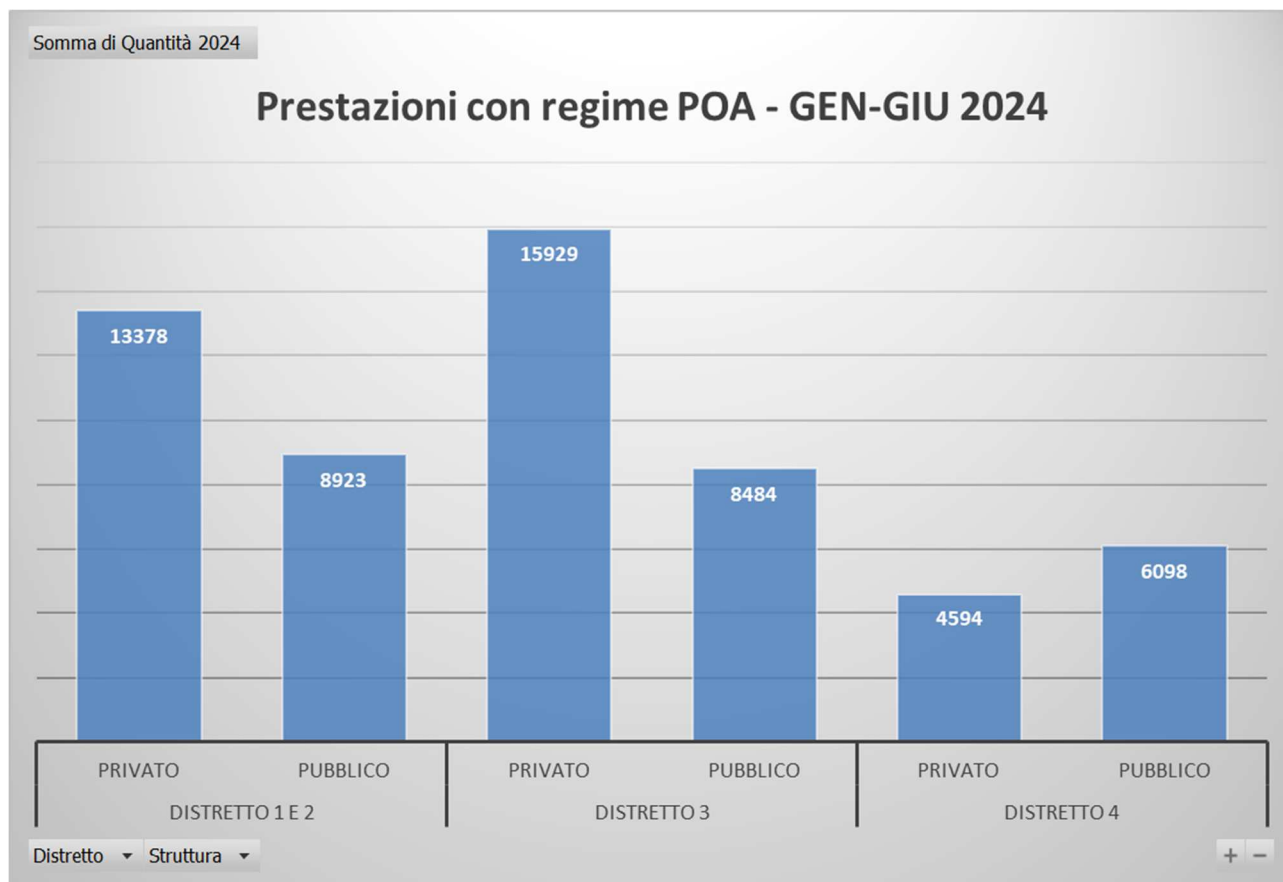
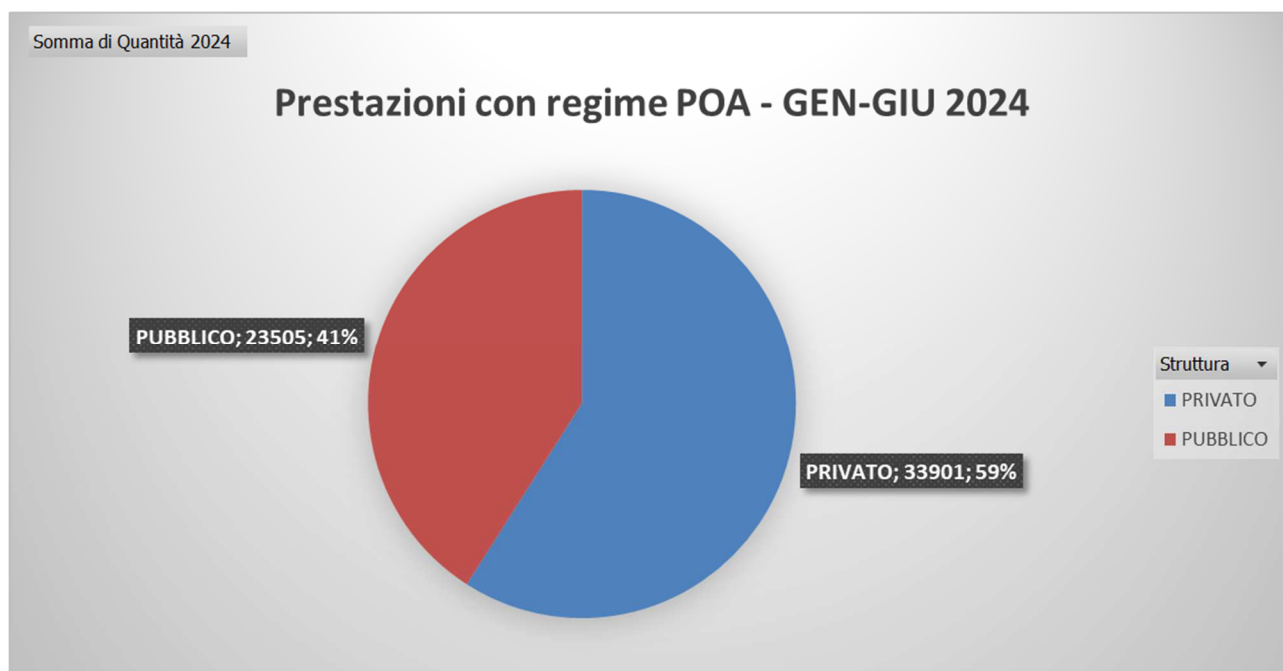


Grafico 7. Prestazioni con regime POA.



La suddivisione per disciplina è indicata nel prospetto seguente:

Tabella 9. Dettaglio prestazioni POA per disciplina.

Disciplina	Quantità 2024
069-Radiologia Diagnostica	35.294
008-Cardiologia	4.640
032-Neurologia	2.707
038-Otorinolaringoiatria	1.834
036-Ortopedia E Traumatologia	1.713
068-Pneumologia	1.295
014-Chirurgia Vascolare	1.283
009-Chirurgia Generale	1.270
052-Dermatologia	1.213
058-Gastroenterologia	1.195
034-Oculistica	1.159
037-Ostetricia E Ginecologia	562
021-Geriatria	487
043-Urologia	440
104-Neuroradiologia	353
026-Medicina Generale	348
029-Nefrologia	329
altro	1.284
TOTALE	57.406

Per il secondo semestre 2024 la Regione ha previsto i seguenti obiettivi:

Prestazioni TRACCIANTI:

- classe D: volume di prestazioni in pre-appuntamento ≤ 500 con performance $\geq 65\%$
- classe P: volume di prestazioni in pre-appuntamento ≤ 200 con performance $\geq 90\%$

Prestazioni NON TRACCIANTI: volume di prestazioni in pre-appuntamento ≤ 4.500

Classe B: mantenere a 0 le prestazioni in pre-appuntamento

Contenimento della DOMANDA: aumento della domanda $\leq +9\%$ nel 1° semestre 2024 rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente

Anche per il secondo semestre, al fine di raggiungere i nuovi obiettivi prestazionali, si farà ricorso all'acquisto di prestazioni aggiuntive sia da parte del personale dipendente che dai soggetti privati accreditati.

2.4.2 Risorse aggiuntive attraverso gli istituti contrattuali previsti

Come previsto dal PRGLA l'Azienda procede alla riduzione dei tempi di attesa anche attraverso l'acquisto e l'erogazione di prestazioni aggiuntive in regime di libera professione.

Si tratta di prestazioni che integrano l'attività istituzionale, finanziate sia tramite risorse specificamente dedicate alla riduzione delle liste d'attesa, secondo quanto previsto dalle Delibere della Giunta Regionale del Veneto n. 280 del 21 marzo 2024 e n. 441 del 30 aprile 2024, che con altri finanziamenti destinati all'acquisto di prestazioni anche finalizzati alla riduzione delle liste d'attesa, secondo quanto previsto dall'art. 89 del CCNL del 23 gennaio 2024 e nella quota del fondo previsto dalla Legge 189/2012, c.d. Fondo Balduzzi.

2.5. Programmazione attività con le strutture private accreditate

Nell'ambito della ricerca degli strumenti utili a garantire una più efficace gestione dei tempi di attesa alle prestazioni ambulatoriali ricoprono un ruolo fondamentale le strutture private accreditate. L'Azienda nel caso in cui non possa garantire le prestazioni richieste entro i tempi standard indicati dalla normativa deve procedere alla ricerca di ulteriori disponibilità nell'ambito dell'offerta SSR nel più breve tempo possibile ed identificare percorsi attivabili con gli erogatori pubblici e privati accreditati. Per l'acquisto di prestazioni dagli erogatori privati accreditati la U.O.S. Attività Specialistiche valuta il fabbisogno aziendale che comunica in Regione utilizzando sia risorse interne che strutture private accreditate. La Regione, valutata la richiesta, assegna i finanziamenti aggiuntivi rispetto al budget annuale. Il governo delle liste d'attesa prevede una fase iniziale di coinvolgimento delle strutture private accreditate da parte della Direzione Strategica tramite incontri periodici in cui vengono comunicati ai Referenti degli accreditati gli obiettivi da raggiungere e, nel contempo, vengono richieste le loro disponibilità di prestazioni. Successivamente la U.O.S. Attività Specialistiche procede alla contrattazione con gli erogatori privati accreditati che si sono resi disponibili ad erogare le prestazioni aggiuntive nel territorio in cui è rilevato il fabbisogno e, tramite la U.O.S. Accreditati, integra gli accordi contrattuali già stipulati per l'anno, con la sottoscrizione di apposite schede integrative del budget. Assume un ruolo fondamentale in queste fasi l'attività di monitoraggio dell'attività gestita dall'U.O.C. Controllo di Gestione e dal NAC che procedono al continuo monitoraggio dei flussi che periodicamente vengono inviati alla Regione. E' importante altresì sottolineare che la gestione delle liste d'attesa oltre a migliorare il SSR assicurando ai cittadini le prestazioni nei tempi previsti dalla normativa, facilita l'integrazione della operabilità delle strutture private accreditate all'attività delle strutture pubbliche.

