



**S**ERVIZIO  
**S**ANITARIO  
**R**EGIONALE



**GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO**  
**"Bianchi - Melacrino - Morelli"**  
*Reggio Calabria*



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie*

**DELIBERA DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO N° 483 DEL 17/04/2026**

Deliberazione adottata dal Commissario Straordinario, nominato ai sensi e per gli effetti dell'art. 20, comma 3, della Legge della Regione Calabria del 7 agosto 2002, n. 29 e s.m.i., della legge della Regione Calabria del 19/3/2004, n. 11, della Delibera di Giunta Regionale n. 51 del 17.2.2025 e del Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 17 del 17/02/2025 e del Decreto del Presidente della Regione n.17 del 17/02/2026

**OGGETTO: ADOZIONE PIANO ATTUATIVO AZIENDALE PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA TRIENNIO 2025-2027 IN ATTUAZIONE E RECEPIMENTO DEL DCA N°. 42 DEL 27/02/2026**

OGGETTO: ADOZIONE PIANO ATTUATIVO AZIENDALE PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA TRIENNIO 2025-2027 IN ATTUAZIONE E RECEPIMENTO DEL DCA N°. 42 DEL 27/02/2026

Il Direttore UOC Direzione Medica di Presidio, in conformità degli obiettivi assegnati, propone l'adozione del seguente atto.

Il Responsabile del Procedimento

(Dott. Giuseppe Alberto Gallo)

Il Direttore UOC Direzione Medica di Presidio

(Dott. Matteo Galletta)

#### **IL DIRETTORE UOC DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO**

##### **Visti:**

- la nota della Presidenza del Consiglio dei Ministri prot. DAR 002435 P-4. 37.2.10 dell'11 febbraio 2025, recante "Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6 della legge 5 giugno 2023, n.131, tra il Governo e le Regioni PP./AA. sullo schema di decreto del Ministro della Salute recante l'adozione del Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 2025-2027 e i relativi allegati A, B, D, E, F, G, H, I, L";
- il Decreto legge n. 73/2024 recante Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie convertito in Legge il 24.07.2024 (Legge 107/2024);
- la Legge n. 213 del 30.12.2023 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026";
- l'Accordo Stato-Regioni del 02.08.2023 "linee di indirizzo per la gestione dei tempi di attesa per ricoveri programmati" e Linee di Indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato;
- il Decreto Ministeriale del Ministero della Salute del 20/06/2019 "Istituzione e funzioni dell'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa";
- l'Intesa Stato-Regioni del 21/02/2019 "Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) 2019-2021";
- la Legge n. 145 30/12/2018 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021";

- il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12/01/2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";
- l'Intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano 28/10/2010 "Schema di intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266. Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131";
- la Legge n. 120 del 03/08/2007 Legge n. 120 "Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria";
- il Decreto del Presidente della Repubblica 07/04/2006 "Approvazione del «Piano sanitario nazionale» 2006-2008";
- la Legge n. 266 23/12/2005 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2006)";
- l'Accordo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano 11/07/2002 "Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento di indicazioni per l'attuazione del punto a) dell'Accordo Stato Regioni del 14 febbraio 2002, sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste d'attesa";
- il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 16/04/2002 "Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa";
- l'Accordo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano 14/02/2002 "Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste d'attesa";
- il Decreto Legislativo n. 229 19/06/1999 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419";
- il D.C.A. n. 42 del 27/02/2026 avente ad oggetto "Approvazione Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa 2025-2027 - Regione Calabria";
- il D.C.A. n. 312 del 02 dicembre 2025 con il quale è stato individuato il nuovo Responsabile Unico Regionale dell'Assistenza Sanitaria (RUAS);
- D.C.A. - n. 52 del 23 febbraio 2024 - Regolamento disciplinante le modalità di attuazione del passaggio di funzioni dalle Aziende

del Servizio Sanitario Calabrese all'Azienda per il Governo della Sanità della Regione Calabria - Azienda Zero (articolo 1, comma 4 Legge regionale 15 dicembre 2021, n. 32);

□ il D.C.A. n. 3 del 11/01/2024 - "Approvazione ed adozione delle Linee Guida del CUP della Calabria";

□ il D.C.A. - n. 314 del 20 dicembre 2023 - DPCM 12 gennaio 2017 e Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze del 23 giugno 2023 - Presa d'atto e Recepimento - Approvazione Nomenclatore Regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale e relative tariffe;

□ il D.C.A. n. 249 del 28 settembre 2023 "Assegnazione obiettivi di mandato al Commissario Straordinario del Grande Ospedale Metropolitano di Reggio Calabria dott. Gianluigi Scaffidi nominato con D.C.A. n. 57 del 17 maggio 2022, ex art. 2, comma 1, del Decreto Legge n. 169 dell'8 novembre 2022";

□ il D.C.A. - n. 230 del 21 agosto 2023 "Approvazione Catalogo regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale extra LEA";

□ il D.C.A. n. 249 del 23 maggio 2019 Recepimento Accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 28/CSR del 21 febbraio 2019 concernente "Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266" - Adozione del piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA);

□ il D.C.A. n. 29 del 12/01/2023 - D.C.A. n. 59/2020 "Approvazione ed adozione del Catalogo regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale" modifica - integrazione e sostituzione Allegato

□ il Decreto Dirigenziale Calabria n.7087 del 29/06/2022 - Istituzione GTR dedicato al PNGLA e al PRGLA;

□ il D.C.A. 88 del 23 maggio 2019 Adozione Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa;

□ la delibera 654 del 09/12/2019 "recepimento del piano regionale di governo delle liste d'attesa (PRGLA) di cui al D.C.A. n. 88/2019 - adozione del programma attuativo aziendale (PAA).....

