



Piano Attuativo Aziendale

per il Governo delle liste di Attesa

in attuazione della DGRV 626 del 4 giugno 2024



AGGIORNAMENTO AL 27/02/2026

INDICE

Inquadramento generale - Piano Regionale Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA).	4
Piano Attuativo Aziendale	5
Dati generali sul territorio e popolazione	5
1. Organizzazione dell'Offerta	6
1.1 Azioni di efficientamento delle agende	7
1.2 Definizione e adozione dell'ambito di garanzia	7
1.3 Potenziamento dell'offerta di visite e prestazioni	8
1.4 programmazione attività con le strutture private accreditate	9
1.5 definizione accordi con le Aziende Sanitarie e lo IOV	9
1.6 piano di sviluppo della telemedicina in tutte le sue declinazioni	10
1.7 ottimizzazione dell'utilizzo delle grandi attrezzature	11
1.8 strategie di governo della libera professione	11
1.9 aperture straordinarie delle attività ambulatoriali	12
2. separazione dei canali e dei flussi di accesso	13
2.1 descrizione e sviluppo dei modelli di presa in carico nei vari contesti aziendali (esistenti e/o da attivare)	13
2.2 definizione dell'architettura dei profili di accesso al CUP per gli operatori e dei relativi ambiti di autonomia	14
2.3 mappatura delle specialità che attuano la presa in carico e programma di attivazione dei Minicup	14
3. gestione della domanda	14
3.1 analisi dei bisogni espressi, anche attraverso l'utilizzo dei cruscotti messi a disposizione dalla Regione	14
4. piano delle azioni sull'appropriatezza prescrittiva	15
4.1 attività con i prescrittori territoriali	15
4.2 attività con i prescrittori ospedalieri	16
4.3 attività trasversali	16
5. modalità di gestione della prenotazione	18
5.1 canali di accesso attivi (call center, sportelli, canali digitali....)	18
5.2 modalità di gestione del pre-appuntamento	19
5.3 modalità di remind, disdetta, ecc.	19
6. percorsi di tutela	20
7. trasparenza e comunicazione	20

Inquadramento generale - Piano Regionale Governo delle Liste d’Attesa (PRGLA).

Il governo dell’accesso alle prestazioni aziendali, compresa la gestione delle liste e dei tempi di attesa, rappresenta una delle principali attività finalizzate ad assicurare al cittadino la migliore performance possibile nella erogazione delle prestazioni sanitarie. Tale governo costituisce un impegno dell’Azienda realizzato attraverso azioni complesse e articolate, fondate sulla promozione del principio di appropriatezza nelle sue dimensioni prescrittiva, organizzativa e clinica, a garanzia dell’equità di accesso alle prestazioni per i cittadini residenti nel territorio di competenza.

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.

Tale Piano individua i tempi massimi di attesa delle prestazioni ambulatoriali come segue:

Classe di priorità	Tempistica
Classe U (urgente)	Entro 24 ore dalla presentazione
Classe B (breve)	Entro 10 giorni dalla data di prenotazione
Classe D (differibile)	Entro 30 giorni dalla data di prenotazione
Classe P (programmata)	Entro 90 giorni dalla data di prenotazione

La L.R. 30/2016 all’articolo 38 comma 4 lettera f), stabilisce che almeno il 90% delle prestazioni priorizzate deve essere erogato entro i tempi massimi previsti da ogni classe di priorità. Per le prestazioni in classe B il rimanente 10% deve essere erogato entro ulteriori 10 giorni; mentre il 10% delle prestazioni in classe di priorità D e P non soddisfatte nei rispettivi tempi di attesa deve essere soddisfatto entro ulteriori 30 giorni. Dal 1/01/2026 la validità delle ricette con priorità B è stata stabilita in 20 giorni.

Resta in uso lo strumento del galleggiamento, come da DGR del 12 marzo 2013, n. 320 che assume la denominazione di “pre-appuntamento”, coincidente con il concetto di pre lista del PNGLA.

Il ricorso alla lista di pre-appuntamento deve essere il più possibile limitato alle situazioni nelle quali non è possibile la prenotazione della prestazione in modalità “sincrona” alla richiesta da parte del cittadino, allo scopo di:

- prendere in carico l’utente e successivamente, nel più breve tempo possibile, ricontattarlo per completare la prenotazione precedentemente sospesa;
- consentire alle Aziende Sanitarie di individuare qualsiasi misura ritenuta idonea per garantire all’assistito l’erogazione della prestazione richiesta, entro la tempistica corrispondente alla classe di priorità prescritta.

Piano Attuativo Aziendale

Il presente Piano Attuativo Aziendale recepisce le indicazioni regionali e definisce le modalità organizzative con cui questa 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 relativamente ai diritti e doveri degli utenti.

Dati generali sul territorio e popolazione

Il territorio dell’Ulss n. 4 è situato nella parte orientale della provincia di Venezia e confina con la provincia di Treviso e la Regione Friuli-Venezia Giulia. Con l’aggiornamento del suo ambito territoriale, previsto dalla L.R. 19/2016, ha una superficie di 1.106,2 Km², una popolazione di 227.153 abitanti (dati aggiornati al 31.12.2021), distribuiti in 21 comuni (Annone Veneto, Caorle, Cavallino Treporti, Ceggia, Cinto Caomaggiore, Concordia Sagittaria, Eraclea, Fossalta di Piave, Fossalta di Portogruaro, Gruaro, Jesolo, Meolo, Musile di Piave, Noventa di Piave, Portogruaro, Pramaggiore, San Donà di Piave, San Michele al Tagliamento, San Stino di Livenza, Teglio Veneto e Torre di Mosto), che ne configurano il bacino di utenza.