2.6. Definizione accordi con altre Aziende sanitarie

La Azienda ULSS 3 Serenissima in attuazione di un modello organizzativo integrato che vede, tra l'altro, la promozione di una medicina di prossimità come modalità di assistenza per promuovere la salute delle persone, nel rimodulare il piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa, da luglio 2022 ha stipulato con l'Azienda ULSS 6 Euganea una convenzione per garantire l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale da parte dei residenti dei Comuni di Cona (DDG Ulss 6 n.245 del 31.03.2023) e Campolongo Maggiore (DDG Ulss 6 n.422 del 22.06.2023). A tal fine i residenti dei predetti Comuni hanno diritto ad accedere alle prestazioni di specialistica ambulatoriale presso l'ULSS 6 alle medesime condizioni previste per i residenti dell'ULSS 3, riconoscendo l'accesso alle prestazioni ambulatoriali in priorità e ai percorsi di presa in carico specialistica.

Inoltre senza soluzione di continuità dal 2017, anno di ridefinizione degli ambiti territoriali di afferenza delle Aziende ULSS della Regione del Veneto (Legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19), viene garantito l'accesso con il rispetto delle classi di priorità delle prestazioni ambulatoriali, al pari dei residenti dell'Ulss 3, ai residenti del Comune di Cavallino-Treporti di pertinenza dell'ULSS 4 Veneto Orientale (DDG Ulss 3 n. 584 del 23.03.2018).

Con questa Azienda è stato inoltre definito un accordo per cui viene garantita ai residenti dell'Ulss 4 la prenotabilità via CUP, con le medesime condizioni di priorità dei residenti in Ulss 3, delle prestazioni ambulatoriali ad alta complessità (visite e diagnostica) delle seguenti branche:

- Cardiochirurgia
- Neurochirurgia

- Chirurgia Toracica
- Chirurgia Plastica
- Chirurgia Maxillo-Facciale
- Malattie Infettive e Tropicali
- Medicina Nucleare
- Radioterapia,
- Ematologia (solo per le prestazioni non eseguibili in Ulss 4).

I referenti per l'Attività Specialistica delle Aziende Ulss 3 e Ulss 4 si coordineranno per garantire l'accessibilità ai residenti dell'Azienda Ulss 4 alle prestazioni erogabili dal centro Hub.

2.7. Piano di sviluppo della telemedicina in tutte le sue declinazioni

La Regione del Veneto, tramite la DGR n. 775 del 27 giugno 2023 recepisce le indicazioni nazionali relative alla Telemedicina nel Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2023 (L.R. n. 48/2018) e riconosce che i servizi di telemedicina, teleassistenza e telemonitoraggio devono essere strutturati nella rete dei servizi al cittadino, nell'ottica di rafforzare l'ambito territoriale di assistenza, contribuendo ad assicurare equità nell'accesso alle cure, migliorare la qualità della vita e l'inclusione dei pazienti.

Il Decreto Ministeriale del 30 settembre 2022, pubblicato nella G.U. del 22 dicembre 2022 n. 298, ha individuato le procedure di selezione delle soluzioni di telemedicina e diffusione sul territorio nazionale, i meccanismi di valutazione delle proposte di fabbisogno regionale per i servizi minimi di telemedicina e adottato "Le linee di indirizzo per i servizi di telemedicina".

Al fine di descrivere la popolazione di riferimento dei servizi di telemedicina, si riporta una stima che fornisce una descrizione dello stato di salute della Regione in relazione alle patologie oggetto delle linee di indirizzo per i servizi di telemedicina DM 30 settembre 2022.

Tabella 10. Linee di indirizzo per i servizi di telemedicina DM 30 settembre 2022.

Condizione cliniche	Numero pazienti	Fonte	Anno
Diabete	280.758	Azienda Zero - SER: Esenzioni, SDO, Farmaceutica	2021
Respiratorio (Asma, BPCO, insuff. respiratoria)	149.519	Azienda Zero - SER: Esenzioni, SDO, ADI, Farmaceutica	2021
Cardiologico - Cardiovascolare (Scompenso cardiaco, cardiopatie ischemica e IMA, cardiopatia aritmica + Ipertensione arteriosa + Altre cardiopatie)	899.354	Azienda Zero - SER: Esenzioni, SDO, ADI, Farmaceutica	2021
Oncologico	324.436	Azienda Zero - SER: Registro Tumori ed Esenzioni	2021
Neurologico (Sclerosi multipla, Parkinson, demenze, epilessia, malattie cerebrovascolari)	205.986	Azienda Zero - SER: Esenzioni, SDO, Farmaceutica, ADI, FAR, psichiatria territoriale	2021

Anche altri pazienti affetti da patologie croniche, in relazione ad ulteriori condizioni cliniche non coinvolte direttamente nei progetti finanziati dai fondi del PNRR, potranno beneficiare dei servizi di Telemedicina.

La piattaforma di telemedicina sarà unica a livello regionale, connessa con i sistemi informativi locali.

Nelle more dell'assegnazione della piattaforma regionale l'Ulss 3 Serenissima garantisce l'erogazione delle prestazioni con una piattaforma già in utilizzo dal 2020.

In questo senso sono già presenti attività per le principali patologie croniche, la cui offerta sarà ampliata coinvolgendo i setting assistenziali domiciliare, ospedaliero e territoriale, con particolare riferimento alle

nuove Case della Comunità e agli Ospedali di Comunità.

L'Ulss 3 Serenissima sta infatti procedendo al potenziamento della Telemedicina, in particolare con l'erogazione di servizi sanitari di :

- televisita: è possibile già prenotare televisite nelle principali branche specialistiche in agende dedicate.
- teleconsulto, teleconsulenza: è già attivo il servizio per i medici curanti con gli specialisti ospedalieri
- telemonitoraggio, telecontrollo: gli ambulatori cardiologico e diabetologico hanno in carico pazienti in remoto. Nel 2023 sono stati forniti nuovi kit ai Distretti e agli ambulatori per potenziare il monitoraggio a distanza.
- Teleassistenza, teleriabilitazione: sono in atto attività riabilitative a distanza e si stanno sviluppando anche altre attività assistenziali
- Telerefertazione: avviene sia nel contesto di laboratorio tramite i Point Of Care Testing (POCT) che nel contesto radiologico e oculistico

Come previsto dalla normativa, l'attività di telemedicina è rivolta in particolare ai seguenti pazienti:

- per la Televisita, teleconsulto/teleconsulenza: potenzialmente qualsiasi paziente;
- per la Teleassistenza: tutte le persone prese in carico e assistite dal SSR e loro famiglie/caregiver, in particolare per condizioni di fragilità generate da patologia cronica o post-acuzie;
- per il Telemonitoraggio e telecontrollo: in particolare pazienti affetti da diabete, da patologie respiratorie, da patologie cardiovascolari, pazienti oncologici e neurologici.

2.8. Ottimizzazione dell'utilizzo delle grandi attrezzature

L'azienda nel 2024 intende potenziare e ottimizzare ulteriormente l'uso delle grandi tecnologie per la diagnostica per immagini (TAC e risonanze magnetiche), cercando di aumentare ulteriormente la capacità produttiva.

Nel 2023 le attrezzature sono state utilizzate mediamente al di sopra degli standard generalmente assunti e pari rispettivamente a 5.000 risonanze/anno e 8.600 TAC/anno.

Si riportano di seguito i dati relativi all'anno 2023.

- Risonanze magnetiche

Negli ospedali sono presenti 6 risonanze magnetiche, distribuite come riportato nella tabella sottostante. Nell'anno 2023 tali apparecchiature hanno erogato 28.515 prestazioni, con una media di 4.753 prestazioni per macchina.

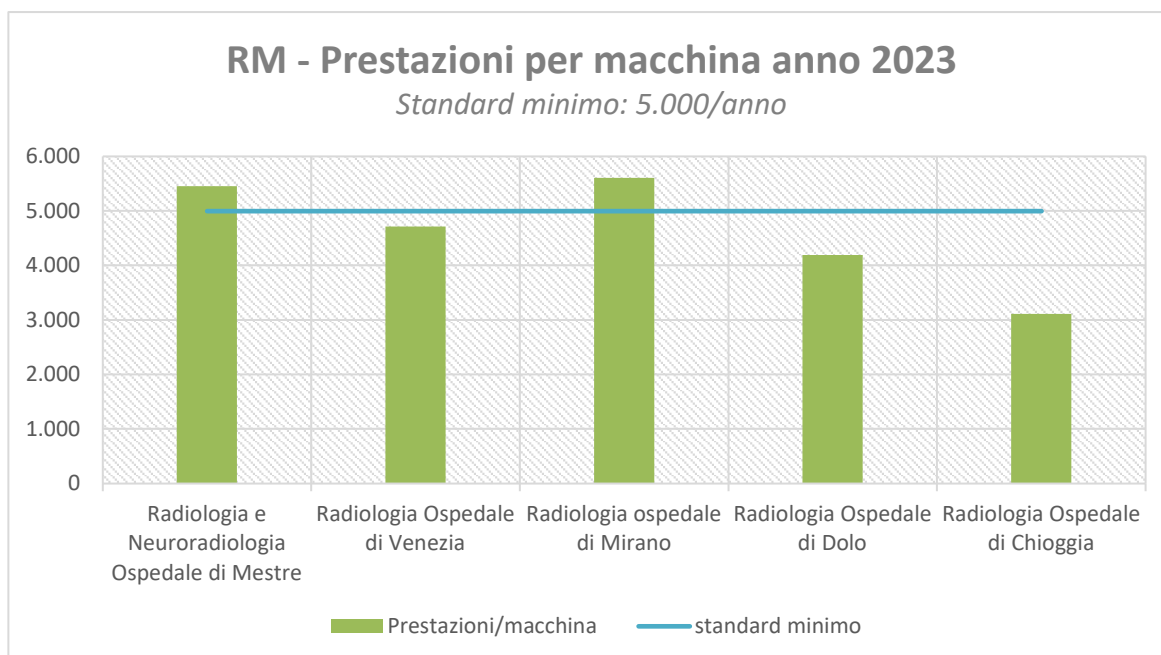
Tabella 11. Produttività RMN.