#### **Ritenuto che:**

□ in adempimento a quanto previsto dalle citate fonti normative sopra elencate, è stato approvato, con delibera n. 844 del 27/12/2024 il piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa per il triennio 2025 - 2027;

□ è intervenuto il D.C.A. n. 42 del 27/02/2026 avente ad oggetto "Approvazione Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa 2025-2027 - Regione Calabria";

□ è intervenuto il D.C.A. n. 312 del 02 dicembre 2025 con il quale è stato individuato il nuovo Responsabile Unico Regionale dell'Assistenza Sanitaria (RUAS);

**Considerato che** è necessario adattare il piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa a quanto intervenuto nei D.C.A. n. 42 del 27/02/2026 e n. 312 del 02 dicembre 2025

**Precisato** che la documentazione dell'istruttoria richiamata nella presente deliberazione è agli atti del Direttore UOC Direzione Medica di Presidio

**Propone:**

al Commissario Straordinario l'adozione dell'atto deliberativo come sopra formulato, attestandone la piena legittimità, la correttezza formale e sostanziale, nonché la regolarità tecnico-procedurale e la conformità agli obiettivi

#### **IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

**Vista** la motivata proposta di deliberazione del **Direttore UOC Direzione Medica di Presidio** riferita all'oggetto;

**Vista** la deliberazione n. 125 del 25.02.2025 con la quale sono state conferite temporaneamente le funzioni di Direttore Sanitario Aziendale al Dr. Salvatore Maria Costarella;

**Vista** la deliberazione n. 126 del 25.02.2025 con la quale sono state conferite temporaneamente le funzioni di Direttore Amministrativo Aziendale al Dott. Francesco Araniti;

**Visti** i pareri del Direttore Sanitario Aziendale f.f. e del Direttore Amministrativo Aziendale f.f.;

#### **DELIBERA**

Per i motivi di cui in premessa che qui si intendono integralmente riportati e trascritti:

**Di approvare** l'allegato piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa - triennio 2025-2027 quale parte integrante della presente delibera ed in attuazione e recepimento del D.C.A. n. 42 del 27/02/2026;

**Di notificare** la presente delibera alla U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione e Servizi Informativi Aziendali, alla U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione, Azienda per il Governo della sanità della Regione Calabria - Azienda Zero ed alla Regione Calabria - Dipartimento Tutela Salute e Welfare.

**Di precisare** che il presente atto non comporta costi e/o spese per l'Azienda.

**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**  
**Dott.ssa Tiziana Frittelli**



**S**ERVIZIO  
**S**ANITARIO  
**R**EGIONALE



**GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO**  
**"Bianchi - Melacrino - Morelli"**  
*Reggio Calabria*



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie*

OGGETTO: ADOZIONE PIANO ATTUATIVO AZIENDALE PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA TRIENNIO 2025-2027 IN ATTUAZIONE E RECEPIMENTO DEL DCA N°. 42 DEL 27/02/2026

Il Direttore dell'Unità Operativa Complessa Gestione Risorse Economiche e Finanziarie, vista la proposta di deliberazione come sopra formulata, attesta che la presente delibera non comporta costi e/o spese per l'Azienda.

Il Responsabile del Procedimento  
Giuseppa Cicciù

Il Direttore  
U.O.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie  
(Dott. Francesco Araniti)



**S**ERVIZIO  
**S**ANITARIO  
**R**EGIONALE



**GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO**  
**"Bianchi - Melacrino - Morelli"**  
*Reggio Calabria*



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie*

**DELIBERA DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO N° 483 DEL 17/04/2026**

**OGGETTO: ADOZIONE PIANO ATTUATIVO AZIENDALE PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA TRIENNIO 2025-2027 IN ATTUAZIONE E RECEPIMENTO DEL DCA N°. 42 DEL 27/02/2026**

#### **RELATA DI PUBBLICAZIONE**

Si certifica che la presente deliberazione viene pubblicata all'albo pretorio del Grande Ospedale Metropolitano "Bianchi - Melacrino - Morelli", dal 17/04/2026 al 02/05/2026 e trasmessa al Collegio Sindacale il 17/04/2026

Il Direttore Amministrativo Aziendale f.f.  
(Dott. Francesco Araniti)

Questo atto è stato firmato digitalmente da:

Gallo Giuseppe - Responsabile del procedimento ufficio Direttore UOC  
Direzione Medica di Presidio

Galletta Matteo - ufficio Direttore UOC Direzione Medica di Presidio

Cicciù Giuseppa - Responsabile del procedimento ufficio UOC Gestione  
Risorse Economiche e Finanziarie

Araniti Francesco - Direttore ufficio UOC Gestione Risorse Economiche e  
Finanziarie