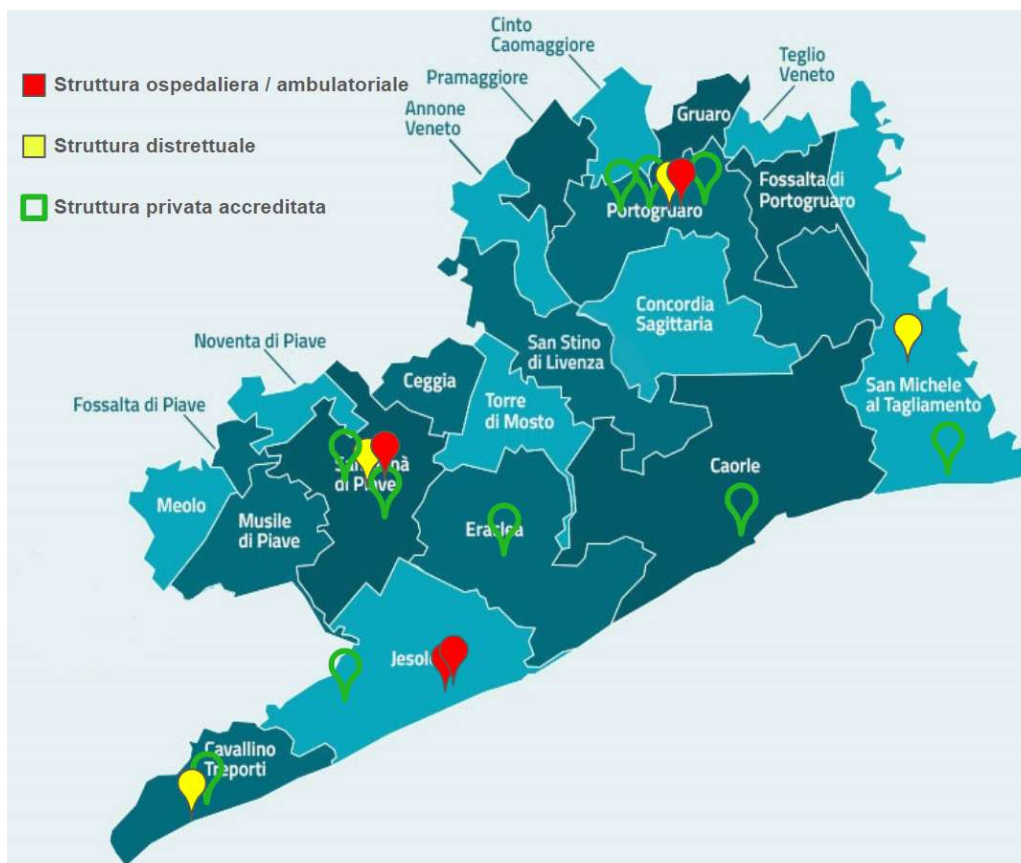


Nel territorio sono presenti:

- tre presidi Ospedalieri:
 - Ospedale Città del Piave – San Donà di Piave
 - Ospedale San Tommaso dei Battuti – Portogruaro
 - Ospedale Civile di Jesolo – Jesolo
- Un Distretto socio sanitario Unico

1. Organizzazione dell'Offerta

Nel territorio aziendale vi sono strutture pubbliche e private accreditate che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale (ad esclusione di quelle che erogano solo prestazioni di laboratorio), distribuite geograficamente come rappresentato nella figura sottostante.



Mediamente vengono offerte complessivamente circa 740.000 prestazioni di specialistica ambulatoriale l'anno escluse le prestazioni di laboratorio.

L'offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale è gestita attraverso il Centro Unico di prenotazione (CUP), quale sistema centralizzato informatizzato di prenotazione delle prestazioni sanitarie.

Tale sistema consente di facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie e di monitorare la domanda e l'offerta complessiva, attraverso idonei strumenti di analisi, che forniscono informazioni rilevanti ai fini del governo delle liste di attesa¹.

Lo strumento informatico utilizzato per gestire in maniera trasparente l'accesso alle prestazioni sanitarie è l'agenda, che si concretizza in un calendario di prenotazioni a disposizione del CUP inteso sia come sportelli fisici, sia come canali digitali attraverso cui poter prenotare le prestazioni di specialistica ambulatoriale.

¹ (Allegato D - Glossario in materia di liste di attesa - Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021)

1.1 Azioni di efficientamento delle agende

Le agende, come definite al paragrafo precedente, sono in continua evoluzione e vengono gestite da personale di back office.

L'efficientamento dell'offerta avviene attraverso:

- 1) **monitoraggio continuo delle agende:** attraverso tale azione si adegua costantemente l'offerta alla domanda rimodulando gli slot per classe di priorità per le prestazioni di primo accesso. Per le agende di secondo livello si monitora il tasso di saturazione delle stesse al fine di adeguare/rimodulare l'offerta tra primo accesso e successivi;
- 2) **sistema di "RIUSO" degli slot liberi:** un sistema automatico che permette di utilizzare gli slot rimasti liberi o tornati liberi a seguito di disdetta nelle 48 ore precedenti;
- 3) **overbooking:** la previsione di prenotazioni in *overbooking* in accordo con ciascun Direttore di Struttura per classi di priorità brevi;
- 4) **pulizia delle attuali liste di pre-appuntamento:** attraverso la promozione del "recall" di prestazioni per le quali insiste una criticità maggiore e, quindi in lista da più tempo, procedendo alla cancellazione degli utenti non più assistiti.

1.2 Definizione e adozione dell'ambito di garanzia

L'ambito di garanzia territoriale è il bacino territoriale minimo entro il quale deve essere soddisfatta la domanda di prestazioni entro i tempi massimi previsti, con l'obiettivo di assicurare la maggiore prossimità possibile all'utenza nell'erogazione delle prestazioni, considerando nel contempo la qualità e la sicurezza delle stesse nonché la migliore allocazione delle risorse e la sostenibilità economico-organizzativa del sistema nel suo complesso.

Nell'individuazione degli ambiti territoriali di garanzia l'Azienda ha tenuto conto dei criteri previsti dal Piano Regionale Governo delle Liste di Attesa (PRGLA).

L'ambito territoriale minimo entro il quale deve essere soddisfatta la domanda di prestazioni si identifica, di norma, con il Distretto: per questa Azienda si tratta del Distretto Unico, che comprende le strutture di erogazione delle prestazioni di tutto il territorio aziendale e che viene identificato quale ambito di garanzia che meglio possa rispondere ai bisogni di salute dei nostri assistiti. (Allegato 1)

Per i cittadini con età superiore ai 75 anni e in particolari situazioni di fragilità, l'Azienda si impegna a garantire la maggiore prossimità possibile, compatibilmente con il sistema di offerta di prestazioni specialistiche.

Qualora l'assistito rinunci alla prima disponibilità offerta nell'ambito di garanzia dell'Azienda, nel rispetto dei tempi di attesa definiti dalla priorità della prescrizione, la garanzia di avere la prestazione nei tempi decade.

1.3 Potenziamento dell'offerta di visite e prestazioni

Allo scopo di ridurre le liste di attesa di prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate a favore dei propri cittadini, la Regione del Veneto ha assegnato a ciascuna Azienda degli obiettivi specifici sulla base dei quali ciascuna di esse ha redatto il proprio Piano Operativo Aziendale, al quale la Regione del Veneto ha destinato specifiche risorse finanziarie.

Questa Azienda ha attivato diverse azioni al fine di potenziare la propria offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale, tra le quali l'acquisizione di personale medico secondo le diverse forme contrattuali previste dalla normativa vigente.

Sono state anche attivate collaborazioni, ex art. 91 del CCNL Area Sanità, con Aziende Sanitarie della Regione per poter garantire prestazioni riconducibili alle alte specialità.

Con le risorse finanziarie messe a disposizione dalla Regione per il recupero delle liste di attesa, sono stati finanziati ulteriori acquisti di prestazioni aggiuntive (ex art. 89 del CCNL Area Sanità) dai propri dipendenti, ad integrazione dell'attività istituzionale, dando priorità alle prestazioni che risultano maggiormente critiche per i tempi di attesa. Inoltre gli stessi finanziamenti sono stati utilizzati per ampliare l'offerta delle strutture accreditate del territorio, attivando anche collaborazioni con strutture private accreditate che insistono sul territorio di Ulss Venete confinanti.