Ubicazione macchina	N. RM	Prestazioni 2023	Prestazioni/macchina
<i>Radiologia e Neuroradiologia Ospedale di Mestre</i>	2	10.902	5.451
<i>Radiologia Ospedale di Venezia</i>	1	4.713	4.713
<i>Radiologia Ospedale di Mirano</i>	1	5.603	5.603
<i>Radiologia Ospedale di Dolo</i>	1	4.190	4.190
<i>Radiologia Ospedale di Chioggia</i>	1	3.107	3.107
Totale	6	28.515	4.753

Il grafico riporta le prestazioni per macchina per ogni ospedale, confrontandole con lo standard minimo di 5.000 prestazioni/anno. I valori sono sostanzialmente allineati allo standard. Il numero di prestazioni erogate

dalla risonanza magnetica di Dolo ha risentito di un calo dell'attività dovuto ad un periodo di fermo macchina per manutenzioni, mentre a Chioggia il calo è stato condizionato da un ridotto numero di personale.

Grafico 8. Produttività RMN per macchina.



- TAC

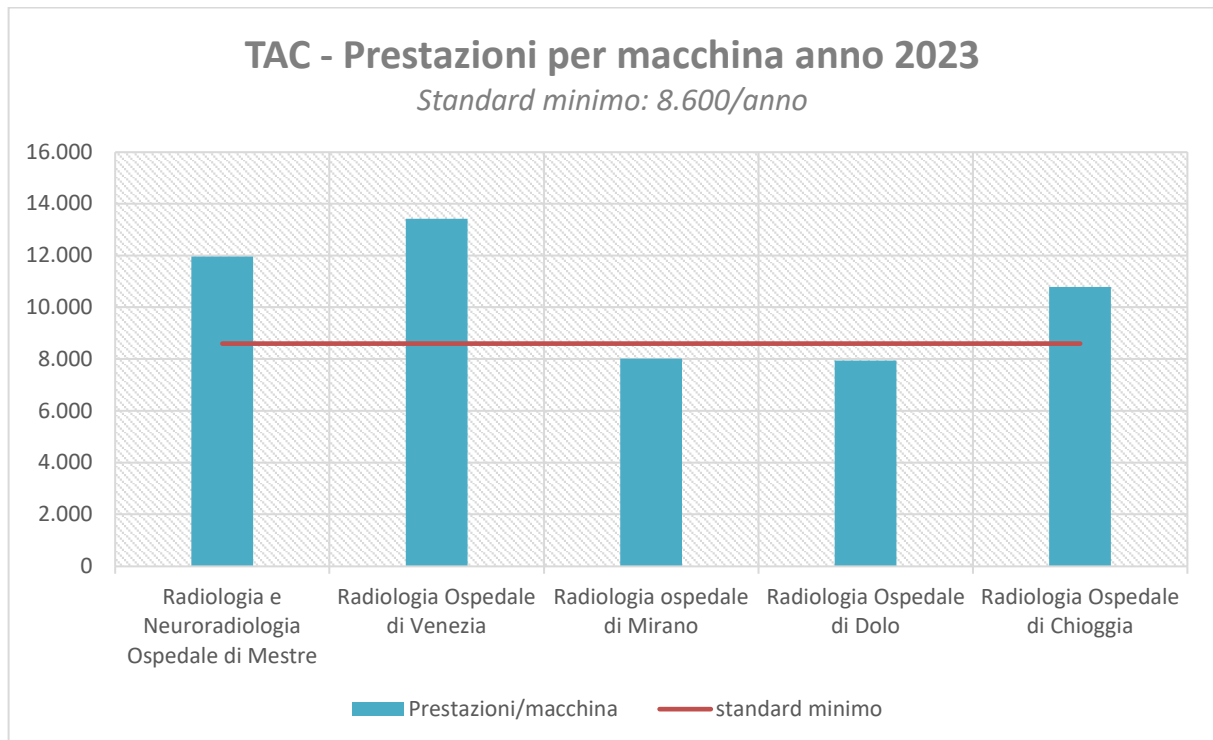
L'Azienda dispone complessivamente di 9 TAC, la cui ubicazione è dettagliata nella tabella che segue. Nel 2023 sono state erogate complessivamente 91.956 prestazioni, con una media di 10.217 prestazioni per macchina. Lo standard minimo prevede 8.600 prestazioni/anno.

Tabella 12. Produttività TAC.

Ubicazione macchina	N. TAC	Prestazioni 2023	Prestazioni/macchina
<i>Radiologia e Neuroradiologia Ospedale di Mestre</i>	3	35.862	11.954
<i>Radiologia Ospedale di Venezia</i>	1	13.421	13.421
<i>Radiologia ospedale di Mirano</i>	2	16.015	8.008
<i>Radiologia Ospedale di Dolo</i>	2	15.877	7.939
<i>Radiologia Ospedale di Chioggia</i>	1	10.781	10.781
Totale	9	91.956	10.217

Nel grafico sottostante vengono riportate le prestazioni per macchina erogate nell'anno 2023, che sostanzialmente sono in linea con lo standard minimo di 8.600 prestazioni/anno.

Grafico 9. Produttività TAC per macchina.



2.9 Strategie di governo della libera professione

L’Azienda con la Delibera n. 1088 del 26 giugno 2023 ha approvato il proprio “Regolamento aziendale per l’esercizio della libera professione intramuraria e altre attività a pagamento”.

L’attività libero professionale è esercitata secondo i fini istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale ed è svolta in sintonia con le finalità proprie dell’Azienda ULSS che pone l’offerta in libera professione come integrativa e non sostitutiva dei servizi resi in regime istituzionale, permettendo quindi anche la riduzione delle liste d’attesa per coloro che intendono fruire delle prestazioni di attività istituzionale. Inoltre, ai Direttori di Struttura, di concerto con il C.U.P. Manager, è demandato il compito di verificare il corretto svolgimento dell’attività libero-professionale intramuraria, ponendo particolare attenzione anche ai tempi di attesa.

Una forma di attività di libera professione è rappresentata dalla libera professione d’azienda (attività aziendale a pagamento). Si tratta di prestazioni integrative delle attività istituzionali, richieste dall’Azienda e concordate con i propri dirigenti, in via eccezionale e temporanea, allo scopo di ridurre le liste di attesa, oppure di acquisire prestazioni aggiuntive, ovvero realizzare programmi e progetti definiti a livello aziendale, ai sensi dell’art. 89 del CCNL del 23 gennaio 2024 dell’area della Dirigenza Medica e Veterinaria, soprattutto in presenza di carenza di organico ed impossibilità, anche temporanea, di coprire i relativi posti con personale in possesso dei requisiti di legge. In quest’ultimo caso i costi a carico dell’Azienda non devono superare i costi che deriverebbero dalla copertura dei posti vacanti. Ugualmente, a parità di volumi di attività, per ogni disciplina interessata l’Azienda dispone la riduzione della spesa per le eventuali consulenze svolte in regime di convenzione da dirigenti di altre aziende o enti, in misura non inferiore a quella sostenuta per l’acquisto delle relative prestazioni aggiuntive.

Questa tipologia di attività è oggetto, congiuntamente all’insieme delle attività specialistiche dei volumi e dei tempi d’attesa, di una specifica negoziazione in sede di definizione del budget, dove viene considerato il

complesso dei fattori produttivi che concorrono al raggiungimento degli obiettivi dell'Azienda.

2.10 Aperture straordinarie delle attività ambulatoriali

In Azienda sono attualmente previste agende con apertura prefestiva di sabato nei servizi di Dolo (Densitometria DEXA e TAC), Mirano (radiografia colonna sotto carico) e Mestre (neurologia), Chioggia (radiografie, TAC e RMN in priorità breve).

3. Separazione dei canali e dei flussi di accesso

La separazione dei canali e dei flussi di accesso alle prestazioni di primo livello e alle prestazioni di presa in carico e di secondo livello è una strategia organizzativa per migliorare l'efficienza e la qualità delle cure. La presa in carico in Azienda ULSS 3 Serenissima si attua in adempimento alle seguenti normative e loro aggiornamenti: DGR n. 320/2013, successiva DGR N.1562 del 6 dicembre 2022. Questo approccio distingue tra l'accesso iniziale al sistema sanitario (primo livello) e la successiva presa in carico sia dei pazienti con bisogni più complessi, che richiedono un inquadramento diagnostico conclusivo sia i percorsi per i pazienti cronici seguiti nel tempo per l'evoluzione della loro patologia.

3.1. Descrizione e sviluppo dei modelli di presa in carico nei vari contesti aziendali (esistenti e/o da attivare)

I modelli di presa in carico adottati da questa Azienda sono ritenuti indispensabili per garantire la tutela di salute del paziente cronico e a garanzia del completamento dei percorsi diagnostici dal primo contatto fino a conclusione del trattamento o della riabilitazione.

In merito al paziente cronico, l'Azienda promuove una stretta collaborazione tra MMG del territorio dei distretti con gli specialisti per garantire la presa in carico del paziente cronico soprattutto in caso di complessità clinica avanzata, dando garanzia all'utente di un corretto follow-up per la sua patologia.

Ogni percorso favorisce la comunicazione tra le figure professionali coinvolte per garantire la gestione dei bisogni di salute del paziente, si citano in particolare i PDTA per la BPCO, DIABETE MELLITO TIPO 2.

Si aggiunge per i percorsi di presa in carico anche il PDTA DELLA MAMMELLA dedicato al nodo mammario, PDTA LOMBALGIA e PDTA DELLE DEMENZE.

Si cita inoltre il completamento diagnostico del referto di colonscopia, che indirizza il MMG alla temporizzazione corretta dei controlli successivi a polipectomia e quindi alla condivisione con i MMG delle linee guida ESGE per la colonscopia.