Araniti Francesco - ufficio Direttore Amministrativo Aziendale

Costarella Salvatore Maria - ufficio Direttore Sanitario Aziendale

Frittelli Tiziana - ufficio Commissario Straordinario

Araniti Francesco - ufficio Direttore Amministrativo Aziendale



Direzione Medica di Presidio Unico  
Gestione Attività Ambulatoriali e ALPI  
Direttore Dr Matteo Galletta

# **PIANO ATTUATIVO AZIENDALE PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA TRIENNIO 2025-2027**



**Direzione Medica di Presidio Unico**  
**Gestione Attività Ambulatoriali e ALPI**  
**Direttore Dr Matteo Galletta**

## Sommario

1. Premessa .....	4
2. Riferimenti .....	5
3. Organizzazione interna .....	9
4. Accesso alle prestazioni sanitarie .....	10
4.1. Modalità di accesso alle prestazioni sanitarie .....	10
4.1.1. Prescrizione su ricettario SSN .....	10
4.1.2. Prenotazione .....	13
4.1.3. Sospensione delle attività ambulatoriali .....	14
4.1.4. Accesso diretto .....	14
4.1.5. Libera professione intramoenia .....	15
4.2. Corretta compilazione della prescrizione .....	15
4.2.1. Tipologia di accesso .....	15
4.3. Quesito diagnostico .....	16
4.4. Classi di priorità della prestazione .....	16
4.5. Dalle prestazioni ai percorsi .....	17
4.6. Validità della priorità di accesso .....	17
5. Governo delle prestazioni .....	18
5.1. Il Centro Unico di Prenotazione regionale .....	18
5.2. Il CUP aziendale .....	18
5.3. Agende e registri di prenotazione .....	18
5.4. Gestione delle agende e sospensione delle attività .....	19
5.5. Tempi massimi di attesa .....	20
5.6. Obiettivi triennio 2025/2027 .....	22
7. Garanzia dei tempi massimi di attesa .....	23
8. Strumenti a tutela del rispetto dei tempi di attesa .....	23
9. Strumenti di governo delle liste di attesa .....	25
9.1. Utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini .....	25
9.2. Modello gestionale per garantire l'incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri, l'incremento delle sedute operatorie, i processi di deospedalizzazione .....	25
9.3. Libera professione intramoenia .....	26



**Direzione Medica di Presidio Unico**  
**Gestione Attività Ambulatoriali e ALPI**  
**Direttore Dr Matteo Galletta**

10. Monitoraggio delle prestazioni .....	26
11. Comunicazione e partecipazione.....	28
12. Percorsi di tutela.....	29
13. Responsabilità dell’utente.....	29
Allegato 1 Elenco prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio.....	31



**Direzione Medica di Presidio Unico**  
**Gestione Attività Ambulatoriali e ALPI**  
**Direttore Dr Matteo Galletta**

## 1. Premessa

Il Grande Ospedale Metropolitano “Bianchi Melacrino Morelli” di Reggio Calabria (di seguito, GOM), si caratterizza come ospedale di alta specializzazione. Il GOM, in coerenza agli indirizzi del PSN e del PSR, concorre a garantire l’assistenza ad alta complessità ed alto contenuto tecnologico, erogando prestazioni sanitarie per acuti secondo i principi di appropriatezza, efficienza ed economicità in ambito provinciale e regionale, in quanto centro HUB per la Provincia di Reggio Calabria e Centro di Riferimento Regionale per le funzioni determinate dalla programmazione regionale. Il GOM, sulla base delle indicazioni contenute nel Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) 2025-2027 (DCA n. 42 del 27 febbraio 2026), si impegna al raggiungimento degli obiettivi e concorrerà alla creazione di un vero Sistema Regionale di Governo delle Liste d’attesa della Calabria.

Il presente Piano ha pertanto il fine di individuare gli strumenti e le modalità di collaborazione tra tutti gli attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo sia quelli di tutela del Cittadino-Utente, per una concreta presa in carico dei Pazienti. È prevista anche l’attuazione dei modelli di gestione integrata dell’assistenza, attraverso l’attuazione e la gestione programmata dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) e lo sviluppo della gestione del Paziente mediante team multidisciplinari e multiprofessionali (TMM), riconosciuti come strumenti per affrontare la complessità della gestione dei pazienti affetti da determinate patologie, per assicurare un aumento della tempestività delle decisioni, migliorandone i tempi e il coordinamento e per contribuire a creare collegamenti con altre organizzazioni sanitarie, assicurando riferimenti appropriati, consultazioni tempestive e ottimizzazione della continuità delle cure del Paziente.

Permane anche nel 2026 una criticità complessiva locale, regionale, oltre che nazionale sui tempi di attesa, legata in particolare ad alcuni settori dell’offerta, in parte risolvibile tramite il progetto “Ambulatori aperti” previsto, peraltro, anche dal Decreto Legge n. 73 del 07/06/2024, per le prestazioni individuate come critiche, la cui domanda è storicamente elevata, quali: EGDS, colonscopia, visita Gastroenterologia; TAC, RMN, Radioterapia; Ecocolordoppler venoso e arterioso arti inferiori/superiori; Elettromiografia; prima visita Urologica; prima visita Neurologica; prima visita Nefrologica; prima visita Ematologica e (prima) visita Oculistica complessiva. Tale criticità è generata da più cofattori come, ad esempio: la nota carenza delle professionalità sanitarie, la maggior affluenza dei professionisti verso il privato e l’attrazione del GOM rispetto alle prestazioni non erogate nel contesto provinciale.