1.4 programmazione dell'attività con le strutture private accreditate

Nell'ambito del territorio di questa Ulss insistono strutture private accreditate con il Servizio Sanitario Regione (SSR) che partecipano fattivamente all'offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale.

La programmazione delle prestazioni viene effettuata annualmente. All'inizio di ciascun anno viene definito il fabbisogno aziendale, che viene discusso e negoziato con le singole strutture, di concerto con il CUP Manager e la Direzione Amministrativa Territoriale, competente per la gestione degli accordi contrattuali con le singole strutture. A questa fase segue poi la definizione dei contratti.

Gli accordi sottoscritti prevedono incontri periodici di monitoraggio dell'andamento tra le singole strutture e questa Ulss, al fine di adattare l'offerta di prestazioni specialistiche alla domanda, nell'ottica della maggior flessibilità possibile e del controllo degli adempimenti contrattuali.

Lo stesso iter è stato seguito per l'assegnazione delle risorse aggiuntive di cui al paragrafo precedente.

1.5 definizione accordi con le Aziende Sanitarie e lo IOV

In relazione alla programmazione sanitaria prevista con Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 614/2019, le prestazioni delle seguenti branche sono erogate dal centro HUB provinciale di Mestre, con il mantenimento della priorità della prescrizione per gli assistiti di questa Ulss:

- Cardiocirurgia
- Neurochirurgia
- Chirurgia toracica
- Chirurgia plastica
- Chirurgia maxillo facciale
- Malattie infettive e tropicali
- Medicina Nucleare
- Radioterapia
- Ematologia (limitatamente alle prestazioni non erogate da questa Ulss);

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

Sono fatti salvi gli accordi con l'Ulss 3 già in essere senza soluzione di continuità dal 2017, anno di ridefinizione degli ambiti territoriali di afferenza delle Aziende Ulss della Regione del Veneto (L.R. 25 ottobre 2015, n.19).

Al fine di migliorare la presa in carico del paziente oncologico all'interno del territorio regionale questa Azienda ha stipulato un Accordo con l'Istituto Oncologico Veneto IOV per l'anno 2024 approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 699 del 10 luglio 2024, successivamente rinnovato per il triennio 2025-2027, giusta deliberazione del Direttore Generale n. 305 del 28 marzo 2025.

Con tale accordo vengono definiti i percorsi di presa in carico del paziente oncologico e la continuità assistenziale per le prestazioni di follow up dei residenti assistiti del territorio dell'Ulss 4 in cura presso lo IOV, per i quali saranno garantite le prestazioni presso questa Azienda.

1.6 piano di sviluppo della telemedicina in tutte le sue declinazioni

La Regione del Veneto, tramite la Deliberazione della Giunta Regionale n. 775 del 27 giugno 2023 ha recepito le indicazioni nazionali relative alla Telemedicina nel Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2023 (L.R. n. 48/2018) prevedendo che i servizi di telemedicina, teleassistenza e telemonitoraggio debbano 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". La piattaforma di telemedicina sarà unica a livello regionale e connessa con i sistemi informativi locali.

L'Ulss 4 ha già avviato e consolidato attività di telemedicina 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. In particolare sono in essere attività di teleconsulto, telemonitoraggio e telerefertazione.

Il *teleconsulto* è un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza con uno o più medici per dialogare, anche tramite una videochiamata, riguardo la situazione clinica di un paziente, basandosi primariamente sulla condivisione di tutti i dati clinici riguardanti il caso specifico. Il teleconsulto tra professionisti può svolgersi anche in modalità asincrona, quando la situazione del paziente lo permette in sicurezza. Lo scopo del teleconsulto è quello di condividere le scelte mediche rispetto a un paziente da parte dei professionisti coinvolti e rappresenta anche la modalità per fornire la *second opinion* specialistica ove richiesto. Il teleconsulto contribuisce alla definizione del referto che viene redatto al termine della visita erogata al paziente, ma non dà luogo ad un referto a sé stante.

L'Azienda ha predisposto e progressivamente implementato agende dedicate ai teleconsulti tra medici di medicina generale e specialisti ospedalieri (cardiologia, diabetologia, oncologia, etc) e territoriali (psichiatria, SERD, Disturbi del Comportamento Alimentare, etc). Il MMG può prenotare un appuntamento telefonico con lo specialista nelle fasce di disponibilità. In molte situazioni il teleconsulto può precedere la richiesta di visita specialistica, per orientare il clinico alla richiesta appropriata.

Nelle more dell'attivazione della piattaforma regionale di telemedicina, sono attivi in Azienda percorsi di *telemonitoraggio* dei pazienti seguiti dall'UOC Cardiologia portatori di devices impiantabili, e di pazienti seguiti dal Servizio di Diabetologia per il monitoraggio continuo programmato dei valori clinici e l'intercettazione precoce dei valori alterati.

La *telerefertazione* è attiva tra i diversi ospedali dell'Azienda per cardiologia (ECG) e radiologia oltre che nel contesto del laboratorio tramite Point Of Care Testing (POCT).

1.7 ottimizzazione dell'utilizzo delle grandi attrezzature

Il PNGLA prevede che le apparecchiature di diagnostica per immagini siano utilizzate almeno per l'80% della loro potenzialità.

Questa Azienda ha provveduto alla definizione delle modalità organizzative atte a garantire la massima operatività delle tecnologie disponibili, al fine di raggiungere lo standard previsto.

In particolare sono installate tre apparecchiature TAC, una per ciascun ospedale, e due apparecchiature di Risonanza Magnetica, una presso l'Ospedale di San Donà di Piave e una presso l'Ospedale di Portogruaro.

Le apparecchiature funzionano h 24 per le urgenze, mentre nelle ore diurne vengono utilizzate per esami di diagnostica per esterni ed interni, garantendo un'apertura temporale in linea con gli standard richiesti dal PNGLA.

Anche la numerosità di esami annui rispetta gli standard generalmente assunti pari a rispettivamente a 5000 risonanze/anno e 8600 tac/anno

1.8 strategie per il governo della libera professione

Con deliberazione del Direttore Generale n. 738 del 8 agosto 2019 questa Azienda ha approvato il proprio regolamento per l'esercizio della Libera Professione Intramuraria.

L'attività libero professionale intramuraria non deve contrastare con i fini istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale, non deve confliggere con gli interessi aziendali e deve essere esercitata in sintonia con le finalità proprie dell'Azienda Ulss.

Con l'attuazione del regolamento summenzionato si è inteso innanzitutto salvaguardare il ruolo istituzionale del Servizio Sanitario pubblico, diretto ad assicurare l'accessibilità alle prestazioni necessarie a chiunque ne faccia richiesta, ponendo l'offerta in libera professione come integrativa e non sostitutiva dei servizi resi in regime istituzionale, sempre e comunque nel rispetto del principio di libera scelta basata su un rapporto di tipo fiduciario del cittadino/utente di avvalersi del regime di attività più attinente alle proprie necessità.