Questi percorsi garantiscono all'utente adeguata tempistica diagnostica e appropriatezza delle prestazioni. Concretamente, la presa in carico si realizza attraverso le prescrizioni dei CVP Codice Veneto Prescrivibile di controllo per tutte le prestazioni di approfondimento clinico e completamento diagnostico e la tempistica è definita dallo specialista prescrittore, ma anche dalle unità eroganti.

Le prenotazioni verranno gestite tramite i cosiddetti "mini-cup" fisici di front office e di cup-back office. Attualmente i mini-cup sono in fase progettuale, il timing di avvio è previsto per fine 2024. La prenotazione per la presa in carico attualmente, si realizza con modalità variabili a seconda dei contesti Aziendali. Vi sono sportelli poliambulatoriali con accoglienza e prenotazione, sportelli cassa con percorsi dedicati alla presa in carico, segreterie di UU.OO. che effettuano la prenotazione di secondo livello per la propria attività e per la diagnostica con tempistica urgente. Per esempio, nel caso dell'oncologia, il paziente oncologico riceve la prenotazione per le prestazioni diagnostiche urgenti direttamente dall'oncologia, ha inoltre un percorso preferenziale anche per i follow up periodici con presa in carico a front office e gestione a CUP back office.

Si precisa che in caso di riacutizzazione di un paziente cronico, il percorso di accesso alle prestazioni esce dalla presa in carico, la prescrizione con la prestazioni da CVP permette all'utente di trovare risposta

nell'offerta nel territorio Aziendale, l'agenda di prenotazione garantisce l'accesso negli spazi dedicati ai primi accessi in priorità.

In conclusione, una presa in carico efficace del paziente è essenziale per ridurre le liste di attesa e migliorare l'uso appropriato delle risorse. E' essenziale, in queste situazioni, attivare una comunicazione tra tutte le figure professionali coinvolte nonché avere collaborazione e disponibilità dallo stesso paziente.

3.2 Definizione dell'architettura dei profili di accesso al CUP per gli operatori e dei relativi ambiti di autonomia

I profili di accesso sono definiti per regolare i diritti e le autorizzazioni degli utenti all'interno della piattaforma. Questi profili stabiliscono quali azioni un utente può compiere e quali informazioni può visualizzare, garantendo un utilizzo sicuro e controllato del sistema. La definizione e l'architettura dei profili di accesso per gli operatori del CUP sono cruciali per garantire un'efficace gestione delle risorse, la sicurezza dei dati e un servizio ottimale per i pazienti. Gli ambiti di autonomia definiscono le operazioni che ogni profilo può eseguire autonomamente senza necessità di autorizzazioni superiori.

I profili di accesso sono tipicamente strutturati per riflettere i ruoli specifici degli utenti, che possono includere tre macro-categorie:

- Super user: hanno il compito di configurare il sistema e possono controllare i ruoli assegnati ad altri utenti in modo da verificare la corretta attribuzione dei ruoli in base ai compiti attribuiti.
- Operatori di Prenotazione: Possono gestire le prenotazioni degli appuntamenti, modificare e cancellare le prenotazioni esistenti e accedere alle informazioni dei pazienti .
- Medici e Specialisti: Possono visualizzare le prenotazioni dei propri pazienti, aggiornare le informazioni cliniche e accedere ai referti e ad altre documentazioni mediche.

L'architettura dei profili di accesso nel sistema CUP Web è costruita su vari livelli di sicurezza e autorizzazione, e tipicamente segue una struttura modulare e scalabile articolata come segue:

- Sistema di Autenticazione:
 - Login e Password: gli utenti accedono al sistema tramite credenziali personali (username e password).
- Gestione delle Sessioni:
 - Session Management: Gestisce le sessioni utente attive e garantisce che le sessioni scadano dopo un periodo di inattività per aumentare la sicurezza.
- Controllo degli Accessi Basato sui Ruoli:
 - Definizione dei Ruoli: I ruoli sono predefiniti e ogni ruolo ha un insieme specifico di permessi.
 - Assegnazione dei Ruoli: Gli utenti vengono assegnati a uno o più ruoli in base alla loro funzione e necessità.

3.3. Mappatura delle specialità che attuano la presa in carico e programma di attivazione dei Mini-CUP

Nell'ambito del sistema CUP (Centro Unico di Prenotazione) Web, viene effettuata anche la presa in carico dei pazienti, mediante la gestione e il coordinamento delle prenotazioni per le cure mediche nelle diverse specialità interessate. La mappatura delle specialità è fondamentale per garantire che i pazienti ricevano un percorso di cura coerente e appropriato. Le principali specialità attuano la presa in carico intra branca e la prenotazione è gestita da segreteria o da sportello CUP dedicato o da sportello poliambulatoriale.

Attualmente l'implementazione del progetto è in corso e si prevede di ottenere un buon grado di sviluppo entro la fine dell'anno corrente.

Il programma di attivazione dei Mini CUP riguarda la creazione di punti di prenotazione decentralizzati all'interno delle strutture sanitarie per migliorare l'accessibilità e l'efficienza dei servizi di prenotazione. I vantaggi previsti sono riassunti nei seguenti punti:

- **Accessibilità:** Maggiore accesso ai servizi di prenotazione per i pazienti, specialmente in aree remote o con meno risorse.
- **Efficienza:** Riduzione dei tempi di attesa e miglior gestione del flusso di pazienti.
- **Qualità del Servizio:** Miglioramento del servizio reso attraverso una rete più capillare e personalizzata.
- **Flessibilità:** Capacità di adattarsi rapidamente alle variazioni nella domanda di servizi sanitari.

Segue il percorso di attivazione dei Mini CUP. Alcune fasi sono concluse alcune sono in via di realizzazione:

- **Valutazione e Pianificazione:**
 - **Analisi delle Esigenze:** Identificare le aree con maggiore domanda di servizi di prenotazione.
 - **Valutazione delle Risorse:** Determinare le risorse necessarie, come personale e attrezzature.
- **Infrastruttura e Tecnologia:**
 - **Implementazione del Sistema:** Installazione del software CUP Web nei nuovi punti.
 - **Formazione del Personale:** Training del personale su come utilizzare il sistema e gestire le prenotazioni di presa in carico.
 - **Connessione e Sicurezza:** Garantire una connessione sicura e stabile alla rete centrale del CUP.
- **Implementazione:**
 - **Avvio dei Mini-CUP:** attivazione in aree dove non ancora presente, e campagna informativa ai cittadini.
 - **Integrazione con Altri Servizi:** Assicurare che i Mini CUP siano ben integrati con altri servizi sanitari per una gestione coordinata del percorso di cura del paziente.
- **Supporto Continuo:**
 - **Assistenza Tecnica:** Fornire supporto tecnico continuo per risolvere eventuali problemi operativi.
 - **Aggiornamenti e Miglioramenti:** Continuare a migliorare il sistema basandosi su nuovi feedback e sviluppi tecnologici.

In conclusione, la mappatura delle specialità che attuano la presa in carico e il programma di attivazione dei Mini CUP sono componenti essenziali per ottimizzare l'efficienza e l'accessibilità del sistema sanitario. Implementare un sistema di prenotazione decentralizzato, supportato da un'infrastruttura tecnologica robusta e un coordinamento efficace tra le diverse specialità, può significativamente migliorare l'esperienza del paziente e la qualità complessiva dei servizi sanitari.

4. Gestione della domanda: Analisi dei bisogni espressi, anche attraverso l'utilizzo dei cruscotti messi a disposizione dalla Regione

L'utilizzo dei report messi a disposizione dalla Regione consente di analizzare i trend che riguardano le prescrizioni di prestazioni sia in generale che con focus su quelle traccianti.

Specifiche analisi possono essere condotte anche con riferimento alla domanda di prestazioni di alta tecnologia come le TAC e le RMN.

I cruscotti offrono anche la possibilità di confrontare i dati con quelli di altre ULSS evidenziando i comportamenti prescrittivi dei medici delle aziende sanitarie del Veneto e quindi di individuare eventuali parametri di miglioramento della performance mediante un continuo e costruttivo confronto tra le aziende sanitarie regionali.

Nel dettaglio, le dashboard fornite permettono attualmente di accedere alle seguenti informazioni:

- Performance prestazioni traccianti

- Performance prestazioni traccianti di TAC e RMN
- Monitoraggio ex ante prestazioni traccianti
- Pre-appointamento prestazioni traccianti complessive e distinte per classe
- Pre-appointamento prestazioni non traccianti complessive e distinte per classe
- Andamento per classe BDP
- Monitoraggio domanda di Prescrizioni traccianti, TAC e RMN

Eventuali nuovi pannelli informativi saranno puntualmente utilizzati dall'Azienda al fine di monitorare in maniera sempre più dettagliata il processo che riguarda la prescrizione, la prenotazione e l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali.

5. Piano delle azioni sull'appropriatezza prescrittiva

L'appropriatezza prescrittiva consiste in un insieme di azioni finalizzate ad erogare una prestazione sanitaria ad un paziente in modo mirato, rispettando cioè le necessità cliniche dello stesso e le indicazioni delle linee guida e dell'*Evidence Based Medicine*. Agendo con appropriatezza si erogano prestazioni utili ed efficaci, che riducono al minimo il rischio per l'assistito e che non generano ridondanze diagnostiche anche in termini economici.

Le azioni dell'Azienda per favorire e potenziare al massimo l'appropriatezza prescrittiva, al fine di un attento governo della domanda di prestazioni diagnostiche, si sono esplicate su più fronti.

5.1 Attività con i prescrittori territoriali

In primo luogo, si sono avviate attività rivolte ai Prescrittori territoriali, in un'ottica di dialogo e confronto, il cui obiettivo è dapprima sensibilizzare sulla necessità di appropriatezza prescrittiva. Questo è possibile con lo sviluppo di un percorso di collaborazione tra Medici che prescrivono le prestazioni e Medici che erogano le stesse. Tale percorso di collaborazione è attuato organizzando momenti di confronto formativo sulla gestione di tali prestazioni, momenti caratterizzati dalla valutazione e dalla discussione congiunta delle buone pratiche cliniche, delle linee guida e delle più recenti raccomandazioni delle società scientifiche, per consentire il raggiungimento di atteggiamenti condivisi ed uniformi a livello aziendale.

Pertanto, le attività rivolte ai Prescrittori sono:

- Audit e feedback con i Prescrittori;
- Eventi di formazione residenziale;
- Corsi FAD;
- Momenti di contrattazione delle prestazioni necessarie all'Azienda.