In continuità con il precedente piano attuativo aziendale cui alla delibera n. 844 del 27/12/2024 ed in coerenza con il PRGLA 2025/2027, i principali obiettivi del GOM per il triennio 2025/2027 sono:

- la verifica dell’appropriatezza prescrittiva, con un ruolo centrale della verifica del livello di applicazione delle indicazioni in materia di appropriatezza di cui al DPCM 12 gennaio 2017, con la finalità di migliorare la sostenibilità ed evitare accertamenti non indicati e, come tali, potenzialmente pericolosi per i cittadini;
- ripristinare un equilibrio interno tra domanda e offerta, reindirizzando le risorse interne in aree di maggior bisogno ed efficientare le distinzioni tra i primi accessi e gli accessi successivi con la presa in carico e la continuità assistenziale dei Pazienti;



**Direzione Medica di Presidio Unico**  
**Gestione Attività Ambulatoriali e ALPI**  
**Direttore Dr Matteo Galletta**

- efficientare ulteriormente l'utilizzo delle agende informatizzate, in particolare normalizzando la configurazione dell'intera offerta ambulatoriale (in coerenza con quanto descritto nel paragrafo 5.4);
- strutturare un percorso dedicato per i team multidisciplinari, quale principale snodo di attività per tutti i pazienti con determinate patologie presi in carico e a garanzia dell'erogazione delle prestazioni nei tempi clinici necessari al paziente nel suo percorso di cura;
- implementare i percorsi di erogazione dell'assistenza a distanza sia come modello di offerta di cura (televisita, telemonitoraggio) che per l'appropriatezza prescrittiva (teleconsulto);
- aggiornare i report di monitoraggio dei tempi di attesa con i criteri condivisi a livello regionale (in coerenza con quanto descritto al paragrafo 10) attraverso la piattaforma regionale ReCUP e quella nazionale ex DM 73/2024 per le verifiche in tempo reale degli scostamenti.

-

## **2. Riferimenti**

### RIFERIMENTI NAZIONALI

- la nota della Presidenza del Consiglio dei Ministri prot. DAR 002435 P-4. 37.2.10 dell'11 febbraio 2025, recante "Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6 della legge 5 giugno 2023, n.131, tra il Governo e le Regioni PP./AA. sullo schema di decreto del Ministro della Salute recante l'adozione del Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 2025-2027 e i relativi allegati A, B, D, E, F, G, H, I, L";
- Decreto-legge n. 73/2024 recante Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie convertito in Legge il 24.07.2024 (Legge 107/2024);
- Legge n. 213 del 30.12.2023 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026";
- Accordo Stato-Regioni del 02.08.2023 "Linee di indirizzo per la gestione dei tempi di attesa per ricoveri programmati";
- Accordo Stato-Regioni del 02.08.2023: Linee di Indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato
- Decreto Ministeriale del Ministero della Salute del 20/06/2019 "Istituzione e funzioni dell'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa";
- Intesa Stato-Regioni del 21/02/2019 "Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) 2019-2021";
- Legge n. 145 del 30/12/2018 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021";



**Direzione Medica di Presidio Unico**  
**Gestione Attività Ambulatoriali e ALPI**  
**Direttore Dr Matteo Galletta**

- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12/01/2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”;
- Regolamento UE del Parlamento Europeo n. 676 del 27/04/2016 “Regolamento generale sulla protezione dei dati- 09/02/2012 Decreto Legge n. 5: Disposizioni urgenti in materia di semplificazione e di sviluppo”;
- Decreto Ministeriale del Ministro dell’Economia e delle Finanze del 02/11/2011 “De-materializzazione della ricetta medica cartacea, di cui all’art. 16 del decreto legge n. 78 del 2010 (Progetto Tessera Sanitaria)”;
- Decreto Ministeriale del Ministero della Salute del 8 luglio 2011 “Erogazione da parte delle farmacie, di attività di prenotazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, pagamento delle relative quote di partecipazione alla spesa a carico dell’utente e ritiro dei referti relativi a prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale”;
- Intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 28/10/2010 “Schema di intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266. Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131”;
- Intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano del 29/04/2010 “Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il documento recante "Sistema CUP - Linee guida nazionali”;
- Decreto Legislativo n. 153 del 3 ottobre 2009 "Individuazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, nonché disposizioni in materia di indennità di residenza per i titolari di farmacie rurali, a norma dell'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69”;
- Decreto del Presidente del Consigli dei Ministri del 26/03/2008 “Attuazione dell’articolo 1, comma 810 lettera c), della Legge 27 dicembre 2006 n. 296, in materia di regole tecniche e trasmissione dati di natura sanitaria, nell’ambito del Sistema pubblico di connettività”;
- Legge n. 120 del 03/08/2007 “Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria”;
- Decreto del Presidente della Repubblica del 07/04/2006 “Approvazione del «Piano sanitario nazionale» 2006-2008”;
- Provvedimento della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano del 28/03/2006 “Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma , della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266. (Rep. n. 2555)”;