Le finalità che questa Azienda, nell'organizzazione dell'attività libero-professionale intramuraria persegue, sono le seguenti:

- dare piena attuazione alle norme emanate in materia di attività libero professionale riaffermando, pertanto, il ruolo e la presenza dell'Azienda Ulss al fine di garantire un'offerta integrativa rispetto all'attività istituzionale;

- assicurare la più ampia copertura delle necessità assistenziali del cittadino, offrendo allo stesso la possibilità di ottenere in regime libero professionale le prestazioni erogabili in regime istituzionale. Le prestazioni in regime libero professionale hanno parità di trattamento assistenziale e qualitativo rispetto quelle offerte in regime istituzionale;
- garantire l'organizzazione dell'erogazione delle diverse forme di attività libero professionale;
- valorizzare le professionalità del personale dipendente e favorire l'ottimale utilizzazione delle tecnologie aziendali;
- acquisire prestazioni aggiuntive, in accordo con le équipe interessate, a integrazione delle attività istituzionali, allo scopo di ridurre le liste di attesa o in situazioni di carenza di organico.

1.9 aperture straordinarie delle attività ambulatoriali

L'Azienda potrà assicurare ordinariamente le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per l'utenza esterna, attraverso l'apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana.

2. separazione dei canali e dei flussi di accesso

La separazione dei canali di accesso è volta a garantire una più efficiente risposta ai bisogni di salute della popolazione. In particolare, la diversificazione dei flussi di accesso tra prestazioni di primo livello e prestazioni di presa in carico e di secondo livello consente di migliorare la qualità delle cure.

Per primo livello si intende l'accesso iniziale al sistema sanitario, mentre il secondo livello inquadra bisogni più complessi che richiedono un inquadramento diagnostico conclusivo e/o la presa in carico, che riguarda solitamente patologie croniche per quali i pazienti sono seguiti nel tempo per il monitoraggio dell'evoluzione della patologia.

2.1 descrizione e sviluppo dei modelli di presa in carico nei vari contesti aziendali (esistenti e/o da attivare)

I modelli di presa in carico consentono di garantire la tutela e la cura del paziente cronico e il completamento dei percorsi diagnostici dal primo contatto fino alla diagnosi.

Pertanto sono considerate visite e prestazioni di controllo sia quelle di approfondimento per pazienti "presi in carico" dallo specialista, quindi successive al primo accesso, comprese le prestazioni di secondo e terzo livello rese a pazienti ai quali è già stato fatto un primo inquadramento diagnostico, sia tutte quelle prescritte in ricetta con l'indicazione del codice di esenzione per patologia, di cui al DM 329/99, volte a valutare, a distanza, l'eventuale insorgenza di complicanze che restano in capo alla struttura richiedente.

La relativa prescrizione è effettuata dallo stesso specialista se autorizzato all'uso del ricettario o, quando non autorizzato, suggerita al Medico di Medicina Generale (MMG)/Pediatra di Libera Scelta (PLS) del paziente, mentre la prenotazione avviene secondo l'organizzazione aziendale. Questo sistema di gestione delle prestazioni di controllo sarà progressivamente adottato da tutti gli erogatori e rientra nella logica della presa in carico del paziente.

A tale proposito l'Azienda, dopo una fase ricognitiva, si sta progressivamente dotando di strumenti atti a garantire l'effettiva "presa in carico" del paziente, pianificando la fruibilità delle prestazioni in modo tempestivo e congruo con il decorso della patologia, anche nell'ottica di evitare il ricorso a prestazioni caratterizzate da una più elevata complessità erogativa e con un orizzonte temporale di un anno ed oltre, una volta aggiornati i sistemi informatici.

I modelli di presa in carico ad oggi attuati riguardano percorsi previsti dai Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), percorsi monospecialistici e percorsi polispecialistici. I vari erogatori, in parte concentrati in piastre poliambulatoriali, in parte presso ambulatori divisionali e specialistici, organizzano la prenotazione dei controlli prescritti:

- 1) contestualmente alla prestazione;
- 2) richiamando il paziente per la comunicazione dell'appuntamento;
- 3) inviando al CUP.

Per le attività legate alla presa in carico e ai controlli di follow up, sono istituite apposite agende dedicate a queste prestazioni, intese come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che già ha preso in carico il paziente. Il criterio viene applicato anche per le prestazioni di diagnostica.

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

La definizione dell'architettura dei profili di accesso al CUP per gli operatori consente di definire e regolare i diversi livelli di accesso e visibilità delle informazioni, allo scopo di garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati, un'efficace gestione delle risorse e maggior garanzia di equità di accesso alle cure.

Le diverse profilazioni degli operatori regolano diritti e autorizzazioni all'interno del software di gestione informatica delle agende.

I profili di accesso sono strutturati per identificare il ruolo che ciascun operatore ha all'interno dell'organizzazione; tali ruoli possono sintetizzarsi nelle seguenti macro aree:

- cup master: ha una visione complessiva dell'offerta di primo e di secondo livello, può agire sulla configurazione dell'offerta attraverso la gestione delle agende e la gestione della profilazione delle utenze per la corretta attribuzione dei ruoli;
- operatori di back office: possono gestire prenotazioni di appuntamenti sia "sincroni" sia dalla lista di pre-appuntamento, possono modificare o annullare una prenotazione esistente;
- operatori di sportello fisico e telefonico: possono gestire prenotazioni di appuntamenti solo "sincroni" o l'inserimento nella lista di pre-appuntamento, possono modificare o annullare una prenotazione esistente;
- medici, specialisti e professionisti delle professioni sanitarie: possono visualizzare e modificare le prenotazioni afferenti alle proprie agende di offerta, visualizzare i piani di lavoro e la saturazione delle proprie agende di prenotazione sia di primo livello, sia di presa in carico e/o di secondo livello.

2.3 mappatura delle specialità che attuano la presa in carico e programma di attivazione dei Minicup

Nell'ambito del CUP (centro Unico di Prenotazione) la presa in carico dei pazienti si attua attraverso la gestione delle prenotazioni delle prestazioni attraverso le quali si garantiscono le cure necessarie al paziente, che possono essere riferite ad un'unica specialità o necessitare di un coordinamento con altre specialità per inquadramenti sanitari correlati o di area diagnostica.

Questa Azienda nel corso del 2024 ha svolto un'analisi e una mappatura dei percorsi di presa in carico strutturati all'interno della stessa per la definizione e l'attivazione dei medesimi anche in aree non ancora attive; infatti attualmente la prenotazione di prestazioni di presa in carico (secondo livello) avviene attraverso il CUP sportello o telefonico, nei Poliambulatori distrettuali e ospedalieri e presso alcune segreterie di reparto, talvolta con l'assegnazione dell'appuntamento (sincrono) e altre con una telefonata successiva al paziente (asincrono).

Il progetto prevede l'omogeneizzazione dei percorsi già strutturati, l'attivazione di sportelli decentrati (mini CUP) senza dover ricorrere al CUP sportello o telefonico e l'ampliamento dell'offerta alle diverse specialità al fine di una presa in carico completa e complessiva dei bisogni di salute dell'utenza.