5.1.1 Audit e feedback con i Prescrittori

Incontri a livello aziendale con i Prescrittori sono tenuti per la discussione del raggiungimento o meno degli obiettivi. In tali occasioni si individuano strategie condivise per il perseguimento degli obiettivi condivisi.

5.1.2 Eventi di formazione residenziale

Sono state instaurate iniziative di formazione ed aggiornamento dei medici sulla base di linee guida, percorsi clinici e buone pratiche avallate da criteri scientifici anche mediante la revisione delle indicazioni assunte dal Servizio Sanitario Nazionale. In tal senso, nel corso del 2024, si sono tenuti e sono stati programmati numerosi eventi, sia generici che mirati, sul tema dell'appropriatezza prescrittiva.

Gli eventi di tipo residenziale, in parte già svolti, dell'anno in corso organizzati mediante congressi plenari presso il Padiglione RAMA dell'Ulss sono i seguenti:

- *Fondamenti di Urologia - Percorsi di appropriatezza prescrittiva* (10 e 23 aprile 2024). Tale evento, rivolto in primo luogo ai Medici di Medicina Generale, ha visto il confronto tra gli Specialisti Urologi e i Medici di Famiglia, sulle più frequenti problematiche della branca urologica per le quali l'MMG è tenuto alla prescrizione di accertamenti diagnostici;
- *Appropriatezza prescrittiva per il rilancio del SSN – Aspetti etico-professionali, deontologici ed economici* (19 aprile 2024). Questo congresso, di ampio respiro e rivolto a molteplici categorie di Professionisti sanitari, ha declinato il tema dell'appropriatezza sotto i profili etici, giuridici, amministrativi, economici e medico-legali fornendo una panoramica non esclusivamente clinica della questione;
- *Fondamenti di Otorinolaringoiatria - Percorsi di appropriatezza prescrittiva* (25 settembre e 8 ottobre 2024). Questi incontri, rivolti al Medico di Medicina Generale, permetteranno un dialogo con gli Specialisti Otorinolaringoiatri che forniranno i criteri per la prescrizione di accertamenti diagnostici rispetto ai più frequenti quadri di patologia ORL;
- *La gestione del Tromboembolismo Venoso* (29 ottobre e 12 novembre 2024). Gli incontri forniranno le chiavi per la gestione del Paziente con patologia tromboembolica a livello territoriale.

A questi eventi si affiancano anche quelli organizzati dalle direzioni distrettuali e che coinvolgono i Medici di Medicina Generale e di Continuità Assistenziale.

Gli argomenti riguardano:

- La valutazione ecografica in Medicina Generale;
- Il ruolo del MMG nelle Cure Palliative di base;
- Appropriatezza nell'uso dei farmaci antibiotici.

5.1.3 Formazione a distanza (FAD)

Al fine di potenziare e diversificare al massimo gli eventi formativi si stanno progettando eventi di formazione a distanza, quindi sempre fruibili dal Professionista. L'Azienda, attraverso la sua U.O. Formazione - Scuola di Formazione e Ricerca in Sanità, sta progettando corsi FAD su tematiche specifiche.

5.1.4 Momenti di contrattazione delle prestazioni necessarie all'Azienda

Al fine di una maggior congruenza tra domanda di prestazioni specialistiche e offerta delle stesse, l'Azienda ULSS 3 realizza costantemente tavoli di contrattazione con la Medicina Convenzionata e Privata accreditata per intercettare al massimo grado le necessità sanitarie dei cittadini.

- MMG

L' Accordo Collettivo Nazionale (ACN) del 4 aprile 2024, previsto dal livello di contrattazione nazionale contiene all'art. 4 – 'OBIETTIVI PRIORITARI DI POLITICA SANITARIA NAZIONALE comma 1) lett d), l'indirizzo di politica sanitaria riguardante il GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA E APPROPRIATEZZA: *"Nell'ambito degli AAIIIR, fermo restando la programmazione regionale in tema di prestazioni necessarie e coerenti col fabbisogno, deve essere previsto specificamente il coinvolgimento e la partecipazione dei medici del ruolo unico di assistenza primaria ai percorsi regionali di prescrizione, prenotazione, erogazione e monitoraggio delle prestazioni, che distinguano i primi accessi dai percorsi di follow-up nel rispetto delle condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza previsti dalle normative vigenti. In particolare, per l'erogazione delle prestazioni potrà essere previsto il coinvolgimento delle forme organizzative dei medici di medicina generale nei processi di budgeting aziendali"*.

L' Accordo Attuativo Aziendale 2022-2024, a livello di contrattazione aziendale, prevede un obiettivo sulla sostenibilità della spesa e sul miglioramento dell'appropriatezza dell'assistenza specialistica anche mediante la partecipazione a momenti di formazione con specialisti (es. screening mammella, oculistica, dermatologia, radiologia, endoscopia digestiva) e ad incontri specifici sui PDTA e sui relativi risvolti clinici e specialistici.

- SAI

L' Accordo Collettivo nazionale (ACN) del 4 aprile 2024, previsto dal livello di contrattazione nazionale contiene all'art. 4 – 'OBIETTIVI PRIORITARI DI POLITICA SANITARIA NAZIONALE comma 1) lett d), l'indirizzo di politica sanitaria riguardante il GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA E APPROPRIATEZZA: *"Nell'ambito degli AAIIIR, fermo restando la programmazione regionale in tema di prestazioni necessarie e coerenti col fabbisogno, deve essere prevista specificamente la partecipazione degli specialisti ambulatoriali e degli psicologi ai percorsi regionali di prescrizione, prenotazione, erogazione e monitoraggio delle prestazioni, che distinguano i primi accessi dai percorsi di follow-up nel rispetto delle condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza previste dalle normative vigenti, promuovendo l'integrazione nelle reti territoriali degli specialisti ambulatoriali e degli psicologi con i servizi e con tutte le altre figure professionali del territorio per garantire la continuità dell'assistenza"*.

Inoltre l'Azienda, al fine di ricondurre le liste d'attesa a parametri nazionali può autorizzare il prolungamento dell'orario di lavoro (art. 29 comma 5), previo assenso dell'interessato e indicando le modalità organizzative, al fine di erogare prestazioni con codice di priorità B e/o critiche per il contenimento delle liste in pre-appuntamento. Oltre a ciò, è prevista la partecipazione dei medici specialisti ambulatoriali alla realizzazione di progetti obiettivo, con attività incentivanti svolte in *équipes* con il personale dipendente con la finalità di ridurre le liste d'attesa.

6. Attività di valenza trasversale

6.1 Tavoli tecnici tra Prescrittori ed Erogatori delle prestazioni sanitarie

Tavoli tecnici tra Prescrittori ed Erogatori delle prestazioni sanitarie vengono costantemente tenuti al fine di permettere e favorire il confronto tra Prescrittori ed Erogatori, in un continuo dialogo e consulenza clinico-diagnostica-terapeutica.

6.2 Tavoli tecnici interaziendali

Tavoli tecnici interaziendali tra ULSS 3 e le altre realtà regionali vengono tenuti, sotto il Coordinamento della Cabina di Regia Regionale per il Governo delle Liste d'Attesa Ambulatoriali, al fine di monitorare i volumi di

domanda e offerta delle prestazioni e per la condivisione di strategie al fine del raggiungimento della massima efficacia erogativa e promuovendo accordi e convenzioni interaziendali.

6.3 Coinvolgimento del Privato

L’Azienda attua una politica di forte coinvolgimento del Privato nella definizione di strategie per il perseguimento dell’appropriatezza prescrittiva. Tra queste, ad esempio, la definizione e condivisione di PDTA aziendali per la gestione del dolore lombare atraumatico e della gonalgia, e l’applicazione PDTA regionali.

6.4 Analisi sistematiche di appropriatezza prescrittiva

L’ Azienda svolge un attento controllo sulle prestazioni prescritte ed erogate all’interno del territorio di competenza aziendale. Un esempio consiste nell’elaborazione di report trimestrali (*Reportistica sui consumi di Specialistica Ambulatoriale*) indirizzati ai Medici di Medicina Generale, di carattere informativo, al fine di favorire l’allineamento con gli obiettivi aziendali sui volumi di prescrizione. Vengono, inoltre, organizzati degli audit di analisi tra le UO di Cure Primarie dei vari Distretti con i Medici che si disallineano dalla media prescrittiva distrettuale ed aziendale al fine di promuovere la consapevolezza dei propri comportamenti prescrittivi e l’abbattimento delle prescrizioni non necessarie.

6.5 Attività pregressa di promozione e sviluppo dell’appropriatezza prescrittiva

La cultura dell’appropriatezza prescrittiva necessita di tempo per il suo sviluppo. L’Azienda ha già da anni messo in atto iniziative al fine di favorire la stessa. Nel prospetto seguente sono riassunte le varie attività che riguardano questo tema.