**Direzione Medica di Presidio Unico**  
**Gestione Attività Ambulatoriali e ALPI**  
**Direttore Dr Matteo Galletta**

- Legge n. 266 del 23/12/2005 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2006)”;
- Accordo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano del 11/07/2002 “Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento di indicazioni per l'attuazione del punto a) dell'Accordo Stato Regioni del 14 febbraio 2002, sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste d'attesa”;
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 16/04/2002 “Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa”;
- Accordo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano del 14/02/2002 “Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste d'attesa”;
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27/03/2000 “Atto di indirizzo e coordinamento concernente l'attività libero-professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale”;
- Decreto Legislativo n. 229 del 19/06/1999 “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”;
- Decreto del Presidente della Repubblica del 23/07/1998 “Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000”;
- Decreto Legislativo n. 124 del 29/04/1998 “Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'articolo 59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n. 449”;
- Legge n. 449 del 27/12/1997 “Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica”;
- Legge n. 66223/12/1996 “Misure di razionalizzazione della finanza pubblica”;
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 19/05/1995 Schema generale di riferimento della “Carta dei servizi pubblici sanitari”;
- Legge n. 724 del 23/12/1994 “Misure di razionalizzazione della finanza pubblica”;
- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 , n. 502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”.

**RIFERIMENTI REGIONALI**



**Direzione Medica di Presidio Unico**  
**Gestione Attività Ambulatoriali e ALPI**  
**Direttore Dr Matteo Galletta**

- D.C.A. n. 42 del 27/02/2026 avente ad oggetto "Approvazione Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa 2025-2027 - Regione Calabria";
- D.C.A. n. 350 del 18/12/2025 avente ad oggetto "Riparto delle risorse residue sui bilanci 2020 e 2021 della GSA per la copertura dei costi relativi alla proroga contrattuale e/o stabilizzazione del personale inizialmente assunto per fronteggiare l'emergenza da COVID-19;
- D.C.A. n. 315 del 05/12/2025 "Piani dei Fabbisogni di Personale e Piani delle Assunzioni delle Aziende del SSR anno 2025. Determinazioni";
- D.C.A. n. 312 del 02 dicembre 2025 con il quale è stato individuato il nuovo Responsabile Unico Regionale dell'Assistenza Sanitaria (RUAS);
- DCA n. 345 del 07 novembre 2024 recante "Riparto fondi liste di attesa ai sensi del Decreto Legge 29 dicembre 2022, n. 198 convertito con modificazione dalla L. 24 febbraio 2023, n. 14 Art. 4, commi 9-septies e 9-octies, del Decreto-Legge n.34 del 2023, art. 11, comma 1 e della Legge 30 dicembre 2023, n. 213, art. 1 commi 218-222 e commi 232-233";
- DCA - N. 134 DEL 11 GIUGNO 2024 - Azienda per il governo della sanità della Regione Calabria – Azienda Zero. Approvazione Piano dei fabbisogni personale per l'anno 2024;
- DCA - n. 113 del 03 giugno 2024 - Recepimento dell'“Accordo, ai sensi del punto 8.1 dell'allegato 1 al regolamento di cui al decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, 2 aprile 2015, n. 70, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sul documento “Il ruolo delle Associazioni di volontariato, di malati e di attivismo civico nelle reti oncologiche” (Rep.atti n. 166/CSR del 26 luglio 2023);
- DCA - n. 102 del 20 maggio 2024 - Piani del Fabbisogno e Piani Assunzionali delle Aziende del SSR per l'anno 2024;
- DCA - n. 87 del 26 aprile 2024 - Programma investimenti ex art. 20, L. n. 67/1988 - “Programma di ammodernamento tecnologico” ai sensi dell'art. 6, comma 5 del D.L. 30 aprile 2019, n. 35. Delibera CIPE n. 51 del 24 luglio 2019. Fornitura e installazione di una Risonanza Magnetica presso il PO “Morelli” di Reggio Calabria e connessi lavori di adeguamento edilizio ed impiantistico - Codice intervento NSIS 180.180915.H.083. Approvazione progetto e richiesta di ammissione a finanziamento;
- DCA - n. 82 del 29 marzo 2024 - Approvazione Piano Oncologico della Regione Calabria 2023-2027;
- DCA - n. 78 del 26 marzo 2024 - Nuovo documento di Riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza urgenza e delle reti tempo-dipendenti;
- DCA - n. 52 del 23 febbraio 2024 - Regolamento disciplinante le modalità di attuazione del passaggio di funzioni dalle Aziende del Servizio Sanitario Calabrese all'Azienda per il Governo della Sanità della Regione Calabria – Azienda Zero (articolo 1, comma 4 Legge regionale 15 dicembre 2021, n. 32);