Infatti l'attivazione di sportelli cosiddetti Mini CUP, decentrati a livello di singoli accessi ambulatoriali, ha l'obiettivo di migliorare la prossimità tra sanitario e operatore e consentire una migliore accessibilità e efficienza delle cure con vantaggi per l'utenza dati da una migliore qualità del servizio e flessibilità.

Attualmente il progetto è in fase di completamento.

3. gestione della domanda

Sono diversi i fattori che influiscono sull'accesso alle prestazioni sanitarie: uno dei principali è la domanda di prestazioni sanitarie, intesa come la quantità di prescrizioni emesse da ciascun medico prescrittore per rispondere alle richieste di prestazioni ed ai bisogni della popolazione.

Pertanto un efficiente ed efficace governo delle liste di attesa non può prescindere da una analisi e monitoraggio costante dell'andamento dei bisogni espressi di salute, anche attraverso il monitoraggio del volume delle prescrizioni.

3.1 analisi dei bisogni espressi, anche attraverso l'utilizzo dei cruscotti messi a disposizione dalla Regione

L'Azienda al fine di monitorare il proprio andamento nel raggiungimento degli obiettivi e nella qualità dei servizi erogati utilizza i vari cruscotti messi a disposizione dalla Regione del Veneto.

Questo consente, tra l'altro, l'analisi della domanda di prestazioni ambulatoriali, quale uno dei fattori di governo per il miglioramento dell'erogazione nei tempi delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

L'Azienda si avvale, quindi, di numerose azioni che vengono svolte da più soggetti aziendali e coordinate nell'ambito del tavolo tecnico aziendale sulle liste di attesa.

L'analisi periodica della domanda contestualmente all'andamento delle liste di attesa viene condivisa a livello di direzione strategica con le macro strutture, con il Collegio di Direzione e con la Medicina Generale e la Pediatria di libera scelta, al fine, non solo di adattare l'offerta di prestazioni, se necessario, ma anche di introdurre eventuali elementi correttivi che consentano una migliore gestione dei bisogni di salute espressi.

4. piano delle azioni sull'appropriatezza prescrittiva

Un elemento fondamentale per il governo della domanda è il miglioramento della appropriatezza prescrittiva nei vari ambiti sia territoriale, sia ospedaliero.



L'appropriatezza prescrittiva, correntemente intesa come *la prestazione giusta al paziente giusto nel momento giusto ed al costo giusto* sta alla base dell'azione prescrittiva di tutti i medici. Comprende *l'efficacia* (quella visita/esame serve per fare diagnosi e terapia correttamente?), *l'efficienza* (ci sono visite/esami di minor costo che danno lo stesso risultato?), *la tempestività* (quanto è urgente o meno la visita/esame?), *l'equità* (una prescrizione inutile sottrae alla collettività una prestazione) ed anche la *sicurezza del paziente*, spesso sottovalutata, soprattutto quando si parla di indagini diagnostiche).

L'analisi sistematica dell'appropriatezza prescrittiva viene svolta secondo diversi criteri ed a vari livelli

Il controllo delle prescrizioni e dell'erogazione di prestazioni ambulatoriali viene attuato periodicamente a cura del Nucleo Aziendale di Controllo (NAC), sia per le attività svolte in Azienda sia nei confronti delle Strutture private accreditate, secondo la tempistica dettata dalla normativa.

Sulla base dei dati forniti dai cruscotti regionali, dai quali è possibile verificare l'andamento delle prescrizioni e delle erogazioni delle prestazioni, vengono identificate le situazioni che presentano criticità in termini di attesa. La valutazione è svolta a cura del tavolo di lavoro aziendale composto dal Direttore Sanitario, Direttore dei Servizi Socio Sanitari, Referente UOS Attività Specialistiche, CUP Manager e Direttore del Controllo di Gestione.

Su ambiti specifici vengono condotti approfondimenti finalizzati alla condivisione con le singole Unità Operative.

L'Azienda ha disposto la raccolta delle segnalazioni di inapproprietezza da parte dei MMG e degli Specialisti ospedalieri con percorsi dedicati: dall'analisi, sempre svolta a cura dei tavoli dedicati, è possibile identificare inadempienze ricorrenti o particolarmente rilevanti, per le quali vengono decise azioni migliorative ad hoc.

In questo ambito sono state promosse azioni di condivisione, collaborazione e dialogo strutturato tra la medicina territoriale e quella ospedaliera attraverso percorsi strutturati e condivisi su specifiche branche o prestazioni, iniziando da quelle per le quali si è evidenziato una maggior criticità in termini di domanda e offerta.

L'Azienda ha adottato il modello RAO (DGR 1562 del 6 dicembre 2022), quale strumento fondamentale per la gestione della domanda, con l'obiettivo di differenziare i tempi di attesa per i cittadini/pazienti che accedono alle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate direttamente dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) o per conto del SSN, in base a criteri clinici espliciti e alla gravità del paziente. Prevede il coinvolgimento dei medici prescrittori (MMG, PLS e Specialisti) e dei soggetti erogatori.

4.1 attività con i prescrittori territoriali

In particolare l'attività con i prescrittori territoriali Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta si è sostanziata nell'organizzazione di eventi formativi/informativi che favorissero il dialogo con i gli specialisti ospedalieri, al fine di erogare prestazioni appropriate a rispondere ai bisogni di salute dei pazienti.

Tali eventi sono stati organizzati con cadenza mensile ed hanno rappresentato momenti di confronto oltre che sull'appropriatezza prescrittiva anche su percorsi specifici di presa in carico

In particolare nel corso dell'anno 2025 gli incontri sono stati incentrati sui seguenti argomenti: percorso di presa in carico della paziente con neoplasia mammaria; percorso di appropriatezza nelle richiesta di valutazione clinica in neurologia; percorso di appropriatezza nell'invio alla valutazione per la terapia antalgica; appropriatezza nell'invio al Centro Trasfusionale; condivisione dei percorsi esecutivi nella Medicina Fisica e riabilitativa; presentazione del nuovo PDTA per la gestione dei pazienti con diabete di tipo II; aggiornamento prescrittivo in ambito radiologico del nodulo polmonare e della neoformazione surrenalica; condivisione dei consensi e delle informative nelle procedure radiologiche. Si è svolto inoltre un incontro in presenza dedicato alla presentazione del nuovo ambulatorio distrettuale dedicato allo scompenso cardiaco, inserito nell'ambito delle attività cardiologiche già esistenti in azienda (prosecuzione della presa in carico post dimissione, attività di cura riabilitativa)

Queste azioni, congiuntamente all'attivazione del teleconsulto, in cui MMG e specialisti ospedalieri possono condividere e discutere di singoli casi clinici, stanno consentendo una maggiore appropriatezza prescrittiva e un intervento mirato sui pazienti.

Gli incontri proseguono attraverso una calendarizzazione periodica. L'adesione dei medici è tracciata ed incentivata. Parallelamente con il supporto del Controllo di Gestione si è attivato un monitoraggio attivo con la redazione di un report trimestrale che misura le performance prescrittive individuali di ciascun Medico di Medicina Generale, ponendole a confronto con la mediana aziendale.