ID	Tipo iniziativa	Descrizione sintetica	Cluster iniziativa ¹	Periodo di riferimento
1	Previsione di obiettivi budget volti alla promozione dell’appropriatezza prescrittiva	Previsione di obiettivi volti alla promozione dell’appropriatezza prescrittiva nelle schede di budget UU.OO.	Trasversale	2024
2	Previsione di obiettivi volti alla promozione dell’appropriatezza prescrittiva all’interno dei patti aziendali con i MMG	Fra gli obiettivi inseriti nei patti MMG è prevista una soglia minima di partecipazione obbligatoria alla Formazione Aziendale (pari al 90% degli eventi formativi).	Trasversale	2024
3	Eventi di condivisione indicazioni e/o eventi di formazione rivolti a MMG o altri medici relativamente a specifiche branche/prestazioni	Durante il 2024 sono calendarizzati 5 eventi formativi , ognuno in doppia edizione, per consentire la partecipazione del più ampio numero possibile di MMG (corsi accreditati ECM). Ogni incontro è così strutturato: 1) approfondimenti clinici da parte degli specialisti, 2) condivisione dell’analisi del rapporto domanda/offerta delle prestazioni specialistiche della branca in oggetto ed indicazioni di appropriatezza prescrittiva, 3) condivisione dei	<ul style="list-style-type: none"> ● urologia ● ORL ● angiologia ● diagnostica ecografica 	2024

		<p>take home messages e dei contatti degli stessi specialisti con i medici del Territorio per migliorare la comunicazione e favorire la rete ospedale-territorio</p> <p>Gli eventi calendarizzati sono i seguenti:</p> <p>Evento 1: "Fondamenti di Urologia"</p> <p>Evento 2: "Appropriatezza prescrittiva per il rilancio del SSN – aspetti etico-professionali, deontologici ed economici"</p> <p>Evento 3: "Fondamenti di Otorinolaringoiatria"</p> <p>Evento 4: "La gestione del Tromboembolismo Venoso"</p> <p>Evento 5. "La valutazione ecografica in Medicina Generale"</p>		
4	Produzione e/o condivisione di report relativi all'analisi del prescritto dei MMG	<p>Trimestralmente vengono elaborati e condivisi dei report relativi ai dati del prescritto dei MMG.</p> <p>Il report si compone di 2 principali sezioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dati di sintesi sugli assistiti, che riporta numero medio di assistiti, età media, % sesso, % over 65, % over 75 - dati relativi alle prestazioni prescritte dal medico (incluse le suggerite), sul volume: <ul style="list-style-type: none"> - totale (tot complessivo, tot suggerite, tot procapite, best aziendale, best distretto) - per tipologia di prestazione (tot complessivo, tot pro capite*1000 ab., best aziendale) - per priorità (tot prescritto per priorità, tot prescritto complessivo, % tot priorità su tot complessivo, % best aziendale) <p>In aggiunta, si specifica l'utilizzo di un sistema semaforico per indicare la posizione del MMG rispetto al benchmark, fissato come mediana a livello aziendale. In questo contesto, si osserva una notevole variabilità della mediana tra diversi distretti, con un intervallo che va da 4 prestazioni pro capite fino a 6,5. Si ipotizza che se tutti i prescrittori aderissero al valore mediano, si otterrebbe un risparmio del 30% sull'intero volume di erogato, pari a circa 400.000 prestazioni.</p>	Trasversale	2024
5	Indicazioni uniformi per consulto/teleconsulto	<p>Durante gli eventi di formazione vengono fornite indicazioni uniformi per effettuare il consulto/teleconsulto. Durante tali occasioni, infatti, gli specialisti che presentano gli incontri, al termine del loro intervento, sono soliti condividere le modalità per essere contattati dai MMG.</p>	Trasversale	2024
6	Analisi dell'appropriatezza quesiti clinici, anche	L'Azienda effettua analisi sull'appropriatezza prescrittiva anche tramite il software Clinika	Trasversale	2024

tramite utilizzo software (es. Clinika)	che permette di verificare la concordanza fra il prescritto e i RAO, con particolare riferimento a 10 protocolli. Tali protocolli, elaborati a fronte dei controlli sul prescritto e delle relative valutazioni in merito a particolari criticità, mirano ad affinare le indicazioni dei RAO aggiungendo ulteriori specificazioni e invitando all'utilizzo di alcune parole chiave che permettono di condurre alla corretta assegnazione della priorità (es. presenza della parola "grave" nel quesito conduce a una priorità "D" anziché una "P"). Tale miglioramento si è reso necessario in quanto alcuni quesiti più generici trovavano concordanza sia con la priorità "D" che con la "B".		
---	---	--	--

¹ Le iniziative censite tramite survey/incontri on site sono state suddivise in tre principali cluster:

- 1) **"Trasversali"**: iniziative che impattano in maniera trasversale su più tipologie di categorie e/o prestazioni, come ad esempio la previsione di obiettivi di riduzione dei volumi del prescritto, o la produzione di report periodici per l'analisi del prescritto destinati ai MMG.;
- 2) **"Specifiche per categoria"**: Iniziative che impattano in maniera specifica su una determinata branca/categoria di prestazioni, come ad esempio l'analisi dell'appropriatezza dei quesiti clinici delle prestazioni relative alla categoria «Dermatologia»;
- 3) **"Specifiche per prestazione"**: iniziative che impattano in maniera specifica su una determinata prestazione, come ad esempio l'organizzazione di un evento per MMG dedicato alla condivisione di linee guida per promuovere l'appropriatezza prescrittiva della «prima visita oculistica».

Come sopra accennato, la cultura dell'appropriatezza prescrittiva, necessita di azioni attuate a tutto tondo e con diversi gradi di complessità. L'attivazione di un percorso culturale, clinico e scientifico, per la diffusione delle migliori conoscenze disponibili ed un conseguente confronto costruttivo tra tutti i medici condurrà ad una logica di effettivo allineamento dei comportamenti prescrittivi a livello aziendale, in grado di venire massimamente incontro ai bisogni clinici degli assistiti.

7. Modalità di gestione della prenotazione

7.1 Canali di accesso attivi (call center, sportelli, canali digitali, ecc.)

La gestione delle prenotazioni nel sistema CUP (Centro Unico di Prenotazione) è un processo complesso che coinvolge diverse fasi e modalità operative per garantire un servizio efficiente e centrato sul paziente. Di seguito vengono descritte le modalità principali di gestione della prenotazione nel sistema CUP.

7.1.1 Prenotazione Telefonica

- Centralino Unico: i pazienti possono chiamare il numero unico 041 844844 dove gli operatori del CUP verificano i dati del paziente ed effettuano la prenotazione di visite e esami.
- Script e Linee Guida: gli operatori seguono script e linee guida per raccogliere tutte le informazioni necessarie e fornire indicazioni precise ai pazienti.
- Conferma e Dettagli: al termine della chiamata, il paziente riceve una conferma con i dettagli della prenotazione a seconda dei sistemi in uso vi possono essere conforme della prenotazione tramite SMS o invio mail, l'Azienda ha in corso un percorso di omogeneizzazione delle conferme di avviso.

7.1.2 Prenotazione di Persona

- Sportelli CUP: i pazienti possono recarsi presso sportelli fisici nelle strutture sanitarie e farmacie abilitate, dove operatori dedicati effettuano la prenotazione di visite ed esami.

7.1.3 Prenotazione via App Mobile

- Con un collegamento diretto a Sanità km zero Fascicolo, si può visualizzare le ricette specialistiche, prenotare visite ed esami in uno dei CUP della Regione Veneto. A breve verrà introdotta anche App Prenota Veloce, la prenotazione si effettua semplicemente inserendo i dati della ricetta NRE e codice fiscale.

7.1.4 Prenotazione Online

- Tramite Portale Web ULSS 3 si accede alla prenotazione online

7.2 Modalità di gestione della prenotazione e del pre-appointamento

- Raccolta delle Informazioni
- Dati Anagrafici
- Dettagli della Richiesta: tipo di visita o esame richiesto, priorità o tempistica della richiesta

7.2.1 Verifica delle Disponibilità

- Consultazione del Calendario: verifica delle disponibilità delle strutture sanitarie attraverso il sistema informatico.
- Prioritizzazione: assegnazione delle prenotazioni in base a criteri di priorità

7.2.2 Conferma della Prenotazione

- Rilascio del promemoria: emissione di un promemoria con i dettagli dell'appuntamento (data, ora, luogo).
- Comunicazione al Paziente: invio della conferma tramite SMS se il sistema lo prevede, e-mail, o comunicazione diretta.

7.2.3 Gestione lista di attesa con Pre-Appuntamento

- In assenza di disponibilità secondo prioritizzazione o tempistica clinica richiesta: si prende in carico la ricetta in una pre-lista di attesa che permette di ordinare in coda l'utente in attesa di riorganizzare i servizi. L'utente riceve un promemoria con codice di pratica tracciabile.
- Gestione della lista di pre-appointamento: nel più breve tempo possibile il CUP back office provvede ad assegnare l'appuntamento nel rispetto dei tempi di attesa.
- Avviso all'utente: l'utente riceve l'informazione attraverso diversi canali avviso tramite operatore umano e tramite operatore automatico compreso SMS ed e-mail.

7.3 Modalità modifica degli appuntamenti, di avviso, remind e disdetta

- Modifica dell'Appuntamento: i pazienti possono richiedere la modifica della data o dell'ora

dell'appuntamento attraverso gli stessi canali utilizzati per la prenotazione. La modifica deve essere effettuata non oltre quattro giorni lavorativi antecedenti l'appuntamento

- Cancellazione: la cancellazione deve essere effettuata non oltre quattro giorni lavorativi antecedenti la data dell'appuntamento. Si può telefonare al CUP oppure si può disdire sia online che recandosi di persona presso gli uffici prenotazione ubicati negli Ospedali, nei Distretti Socio-Sanitari e presso le farmacie abilitate al servizio
- Riassegnazione degli Slot: gli slot liberati da cancellazioni vengono resi immediatamente disponibili per nuove prenotazioni

7.3.1 Chiamate Telefoniche

- Chiamate Automatiche: utilizzo di sistemi IVR (Interactive Voice Response) per effettuare chiamate automatiche di avviso e remind ai pazienti. L'innovazione in avvio da settembre 2024 in ULSS 3 permette una capillare informazione degli appuntamenti gestiti dal cup back office.
- Operatori Umani: gli operatori del CUP possono effettuare chiamate manuali per avvisare dell'appuntamento i pazienti.

7.3.2 Remind

È previsto il remind con SMS degli appuntamenti, inviato all'utente sei giorni antecedenti l'appuntamento.