**Direzione Medica di Presidio Unico**  
**Gestione Attività Ambulatoriali e ALPI**  
**Direttore Dr Matteo Galletta**

- DCA - n. 53 del 23 febbraio 2024 - Rete Reumatologica Integrata Territorio-Ospedale – Aggiornamento;
- DCA - n. 28 del 30 gennaio 2024 - Approvazione “Piano Regionale delle Malattie Rare 2024-2026 e Riordino della rete regionale delle malattie rare” - Accordo Stato Regioni Rep. Atti n. 121/CSR del 24 maggio 2023;
- DCA n. 3 del 11/01/2024 - Approvazione ed adozione delle Linee Guida del CUP della Calabria;
- DCA - n. 314 del 20 dicembre 2023 - DPCM 12 gennaio 2017 e Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze del 23 giugno 2023 – Presa d’atto e Recepimento - Approvazione Nomenclatore Regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogabili nell’ambito del Servizio Sanitario Regionale e relative tariffe;
- DCA - n. 249 del 28 settembre 2023 - Assegnazione obiettivi di mandato al Commissario Straordinario del Grande Ospedale Metropolitano di Reggio Calabria dott. Gianluigi Scaffidi nominato con DCA n. 57 del 17 maggio 2022, ex art. 2, comma 1, del Decreto Legge n. 169 dell’8 novembre 2022;
- DCA - N. 230 DEL 21 AGOSTO 2023 - Approvazione Catalogo regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale extra LEA;
- DCA - n. 249 del 23 maggio 2019 - Recepimento Accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 28/CSR del 21 febbraio 2019 concernente "Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266" - Adozione del piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA);
- DCA 88 del 23 maggio 2019 Adozione Piano Regionale di Governo delle Liste d’Attesa;
- DCA n. 29 del 12/01/2023 - DCA n. 59/2020 “Approvazione ed adozione del Catalogo regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale” modifica – integrazione e sostituzione Allegato;
- Decreto Dirigenziale Calabria n.7087 del 29/06/2022 – Istituzione GTR dedicato al PNGLA e al PRGLA.

#### RIFERIMENTI AZIENDALI

- delibera n. 1474 del 28/11/2025 avente ad oggetto "regolamento aziendale per la disciplina delle prestazioni orarie aggiuntive personale della dirigenza e del comparto";
- delibera n. 844 del 27/12/2024 avente ad oggetto “Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa triennio 2025 – 2027”

### **3. Organizzazione interna**

Allo stato attuale il GOM di Reggio Calabria gestisce la propria offerta di prestazioni sanitarie e il correlato sistema di accesso (Sportelli CUP), con il coinvolgimento di professionisti afferenti alla Direzione Medica di



**Direzione Medica di Presidio Unico**  
**Gestione Attività Ambulatoriali e ALPI**  
**Direttore Dr Matteo Galletta**

Presidio, alla Direzione Sanitaria e alla Direzione Amministrativa, nonché attraverso il raccordo con i Direttori di Dipartimento e i Responsabili delle UU. OO. aziendali. La responsabilità è posta in capo alla Direzione Medica di Presidio in sinergia con la Direzione Sanitaria Aziendale.

In tale modo vengono assicurati:

- il monitoraggio e la valutazione del rapporto domanda/offerta dei tempi d’attesa delle prestazioni e dei relativi volumi;
- la gestione delle agende, con il relativo codice di priorità, per l’accesso alle prestazioni delle attività ambulatoriali erogate sia in regime istituzionale che di libera professione intramuraria;
- la valutazione della corretta codifica delle prestazioni ambulatoriali e della mobilità sanitaria;
- la gestione della libera professione intramuraria e di tutta l’attività aziendale a pagamento;
- l’implementazione dei criteri di priorità; l’appropriatezza dei ricoveri e la risoluzione di eventuali criticità legate all’occupazione dei posti letto ed ai relativi tempi di attesa.

In linea con gli atti di programmazione aziendale e regionale, i Direttori di Dipartimento, raccogliendo le istanze e le criticità delle UU.OO. aziendali, si raccordano con la Direzione Medica di Presidio del GOM al fine di garantire l’integrazione delle attività specialistiche nella rete regionale a supporto della continuità assistenziale.

## **4. Accesso alle prestazioni sanitarie**

### **4.1. Modalità di accesso alle prestazioni sanitarie**

#### **4.1.1. Prescrizione su ricettario SSN**

La prescrizione su ricettario SSR permette di accedere alle prestazioni di specialistica ambulatoriale previste dai livelli essenziali di assistenza (LEA) e presenti nel Nomenclatore tariffario regionale per la specialistica ambulatoriale. Ogni ricetta prevede la possibilità di prescrivere un massimo di 8 (otto) prestazioni singole appartenenti alla stessa branca specialistica, mentre per la branca di riabilitazione sono prescrivibili da 3 (tre) a 6 (sei) cicli da 10 (dieci) prestazioni.

È vietato effettuare successive integrazioni di prestazioni sulla stessa ricetta da parte dell’erogatore; in caso di necessità di ulteriori esami/prestazioni deve essere emessa una nuova ricetta da parte dello specialista. Su una ricetta non possono essere prescritte prestazioni di specialistica ambulatoriale appartenenti a branche specialistiche diverse; le prestazioni appartenenti alla branca “altre prestazioni” possono essere associate a qualsiasi branca. Possono prescrivere su ricettario SSR i seguenti professionisti:

- medici di medicina generale (MMG);
- pediatri di libera scelta (PLS);
- medici di continuità assistenziale (MCA);



**Direzione Medica di Presidio Unico**  
**Gestione Attività Ambulatoriali e ALPI**  
**Direttore Dr Matteo Galletta**

- specialisti dipendenti del SSR o convenzionati con il SSR;

Il ricettario è personale e identifica il medico prescrittore, responsabile dell'appropriatezza, correttezza e completezza dei dati (classe di priorità assegnata, eventuale esenzione, quesito diagnostico, ecc.).

In nessun caso possono essere previsti ricettari di struttura.