Sulla base dei dati raccolti, si definiscono incontri di feedback, individuali o in piccoli gruppi, con i Direttori Sanitario e di Distretto.

Anche per gli Specialisti Ambulatoriali Interni, in quanto prescrittori sul territorio, è stata favorita la presa in carico del paziente attraverso il supporto delle Segreterie per la prenotazione e la possibilità di visione degli esami prescritti in slot dedicati, evitando ulteriori accessi non appropriati dei pazienti.

Tali azioni sono state inserite nella contrattazione aziendale di ciascuna categoria professione.

Tra le azioni finalizzate al governo della domanda ricordiamo, per l'anno 2025 e per l'anno in corso, lo strumento degli obiettivi MMG annuali (patti). In particolare, nel 2025 tra gli obiettivi di governance, 1, 80 euro/paz/anno sono stati destinati al contenimento delle prescrizioni specialistiche, per contrastare la forte variabilità tra i prescrittori e proponendo un target che tendesse alla mediana aziendale del prescritto dei MMG. (Numero prescrizioni - specialistica e diagnostica - per MMG per assistito rispetto al valore della mediana aziendale anno 2023 pari a 11,89)

4.2 attività con i prescrittori ospedalieri

Attività analoghe alla Medicina territoriale sono state condivise nell'ambito del Collegio di Direzione per gli specialisti ospedalieri, con particolare riferimento alla presa in carico dei pazienti cronici.

A tal fine sono stati promossi incontri individuali con i Direttori di Struttura Complessa, la Direzione della Funzione Ospedaliera, le Professioni Sanitarie e il CUP Manager, al fine di rimodulare l'offerta di prestazioni ambulatoriali, con l'obiettivo di garantire una miglior presa in carico del paziente cronico e di individuare percorsi virtuosi che consentano la continuità delle cure, anche di prestazioni diverse dalla propria branca, anche tramite lo sviluppo di funzioni di CUP di secondo livello

Il monitoraggio della tipologia delle prescrizioni, quale indicatore della presa in carico specialistica del paziente, è stato inserito nella scheda di budget delle unità operative interessate.

Parallelamente si stanno attivando azioni di analisi e monitoraggio attivo, sempre con il supporto del Controllo di Gestione, volte alla stesura di report periodici sul prescritto e sull'erogato, che evidenzino le performance di ciascuna equipe ospedaliera, a cui far seguire, se necessario, incontri di feedback, individuali o in piccoli gruppi.

4.3 attività trasversali

La DGR n. 626 del 04 giugno 2024 di approvazione del nuovo Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa, ha confermato, tra l'altro, la Deliberazione della Giunta regionale del Veneto n. 320/2013, che prevede l'istituzione presso le Aziende Sanitarie di un tavolo di monitoraggio aziendale dei tempi di attesa, confermato anche dalla legge regionale 30/2016 e s.m.i. e riaffermato dalla legge regionale 48/2018. La composizione di tale tavolo è oggi integrata come di seguito descritto:

- Direttore sanitario, che presiede il tavolo;
- Direttore medico responsabile della funzione ospedaliera;
- Direttore del distretto responsabile della funzione territoriale;
- Direttore dell'UOC Cure Primarie;

- Responsabile Unico per la Specialistica Ambulatoriale (RUA);
- CUP Manager;
- Rappresentanti dei medici dipendenti e dei medici convenzionati;
- Rappresentanti degli erogatori privati;
- Rappresentanti delle associazioni degli utenti.

I componenti del tavolo di monitoraggio sono stati nominati dal Direttore Generale di questa Azienda con deliberazione n. 786 dell'8 novembre 2013 e ss. mm. e ii.. Il tavolo si riunisce almeno due volte l'anno per la condivisione dell'andamento aziendale sulle liste di attesa e dei percorsi di appropriatezza e dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA).

Ai sensi della medesima Delibera di Giunta regionale 626/24 è stato istituito con Deliberazione del Direttore Generale n. 663 del 28 giugno 2024.

ed è operativo un team multidisciplinare che governi l'insieme dei processi che contribuiscono alla accessibilità e alla fruizione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, alla garanzia dei tempi di erogazione, alla appropriatezza prescrittiva, alla sostenibilità ed efficienza organizzativa. Tale team è composto dalle seguenti figure:

- responsabile del Centro Unico di Prenotazione (CUP) aziendale,
- CUP Manager,
- responsabile della specialistica ambulatoriale,
- referente aziendale per il rapporto con le strutture private accreditate,
- referenti aziendali per il governo della produzione (responsabile specialistica ambulatoriale/cure primarie per il distretto e DMO per gli ospedali);
- referenti del Controllo di Gestione e dei Sistemi Informativi competenti in materia.

Tale team è coordinato dal "Responsabile Unico Aziendale dei tempi d'attesa" (RUA), identificato fra i componenti del team, al fine di un unitario ed efficiente governo del processo di organizzazione e della gestione dell'offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale, orientato anche al contenimento dei tempi d'attesa e si riunisce su base mensile.

modalità di gestione della prenotazione

L'accesso ambulatoriale avviene tramite prenotazione in agende informatizzate afferenti al Centro Unico di Prenotazione (CUP) aziendale unificato, in cui sono inserite tutte le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili.

5.1 canali di accesso attivi (call center, sportelli, canali digitali...)

Il “Sistema CUP” è importante per realizzare un'offerta più ampia e integrata possibile di canali di accesso, al fine di garantire il massimo livello di fruibilità per il cittadino, sia del sistema di offerta pubblica sia privata accreditata.

Ciò è stato realizzato mediante l'implementazione delle seguenti prioritarie modalità di prenotazione:

- sportello con un operatore dedicato presso i tre ospedali e le sedi distrettuali;
- accesso telefonico (Call Center) al numero 0421 1547154;
- prenotazione effettuata contestualmente alla prescrizione direttamente da operatori sanitari/amministrativi in caso di “presa in carico”;
- prenotazioni tramite App: *icup, Sanità Km0, Prenota facile*.

L’Azienda garantisce una comunicazione e sensibilizzazione efficaci verso gli utenti e per gli operatori addetti alle prenotazioni, relativamente alle modalità di prenotazione e accesso a visite, prestazioni e ricoveri, utilizzando e implementando tutti gli strumenti informativi disponibili, adeguandosi alle indicazioni regionali volte alla omogeneizzazione e alla standardizzazione delle procedure di accesso alla prenotazione delle prestazioni specialistiche.

5.2 modalità di gestione del pre-appuntamento

Qualora non fosse possibile procedere alla prenotazione della prestazione in caso di assenza di disponibilità secondo la priorità della prescrizione, verrà offerta all’utente la possibilità di essere inserito in lista di pre-appuntamento, strumento che consente di organizzare la prestazione nel rispetto dei tempi, per ordine di priorità e di contatto (data di registrazione dell’impegnativa nei sistemi informatici di prenotazione).

Il rifiuto dell’inserimento in lista di pre-appuntamento equivale al rifiuto della prima disponibilità, pertanto qualora l’assistito non accetti, la garanzia di avere la prestazione nei tempi decade.