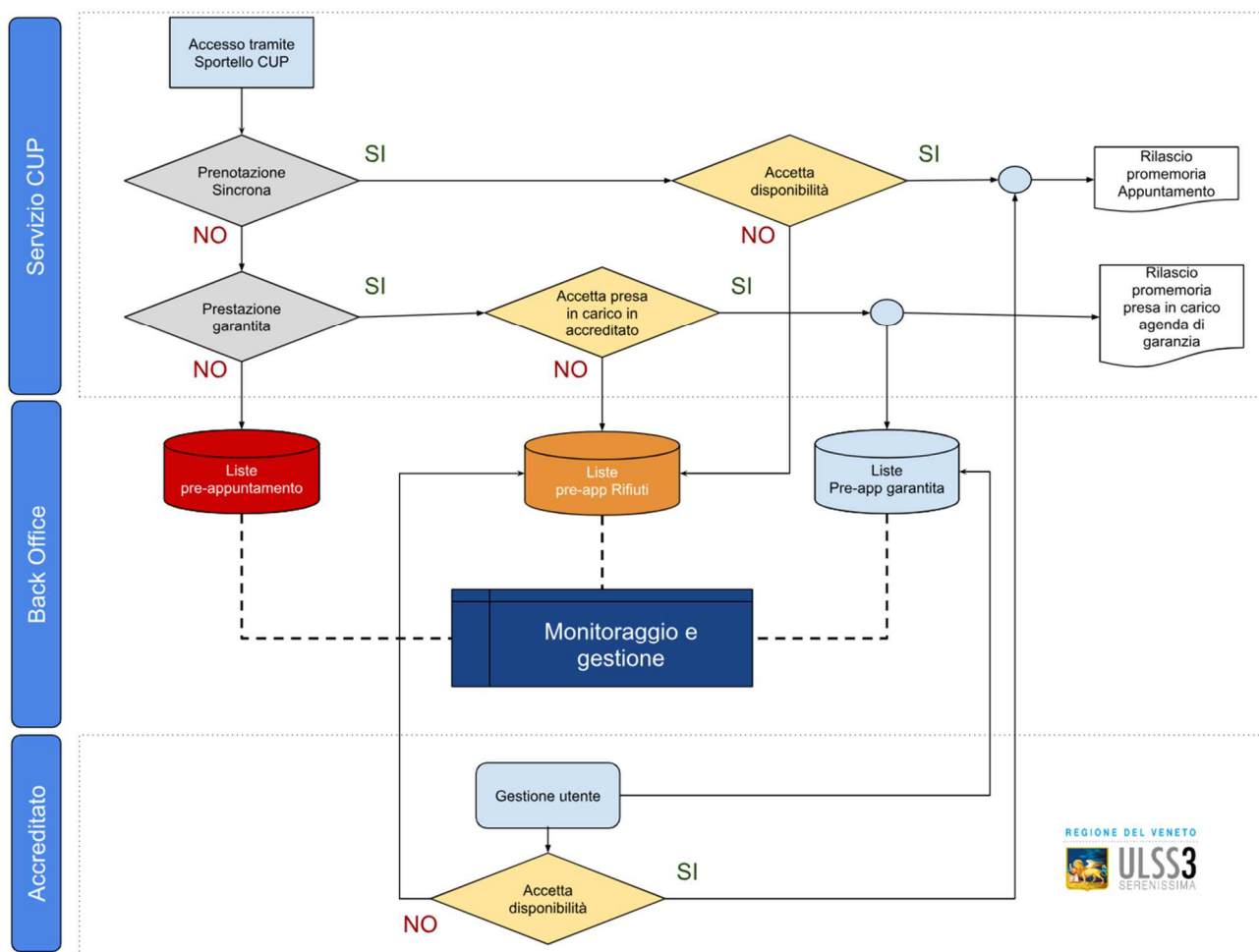
8. Percorsi di Tutela

L'Azienda ha istituito specifici "percorsi di tutela" per garantire che le richieste dei cittadini vengano soddisfatte anche quando le prestazioni di primo accesso, secondo la priorità, non possono essere erogate entro i tempi massimi previsti al momento della prenotazione "sincrona" presso la struttura.

Per le prestazioni ambulatoriali, viene creata una pre-lista che consente una successiva prenotazione entro i termini stabiliti. L'Azienda si impegna a individuare ulteriori disponibilità all'interno del Servizio Sanitario Regionale (SSR) nel minor tempo possibile, attuando le seguenti strategie:

- Utilizzo dei posti liberi nelle "agende di presa in carico" o nelle agende di primo accesso, qualora ci siano disdette non ancora riassegnate.
- Adozione di strategie per rimodulare temporaneamente la produzione, sfruttando gli strumenti contrattuali esistenti.
- Attivazione di percorsi di garanzia con erogatori pubblici e privati accreditati, qualora non sia possibile garantire la prestazione richiesta nei tempi standard previsti dalla normativa.
- Gestione flessibile delle agende, monitorando in tempo reale le variazioni nel rapporto domanda-offerta, con possibilità di utilizzare il sistema dell'overbooking, sia nel settore pubblico che in quello privato accreditato.
- Impiego di un sistema di recall per gestire le agende, garantendo il recupero di eventuali spazi residui disponibili.

Al termine di questo processo, se il cittadino è stato inserito in pre-appuntamento, verrà ricontattato dall'Azienda per proporre la prima disponibilità utile, che comunque dovrà rispettare i tempi massimi in base al codice di priorità indicato sulla ricetta.



Il percorso di garanzia descritto nella flow chart prevede in sintesi i seguenti passaggi:

1. All'accesso ai servizi CUP, ove non ci fosse immediata disponibilità e per le prestazioni riconosciute nell'elenco delle garantite verrà proposta la presa in carico in centro accreditato;
2. in caso di accettazione verranno raccolti i dati in opportuno database e rilasciato all'utente un promemoria con identificativo di presa in carico; la lista di pre-appuntamento garantita sarà accessibile al centro accreditato che provvederà al contatto con il richiedente, fornirà contestuale disponibilità e registrerà la richiesta nell'applicativo CUP aziendale
3. in caso di non accettazione verrà registrato nella lista delle prese in carico con rifiuto della prima disponibilità.
4. Per le prestazioni non garantite la richiesta verrà inserita nelle liste di pre-appuntamento ordinaria.

Tutte le liste di pre-appuntamento generate sono costantemente monitorate e gestite dai servizi di CUP back office.

Qualora il sistema non sia in grado di garantire le prestazioni nei tempi previsti in regime istituzionale, l'Azienda offre, su richiesta del cittadino, la possibilità di accedere alla Libera Professione intramoenia con il solo pagamento del ticket, come previsto dal D.Lgs. 124/98, art. 30 comma 10.

9. Trasparenza e comunicazione

9.1 Amministrazione Trasparente

L'Azienda ha istituito, all'interno del proprio sito aziendale alla sezione "Amministrazione Trasparente", una specifica pagina web dedicata alle liste e alla gestione dei tempi di attesa, direttamente raggiungibile da un link presente nella Home page.

All'interno della pagina web sono pubblicati i seguenti documenti/dati:

- Piano Attuativo Aziendale (PAA) con la relativa delibera di adozione e normativa regionale di riferimento;
- elenco delle prestazioni ambulatoriali e relativi tempi massimi di erogazione previsti per norma;
- elenco delle strutture erogatrici, pubbliche e private accreditate e le relative modalità di accesso alle prestazioni;
- percorsi previsti a garanzia dei tempi di attesa;
- dati riferiti al monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali previste dal PNGLA riferite alle classi B, D e P e forniti da Azienda Zero;
- ambiti di garanzia individuati;
- percorsi di tutela disponibili;
- guida alla lettura dei dati contenente le informazioni di interesse per il cittadino (responsabilità degli utenti, procedure per suggerimenti, reclami, disdette, sanzione e altre informazioni utili);
- link al sito della Regione del Veneto, al Portale Sanità Regione del Veneto sezione tempi di attesa.

È inoltre presente un collegamento al sistema CUP aziendale, dove è possibile rintracciare anche i numeri utili e i dati di contratto per la richiesta di informazioni.

Eventuali comunicazioni relative alla sospensione dell'erogazione dei servizi dovute a motivazioni di tipo tecnico e gli interventi conseguenti per fronteggiare tali disagi saranno oggetto di comunicazione al cittadino tramite i canali di comunicazione attivi.

Fondamentale per il buon esito della gestione delle liste di attesa è una corretta ed articolata comunicazione. L'azienda sanitaria prevede, al riguardo, una serie di azioni che possono essere suddivise in tre ambiti: la comunicazione verso l'utente, la comunicazione interna, la comunicazione attraverso i media.

9.2 La comunicazione verso l'utente

L'Ulss 3 Serenissima è impegnata in un piano di verifica e miglioramento della comunicazione fornita direttamente all'utenza dagli operatori del Cup: le oltre 6 mila interazioni telefoniche e personali che avvengono quotidianamente tra pazienti richiedenti prestazioni sanitarie e centralini o sportelli CUP costituiscono un flusso cruciale di comunicazione, che dev'essere quanto più possibile corretta ed efficace. Ritenendo quindi fondamentale la specifica formazione degli operatori del Cup, l'Azienda, sotto la regia dei referenti aziendali per la Comunicazione, ha avviato un'analisi delle possibili azioni migliorative sul fronte, appunto, della formazione degli operatori alla migliore comunicazione con l'utenza. Il progetto prevede innanzitutto la verifica di quanto, in termini di formazione, va erogato agli operatori Cup dalla ditta aggiudicataria, così da determinare quanto è utile aggiungere, in termini di formazione, per conseguire la massima efficacia nell'interazione con l'utenza.

Allo stesso modo, viene intensificata la formazione degli operatori dell'Ufficio relazioni con il pubblico, che costituiscono, con i loro sportelli fisici e virtuali, il secondo fronte di comunicazione diretta con l'utente, e che si trovano in moltissimi casi a gestire situazioni e rapporti che già evidenziano elementi di criticità, spesso anche in ambito comunicativo.

9.3 La comunicazione interna

Per la gestione delle criticità riguardo alle liste di attesa e per favorire il più pieno utilizzo delle risorse aziendali al servizio dell'utenza, l'Azienda ha sviluppato ogni opportuno canale di comunicazione interna.

La direzione generale è quotidianamente informata dall'andamento del piano di recupero, e impartisce le proprie indicazioni, suggerendo strategie specifiche, aree di intervento e azioni correttive nel corso delle riunioni organizzate sul tema con cadenza settimanale e alla bisogna; e a sua volta, l'Ulss dialoga costantemente con i prescrittori e con i servizi che erogano le prestazioni, sulla base delle necessità complessive e contingenti e delle indicazioni della Direzione e della Cabina di Regia regionale.

In quest'ottica, verrà predisposto anche un più stretto collegamento tra gli operatori del Cup, attraverso i loro team leader, e degli operatori dell'Urp, attraverso i loro referenti, con le attività complessive per il recupero delle liste di attesa, integrandoli attivamente nello scambio di idee e indicazioni operative tra gli attori della Comunicazione aziendale: in questo modo si intende far crescere la consapevolezza dell'Azienda su criticità, buone pratiche, istanze e richieste dell'utenza, e nel contempo si permetterà anche agli operatori del Cup e dell'Urp di sentirsi pienamente integrati nel percorso complessivo di potenziamento della comunicazione e di recepire costantemente le istanze e le direttive dell'azienda, in un'ottica di mutua e proficua sinergia.