La prescrizione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogabili a carico del SSR deve avvenire obbligatoriamente con ricetta, sia essa dematerializzata o rossa. È, tuttavia, fortemente consigliato l'utilizzo della ricetta dematerializzata in quanto strumento rapido ed affidabile che consente la rilevazione (o acquisizione) automatica di dati corretti e costantemente aggiornati, escludendo eventuali errori di trascrizione legati, ad esempio, ad errate interpretazioni o illeggibilità della ricetta compilata manualmente dal medico prescrittore.

La ricetta è un documento pubblico di natura certificativa, con implicazioni giuridiche civili e penali, economiche, medico legali e di responsabilità professionale. La compilazione della ricetta non è dunque un atto meramente burocratico: l'incompleta o non corretta compilazione della ricetta o alterazioni apportate alla ricetta (ad esempio alla classe di priorità), oltre che costituire violazione delle regole di sistema, possono configurare illecito amministrativo fino ad assumere rilevanza penale.

La prescrizione presuppone il rispetto della corretta modalità prescrittiva, tenendo presenti, oltre gli aspetti formali, anche i principi di appropriatezza, efficacia diagnostico terapeutica e il razionale utilizzo delle prestazioni sanitarie. Il PRGLA 2025-2027 (riprendendo il PRGLA 2019/2021) ripropone, tra gli strumenti di gestione della domanda il modello dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei - RAO" per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, al fine di contenere le liste di attesa per alcune prestazioni ambulatoriali, rivolgendo l'attenzione non solo all'appropriatezza prescrittiva, ma, anche, alla ragionevolezza dei tempi di erogazione delle prestazioni.

### ***La compilazione della ricetta***

La prescrizione deve essere compilata in ogni sua parte e, in particolare, deve comprendere:

- dati anagrafici del cittadino;
- eventuale esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria con relativo codice;
- prestazione richiesta con relativo codice come da nomenclatore regionale;
- tipologia di accesso (1° accesso; accessi successivi);
- classe di priorità (U; B; D; P);
- quesito diagnostico, che qualifica come appropriato l'atto medico della prescrizione: questi può essere rappresentato precisamente dal sospetto clinico che il medico prescrittore ha formulato dopo aver raccolto l'anamnesi, visitato il paziente e aver eventualmente valutato indagini precedenti, ma anche dalla



**Direzione Medica di Presidio Unico  
Gestione Attività Ambulatoriali e ALPI  
Direttore Dr Matteo Galletta**

indicazione della sintomatologia prevalente che il paziente presenta, per individuare la natura/etiologia della quale l'accertamento viene prescritto. Il quesito diagnostico rappresenta l'elemento di partenza per la verifica dell'appropriatezza prescrittiva. Costituisce poi un dato imprescindibile per comunicare, a chi eroga la prestazione richiesta, quali aspetti approfondire maggiormente, oltre a rappresentare il presupposto per agire nel rispetto del principio di giustificazione a fronte della prescrizione di esami che prevedano l'utilizzo di radiazioni ionizzanti. In questo ultimo caso, la possibilità di visionare con anticipo la prescrizione ed il relativo quesito diagnostico dovrebbe portare a ulteriori verifiche se vi sono elementi che facciano ritenere che il principio di giustificazione, nel caso specifico, non si realizzi positivamente. Il DPCM 12 gennaio 2017 fa riferimento esplicito all'obbligo di indicare il quesito clinico o il sospetto diagnostico, in particolare per le prestazioni di specialistica ambulatoriale per le quali siano esplicitate specifiche indicazioni di appropriatezza prescrittiva, oltre che di erogabilità, riferite allo stato clinico o personale del destinatario, alla particolare finalità della prestazione (terapeutica, diagnostica, prognostica o di monitoraggio di patologie o condizioni) al medico prescrittore, all'esito di procedure o accertamenti pregressi. L'elenco delle prestazioni che prevedono indicazioni di appropriatezza prescrittiva, con le indicazioni relative, sono riportate nell'Allegato 4-4D del DPCM sopracitato. Poiché il primo intervento per affrontare efficacemente il tema dell'appropriatezza è una verifica campionaria del suo livello attuale, in particolare per le prestazioni di cui al citato DPCM, il RULA Aziendale dovrà, nel periodo di vigenza del presente piano, individuare gli strumenti informatici e le modalità organizzative per rendere agevole tale attività di verifica che interesserà in primo luogo il 10% delle prestazioni. Si sottolinea che le suddette indicazioni di erogabilità e di appropriatezza, contenute in una legge dello Stato, sono vincolanti per tutti i prescrittori.

- campo note, che può essere utile ad indicare il distretto anatomico da studiare, le metodiche per particolari prestazioni di laboratorio, l'orario o altra informazione aggiuntiva necessaria per la corretta erogazione della prestazione.

### ***Le regole di prescrizione***

Le prescrizioni per visite ed esami devono basarsi sullo stato di salute del Paziente, assegnando una classe di priorità entro la quale deve essere effettuata la visita o l'esame diagnostico. I termini di garanzia di ogni classe di priorità decorrono dalla data di prescrizione.

Ogni ricetta medica può contenere prescrizioni appartenenti ad una sola branca specialistica fino ad un limite di 8 prestazioni (ad eccezione dei cicli di cure e del prelievo biologico, che va obbligatoriamente indicato dal medico prescrittore). Le prescrizioni di prestazioni afferenti a branche specialistiche diverse devono essere effettuate su ricette distinte, ad eccezione della branca "Altre prestazioni", considerata branca neutra. Pertanto, le prestazioni afferenti alla suddetta branca potranno coesistere nella stessa ricetta.