La lista di pre-appuntamento è gestita in back office e nel più breve tempo possibile, in coerenza con la classe di priorità della prescrizione e nel rispetto dei tempi di attesa.

L’utente riceverà opportuna informazione attraverso i diversi canali a disposizione, ossia tramite operatore, SMS e mail se rilasciata al momento del contatto.

5.3 modalità di remind, disdetta, ecc.

In materia di mancata disdetta e mancato ritiro dei referti, già con DGRV n. 320/2013 l’Azienda ha adottato un percorso di recupero della tariffa della prestazione, da applicare anche agli esenti. Tale disposizione è stata

ulteriormente aggiornata nella L.R. n. 30/2016 all'art. 38 comma 12, e s.m.i., che recita: "l'assistito che non si presenta nel giorno previsto per l'erogazione della prestazione, senza aver dato idonea disdetta, fatti salvi i casi di forza maggiore, è tenuto al pagamento della prestazione, secondo la tariffa prevista dal vigente nomenclatore tariffario, anche se esente dalla partecipazione alla spesa sanitaria."

I sistemi di prenotazione aziendali prevedono la possibilità, per il cittadino, di disdire o modificare l'appuntamento agevolmente.

L'Azienda ricorda la data di appuntamento, tramite sistemi di messaggistica digitale, da inviare almeno 6 giorni prima della data prevista per l'esecuzione della prestazione.

L'utente che non si presenta all'appuntamento o non disdice entro il termine di 4 giorni lavorativi rispetto alla data dell'appuntamento, è tenuto al pagamento della prestazione.

In caso di mancato ritiro dei referti entro 30 giorni dalla disponibilità, laddove non siano stati completati i percorsi di digitalizzazione dei referti e/o dei supporti iconografici, le Aziende devono procedere al recupero del valore della prestazione.

Sono esclusi dal recupero del valore della prestazione i referti di laboratorio e di anatomia patologica per i quali è stato completato il percorso di digitalizzazione.

5. percorsi di tutela

Nel caso in cui la prestazione di primo accesso, secondo la classe di priorità, non possa essere garantita nei tempi massimi previsti al momento del contatto con la struttura (prenotazione "sincrona"), sarà attivato il "percorso di tutela" per soddisfare la richiesta del cittadino. In particolare per le prestazioni ambulatoriali sarà previsto l'inserimento delle stesse in lista di pre-appuntamento per una successiva prenotazione che consenta l'erogazione entro i tempi, anche con il supporto delle strutture accreditate.

Nel caso in cui non si riesca comunque a soddisfare all'interno del bacino di garanzia, in regime istituzionale, le richieste di prenotazione nei tempi previsti, l'Azienda, qualora richiesto dal cittadino, in applicazione del D. Lgs. 124/98, art. 30 comma 10, potrà autorizzare l'accesso alla Libera Professione intramoenia con il pagamento del ticket da parte dell'utente.

Per poter usufruire di quanto previsto dal D. Lgs. summenzionato il cittadino dovrà preventivamente richiedere l'autorizzazione, presentando formale istanza di autorizzazione al Direttore Generale.

La richiesta formale va presentata attraverso PEC (protocollo.aulss4@pecveneto.it), Raccomandata A/R o deposito all'Ufficio protocollo dell'Ulss; alla richiesta vanno allegati l'impegnativa e il promemoria rilasciato dal CUP (promemoria di prenotazione che attesti la prenotazione della prestazione oltre i termini della

priorità o n. di inserimento in lista di pre-appuntamento).

I termini di risposta dell'Azienda sono commisurati alla priorità della prescrizione e comunque non oltre i 30 giorni.

6. trasparenza e comunicazione

Sul sito istituzionale è presente una sezione dedicata alle liste e alla gestione dei tempi di attesa.

Per finalità di trasparenza, nel sito WEB Aziendale sono presenti:

- Piano Attuativo Aziendale (PAA) per il governo delle liste di attesa, con relativa delibera di attuazione. I documenti sono pubblicati in formato pdf accessibile, scaricabile dall'utente;
- l'elenco delle prestazioni ambulatoriali e relativi tempi massimi di erogazione previsti per norma;
- l'elenco dei punti di erogazione pubblici, accreditati e convenzionati e relative modalità di accesso alle prestazioni;
- i percorsi previsti a garanzia dei tempi d'attesa;
- dati riferiti al monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale previste dal PNGLA. La pubblicazione è relativa alle classi di priorità B, D e P e i dati saranno 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, sanzioni e altre informazioni utili).



#	Codice	Descrizione	AMBITO DI GARANZIA
1	45.13	<i>ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]. Endoscopia dell'intestino tenue Escluso: Endoscopia con biopsia (45.14-45.16)</i>	Aziendale
2	45.16	<i>ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA. Biopsia di una o più sedi di esofago, stomaco e duodeno</i>	Aziendale
3	45.23	<i>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</i>	Aziendale
4	45.24	<i>RETTO-SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Endoscopia del colon discendente Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)</i>	Aziendale
5	45.25	<i>PANCOLONSCOPIA CON BIOPSIA. Biopsia di sedi intestinali aspecifiche Brushing o washing per prelievo di campione. Escluso: Proctosigmoidoscopia con biopsia (48.24)</i>	Aziendale
6	45.42	<i>POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO. Polipectomia di uno o più polipi con approccio endoscopico Escluso: Polipectomia con approccio addominale</i>	Aziendale
7	87.03	<i>TC CRANIO-ENCEFALO. Non associabile a TC Sella Turcica (87.03.A) e TC Orbite (87.03.C)</i>	Aziendale



8	87.03.1	<i>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 MDC (87.03.D)</i>	Aziendale
9	87.37.1	<i>MAMMOGRAFIA BILATERALE. (2 proiezioni)</i>	Aziendale
10	87.37.2	<i>MAMMOGRAFIA MONOLATERALE. (2 proiezioni)</i>	Aziendale
11	87.41	<i>TC DEL TORACE. [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino].</i>	Aziendale
12	87.41.1	<i>TC DEL TORACE SENZA E CON MDC. [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino].</i>	Aziendale
13	88.01.1	<i>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</i>	Aziendale
14	88.01.2	<i>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.</i>	Aziendale
15	88.01.3	<i>TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE. Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata. Non associabile a cod.88.01.4</i>	Aziendale



16	88.01.4	<i>TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO. Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata</i>	Aziendale
17	88.01.5	<i>TC DELL' ADDOME COMPLETO. Non associabile a cod.88.01.1 e cod. 88.01.3</i>	Aziendale
18	88.01.6	<i>TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC. Non associabile a cod. 88.01.2 e cod. 88.01.4</i>	Aziendale
19	88.38.5	<i>TC BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE</i>	Aziendale
20	88.38.A	<i>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</i>	Aziendale
21	88.38.B	<i>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.</i>	Aziendale
22	88.38.C	<i>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</i>	Aziendale