9.4 La comunicazione attraverso i media

L'Ufficio stampa e i referenti aziendali per la comunicazione con i media sono strettamente coinvolti in questo lavoro. Mettono le loro competenze al servizio del miglioramento complessivo di tutti i livelli di comunicazione, in primo luogo coordinando il lavoro di formazione specifica degli operatori del Cup e dell'Urp; sono poi concentrati nei processi di miglioramento degli strumenti di comunicazione tradizionali quali ad esempio dépliant e locandine e innovativi dall'utilizzo degli schermi alle prospettive offerte dell'AI; infine, anche a partire dal coinvolgimento diretto in ogni fase del piano, sono al servizio della più corretta ed efficace comunicazione verso i media - giornali, televisioni, emittenti radiofoniche, siti online di informazione, sui due temi specifici del corretto utilizzo dei servizi sanitarie e della diffusione della cultura dell'appropriatezza prescrittiva e della sostenibilità del sistema.

10. Elenco prestazioni traccianti ed ambito di garanzia

Si riporta nel dettaglio per ciascuna prestazione tracciante l'ambito di garanzia individuato.

Tabella 13. Elenco prestazioni traccianti ed ambito di garanzia.

#	Codice	Descrizione	AMBITO DI GARANZIA
1	45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]. Endoscopia dell' intestino tenue Escluso: Endoscopia con biopsia (45.14-45.16)	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
2	45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA. Biopsia di una o più sedi di esofago, stomaco e duodeno	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
3	45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Escluso: Colonscopia transaddominale o attraverso stoma artificiale, Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24), Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23), Endoscopia transaddominale dell' intestino crasso	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
4	45.24	RETTO-SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Endoscopia del colon discendente Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
5	45.25	PANCOLONSCOPIA CON BIOPSIA. Biopsia di sedi intestinali aspecifiche Brushing o washing per prelievo di campione. Escluso: Proctosigmoidoscopia con biopsia (48.24)	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
6	45.42	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO. Polipectomia di uno o più polipi con approccio endoscopico Escluso: Polipectomia con approccio addominale	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
7	87.03	TC CRANIO-ENCEFALO. Non associabile a TC Sella Turcica (87.03.A) e TC Orbite (87.03.C)	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
8	87.03.1	TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC Sella Turcica con e senza MDC (87.03.B) e TC Orbite con e senza MCD (87.03.D)	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
9	87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE. (2 proiezioni)	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
10	87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE. (2 proiezioni)	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
11	87.41	TC DEL TORACE. [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino].	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
12	87.41.1	TC DEL TORACE SENZA E CON MDC. [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino].	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
13	88.01.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni. Non associabile a cod. 88.01.2	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3

14	88.01.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC. Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni.	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
15	88.01.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE. Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata. Non associabile a cod.88.01.4	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
16	88.01.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO. Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
17	88.01.5	TC DELL' ADDOME COMPLETO. Non associabile a cod.88.01.1 e cod. 88.01.3	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
18	88.01.6	TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC. Non associabile a cod. 88.01.2 e cod. 88.01.4	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
19	88.38.5	TC BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
20	88.38.A	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE. La prestazione sostituisce cod. 88.38.1. Incluso eventuale valutazione delle strutture del collo. Non associabile a 87.03.7 e con 88.38.9	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
21	88.38.B	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO. La prestazione sostituisce cod. 88.38.1. Incluso eventuale valutazione delle strutture toraciche. Non associabile a 87.41, 87.41.1, 87.41.2, 88.38.9.	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
22	88.38.C	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE. La prestazione sostituisce cod. 88.38.1. Incluso eventuale valutazione delle strutture addominali. Non associabile a 88.01.1, 88.01.3, 88.01.5, 88.38.9	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
23	88.38.D	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod. 88.38.2. Incluso eventuale valutazione delle strutture del collo. Non associabile a 87.03.8 e 88.38.9	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
24	88.38.E	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod. 88.38.2. Incluso eventuale valutazione delle strutture toraciche. Non associabile a 87.41, 87.41.1, 87.41.2, 88.38.9	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
25	88.38.F	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod. 88.38.2. Incluso eventuale valutazione delle strutture addominali. Non associabile a 88.01.2, 88.01.4, 88.01.6, 88.38.9	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
26	88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroidi, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Escluso ecocolor Doppler delle paratiroidi 88.73.7	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
27	88.72.3	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo. Non associabile a 88.72.1; 88.72.3	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3

28	88.72.3	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Non associabile a 88.72.1; 88.72.2	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
29	88.73.1	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso ecografia del cavo ascellare.	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
30	88.73.2	ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso ecografia del cavo ascellare.	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
31	88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. Incluso: carotidi, vertebrali, tronco anonimo e succlavia. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica. Valutazione degli indici quantitativi e semiquantitativi.	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
32	88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retro. Incluso eventuale elastometria epatica. Non associabile a cod. 88.75.1, 88.76.1	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
33	88.75.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE. Incluso: reni e surreni, ureteri, vescica, prostata, pelvi maschile o femminile ed ecografia sovrapubica. Non associabile a 88.74.1, 88.76.1, 88.79.5, 88.79.6	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
34	88.76.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO. Non associabile a 88.74.1, 88.75.1	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
35	88.77.4	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo. La prestazione sostituisce cod.88.77.2. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
36	88.77.5	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO. La prestazione sostituisce cod.88.77.2. A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
37	88.78	ECO OSTETRICA	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
38	88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA. con sonda addominale o transvaginale. Incluso: eventuale Ecocolor Doppler. Non associabile a 88.75.1 e 88.76.1	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
39	88.91.1	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE.	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
40	88.91.2	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE SENZA E CON MDC.	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
41	88.93.4	RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE. La prestazione sostituisce cod. 88.93.	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3

42	88.93.5	RM DEL RACHIDE SACROCOCCIGEO. La prestazione sostituisce cod. 88.93.	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
43	88.93.7	RM DEL RACHIDE CERVICALE SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod.88.93.1.	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
44	88.93.8	RM DEL RACHIDE DORSALE SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod.88.93.1.	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
45	88.93.9	RM DEL RACHIDE LOMBO-SACRALE SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod.88.93.1.	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
46	88.93.A	RM DEL RACHIDE SACROCOCCIGEO SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod.88.93.1.	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
47	88.93.V	RM DEL RACHIDE CERVICALE. La prestazione sostituisce cod. 88.93.	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
48	88.93.Z	RM DEL RACHIDE DORSALE.La prestazione sostituisce cod. 88.93.	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
49	88.95.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO. Vescica e pelvi maschile o femminile Incluso: relativo distretto vascolare. Non associabile a cod. 88.95.8.	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
50	88.95.5	RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC. Incluso relativo distretto vascolare	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
51	89.7_17	PRIMA VISITA GERIATRICA	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
52	89.13_2	PRIMA VISITA NEUROLOGICA	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
53	89.13_3	PRIMA VISITA NEUROCHIRURGICA	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
54	89.26.1	PRIMA VISITA GINECOLOGICA - Sostituisce 89.26. Incluso: eventuale addestramento all'uso del diaframma vaginale, eventuale prelievo citologico. Non associabile a 89.26.3, 91.48.4	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
55	89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
56	89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE. [con tecnica di diluizione, pletismografia o altra metodica].	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3

57	89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE. Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
58	89.43	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO. Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
59	89.44	ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
60	89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (HOLTER)	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
61	89.7A.3	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA. Incluso: ECG (89.52).	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
62	89.7A.4	PRIMA VISITA CHIRURGICA GENERALE	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
63	89.7A.6	PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
64	89.7A.7_2	PRIMA VISITA ALLERGOLOGICA	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
65	89.7A.7_5	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
66	89.7A.8_2	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
67	89.7A.8_5	PRIMA VISITA DIABETOLOGICA	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
68	89.7A.9	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
69	89.7B.2	PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
70	89.7B.6	PRIMA VISITA ONCOLOGICA. Incluso: stesura del piano di trattamento.	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
71	89.7B.7	PRIMA VISITA ORTOPEDICA. Incluso: eventuale podoscopia per prescrizione di plantare	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3

72	89.7B.8	PRIMA VISITA ORL. Incluso, in base allo specifico problema clinico: eventuale otomicroscopia, esame funzionalità vestibolare, utilizzo di fibre ottiche, rimozione di cerume.	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
73	89.7B.9	PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA. Incluso: eventuale rilevazione incruenta della saturazione arteriosa	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
74	89.7C.2_3	PRIMA VISITA UROLOGICA	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
75	89.7R.1	PRIMA VISITA REUMATOLOGICA	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
76	93.08.1	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]. Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo. Prestazione riservata solo a esenti per patologia cronica dove prevista. Non associabile a cod. 93.08.S, 93.08.T, 93.08.V, 93.08.Z e 99.29.9	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
77	93.08.S	STUDIO NEUROFISIOLOGICO [ELETTROMIOGRAFICO] ARTO SUPERIORE COMPLETO. Non associabile a cod. 93.08.1, 93.08.5, 93.09.1, 93.09.2 e 99.29.9.	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
78	93.08.T	STUDIO NEUROFISIOLOGICO [ELETTROMIOGRAFICO] ARTO INFERIORE COMPLETO. Non associabile a 93.08.1, 93.08.5, 93.09.1, 93.09.2 e 99.29.9	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
79	93.08.V	STUDIO NEUROFISIOLOGICO [ELETTROMIOGRAFICO] FACCIALE E TRIGEMINALE COMPLETO. Monolaterale. Non associabile a 93.08.1, 93.08.5, 93.09.1, 93.09.2, 95.25, POLISONNOGRAFIA (89.17) e 99.29.9.	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
80	93.08.Z	STUDIO NEUROFISIOLOGICO [ELETTROMIOGRAFICO] DEL TRONCO. Non associabile a 93.08.1, 93.08.5, 93.09.1, 93.09.2 e 99.29.9.	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
81	95.02	PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: Esame del visus, Refrazione con eventuale prescrizione di lenti, Tonometria, Biomicroscopia, Fundus oculi con o senza midriasi farmacologica.	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
82	95.11	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS. Per occhio	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3
83	95.41.1	ESAME AUDIOMETRICO TONALE	INTERO TERRITORIO AZIENDA ULSS 3

Nelle prestazioni di prima visita sono incluse anche le prescrizioni di primo accesso con codici figli.