23	88.38.D	<i>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</i>	Aziendale
24	88.38.E	<i>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</i>	Aziendale
25	88.38.F	<i>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</i>	Aziendale
26	88.71.4	<i>DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroidi, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Escluso ecocolordoppler delle paratiroidi 88.73.7</i>	Aziendale
27	88.72.3	<i>ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo. Non associabile a 88.72.1; 88.72.3</i>	Aziendale
28	88.72.3	<i>ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Non associabile a 88.72.1; 88.72.2</i>	Aziendale
29	88.73.1	<i>ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso ecografia del cavo ascellare.</i>	Aziendale



30	88.73.2	<i>ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso ecografia del cavo ascellare.</i>	Aziendale
31	88.73.5	<i>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.</i>	Aziendale
32	88.74.1	<i>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</i>	Aziendale
33	88.75.1	<i>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</i>	Aziendale
34	88.76.1	<i>ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO. Non associabile a 88.74.1, 88.75.1</i>	Aziendale
35	88.77.4	<i>ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo. La prestazione sostituisce cod.88.77.2. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi</i>	Aziendale



36	88.77.5	<i>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</i>	Aziendale
37	88.78	<i>ECO OSTETRICA</i>	Aziendale
38	88.78.2	<i>ECOGRAFIA GINECOLOGICA. con sonda addominale o transvaginale. Incluso: eventuale Ecocolordoppler. Non associabile a 88.75.1 e 88.76.1</i>	Aziendale
39	88.91.1	<i>RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE.</i>	Aziendale
40	88.91.2	<i>RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE SENZA E CON MDC.</i>	Aziendale
41	88.93.4	<i>RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE. La prestazione sostituisce cod. 88.93.</i>	Aziendale
42	88.93.5	<i>RM DEL RACHIDE SACROCOCCIGEO. La prestazione sostituisce cod. 88.93.</i>	Aziendale
43	88.93.7	<i>RM DEL RACHIDE CERVICALE SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod.88.93.1.</i>	Aziendale



44	88.93.8	<i>RM DEL RACHIDE DORSALE SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod.88.93.1.</i>	Aziendale
45	88.93.9	<i>RM DEL RACHIDE LOMBO-SACRALE SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod.88.93.1.</i>	Aziendale
46	88.93.A	<i>RM DEL RACHIDE SACROCOCCIGEO SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod.88.93.1.</i>	Aziendale
47	88.93.V	<i>RM DEL RACHIDE CERVICALE. La prestazione sostituisce cod. 88.93.</i>	Aziendale
48	88.93.Z	<i>RM DEL RACHIDE DORSALE. La prestazione sostituisce cod. 88.93.</i>	Aziendale
49	88.95.4	<i>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.</i>	Aziendale
50	88.95.5	<i>RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC. Incluso relativo distretto vascolare</i>	Aziendale
51	89.7_17	<i>PRIMA VISITA GERIATRICA</i>	Aziendale



52	89.13_2	<i>PRIMA VISITA NEUROLOGICA</i>	Aziendale
53	89.13_3	<i>PRIMA VISITA NEUROCHIRURGICA</i>	Centro HUB
54	89.26.1	<i>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</i>	Aziendale
55	89.37.1	<i>SPIROMETRIA SEMPLICE</i>	Aziendale
56	89.37.2	<i>SPIROMETRIA GLOBALE. [con tecnica di diluizione, pletismografia o altra metodica].</i>	Aziendale
57	89.41	<i>TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE. Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)</i>	Aziendale
58	89.43	<i>TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO. Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)</i>	Aziendale
59	89.44	<i>ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO</i>	Aziendale
60	89.50	<i>ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (HOLTER)</i>	Aziendale



61	89.7A.3	<i>PRIMA VISITA CARDIOLOGICA. Incluso: ECG (89.52).</i>	Aziendale
62	89.7A.4	<i>PRIMA VISITA CHIRURGICA GENERALE.</i>	Aziendale
63	89.7A.6	<i>PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE</i>	Aziendale
64	89.7A.7_2	<i>PRIMA VISITA ALLERGOLOGICA</i>	Aziendale
65	89.7A.7_5	<i>PRIMA VISITA DERMATOLOGICA</i>	Aziendale
66	89.7A.8_2	<i>PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA</i>	Aziendale
67	89.7A.8_5	<i>PRIMA VISITA DIABETOLOGICA</i>	Aziendale
68	89.7A.9	<i>PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA</i>	Aziendale
69	89.7B.2	<i>PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE</i>	Aziendale
70	89.7B.6	<i>PRIMA VISITA ONCOLOGICA. Incluso: stesura del piano di trattamento.</i>	Aziendale



71	89.7B.7	<i>PRIMA VISITA ORTOPEDICA. Incluso: eventuale podoscopia per prescrizione di plantare</i>	Aziendale
72	89.7B.8	<i>PRIMA VISITA ORL. Incluso, in base allo specifico problema clinico: eventuale otomicroscopia, esame funzionalità vestibolare, utilizzo di fibre ottiche, rimozione di cerume.</i>	Aziendale
73	89.7B.9	<i>PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA. Incluso: eventuale rilevazione incruenta della saturazione arteriosa</i>	Aziendale
74	89.7C.2_3	<i>PRIMA VISITA UROLOGICA</i>	Aziendale
75	89.7R.1	<i>PRIMA VISITA REUMATOLOGICA</i>	Aziendale
76	93.08.1	<i>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</i>	Aziendale
77	93.08.S	<i>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.</i>	Aziendale
78	93.08.T	<i>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</i>	Aziendale



79	93.08.V	<i>STUDIO NEUROFISIOLOGICO [ELETTRMIOGRAFICO] 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.</i>	Aziendale
80	93.08.Z	<i>STUDIO NEUROFISIOLOGICO [ELETTRMIOGRAFICO] DEL TRONCO. Non associabile a 93.08.1, 93.08.5, 93.09.1, 93.09.2 e 99.29.9.</i>	Aziendale
81	95.02	<i>PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: Esame del visus, Refrazione con eventuale prescrizione di lenti, Tonometria, Biomicroscopia, Fundus oculi con o senza midriasi farmacologica.</i>	Aziendale
82	95.11	<i>FOTOGRAFIA DEL FUNDUS. Per occhio</i>	Aziendale
83	95.41.1	<i>ESAME AUDIOMETRICO TONALE</i>	Aziendale

**Il presente documento è una copia elettronica del documento originale firmato digitalmente.
Impronta SHA256 del documento**

C2ED031D1918FC672BA4FE03194695CA98572D72C3D1035F2F962FED70E98D18

Firma n° 1. Dati di dettaglio:

Firmatario: FILIPPI MAURO

Tipologia di firma: PAdES

Data firma: 2026-02-27T14:18:36.0000000+00:00

Stato verifica firma:

Firma qualificata valida

Certificato del firmatario valido

Dati del certificato del firmatario:

Nome, Cognome: MAURO FILIPPI

Organizzazione:

Numero identificativo: REFM2025101532663521

Data di scadenza: 2028-10-13T22:00:00.000000Z

Autorità di certificazione: Namirial CA Firma Qualificata Namirial S.p.A./02046570426