Le prestazioni erogabili in regime di esenzione e le prestazioni che non prevedono l'esenzione dovranno essere prescritte su ricette distinte e separate.

Il codice di esenzione dal pagamento del ticket è inserito sulla base del reddito, condizione, età o malattia rara/patologia cronica; in quest'ultimo caso, al medico proscrittore ha la responsabilità della verifica della



**Direzione Medica di Presidio Unico**  
**Gestione Attività Ambulatoriali e ALPI**  
**Direttore Dr Matteo Galletta**

compatibilità tra prestazioni e codice di esenzione. Qualora un assistito sia in possesso di più esenzioni per patologia ed è necessario prescrivere prestazioni per ognuna di esse, il medico prescrittore dovrà compilare più ricette distinte, indicando su ognuna il codice di esenzione specifico.

Le ricette mediche per la prescrizione di visite specialistiche, di indagini specialistiche e/o accertamenti diagnostici hanno validità di 180 giorni dalla data di compilazione alla data di prenotazione. La data di prenotazione della prestazione deve ricadere all'interno del periodo di validità della ricetta, mentre, naturalmente, la data di erogazione della prestazione può essere anche successiva. Pertanto è fatto divieto rifiutare la prenotazione delle ricette dematerializzate prescritte da meno di 180 giorni.

Nel caso in cui sia uno specialista pubblico a ritenere necessaria l'esecuzione di ulteriori prestazioni, dovrà essere lo stesso specialista a provvedere alla prescrizione delle medesime. Questo per evitare ulteriori passaggi che non aggiungono qualità al percorso del paziente, ma richiedono tempo ad altri professionisti: anche in questo caso l'esplicitazione del quesito diagnostico è imprescindibile. Tale indicazione si rafforza tenuto conto dell'incremento ad un anno del tempo di validità delle prescrizioni, ciò fa sì che tutti i controlli o follow-up entro l'anno e tutti gli accertamenti successivi ad una prima visita potranno essere prescritti dallo specialista in sede di prima visita o di controllo.

Vista l'importanza del presente aspetto, il RULA Aziendale dovrà coordinare interventi informativi per i prescrittori e il monitoraggio del rispetto delle presenti indicazioni, anche coinvolgendo MMG e PLS, sempre facendo sì che il paziente non abbia a patire ricadute negative.

Per i Pazienti inseriti nei PDTA per la specifica patologia o gruppo di patologie, la specialista deve attenersi, nella prescrizione successiva alla visita, a quanto raccomandato nel PDTA, al netto di situazioni che si configurino come specificità individuali del singolo paziente. Nella maggior parte dei casi la modalità organizzativa più consona alla erogazione di prestazioni nell'ambito di un PDTA per patologie croniche è quella del Day-Service ambulatoriale. Il RULA dovrà verificare che il Day-Service ambulatoriale sia organizzato all'interno di una cornice di programmazione dedicata, in modo da non interferire con la programmazione delle agende per esterni, e riducendo quanto più possibile il numero di accessi per prestazioni diagnostiche, prevedendone l'erogazione nel minor numero di giornate possibili.

I tempi di ripetizione degli accertamenti rappresentano una delle dimensioni dell'appropriatezza che è possibile analizzare attraverso i dati statistici disponibili. Le motivazioni per una ripetizione possono essere diverse, ma alcuni principi devono essere rispettati, in particolare per quegli accertamenti di controllo per i quali sia scientificamente acclarata l'inutilità della ripetizione a breve termine, soprattutto se espongono il paziente a radiazioni ionizzanti. Spesso alla base di prescrizioni ripetute c'è anche la mancata conoscenza da parte del prescrittore dei risultati di accertamenti recenti.

#### **4.1.2. Prenotazione**

La prenotazione delle prestazioni in SSR viene effettuata su agende informatizzate. Non sono, in nessun caso, ammesse agende cartacee.



**Direzione Medica di Presidio Unico**  
**Gestione Attività Ambulatoriali e ALPI**  
**Direttore Dr Matteo Galletta**

Le agende pubbliche sono collegate a tutte le modalità di accesso elencate al punto 1 (Call center, front office, Portale Web online - Portale del Cittadino - Farmacie convenzionate, App WEB e per dispositivi mobili, Medici di Medicina Generale convenzionati e Pediatri di libera scelta convenzionati).

Le agende pubbliche sono suddivisa per le classi di priorità:

- Programmabile;
- Differibile;
- Breve;
- Urgente.

Le agende pubbliche sono riferite al primo accesso. Sono presenti, per i controlli successivi al primo entro un anno, agende esclusive di prenotazione gestibili sia dalle strutture di pertinenza, sia dal CUP front office.

Relativamente alla gestione delle agende va ribadito il divieto di chiusura delle stesse.

Attualmente, il servizio CUP è esternalizzato. L'organizzazione viene definita dai responsabili delegati dalla Direzione Medica di Presidio, con particolare riferimento alle procedure interne di gestione delle casse, degli accessi e delle accettazioni dirette (quelle eseguibili per legge, quali gli esami ematochimici). Per i quali, questi ultimi, esiste un'agenda "elimina code" generata nel periodo pandemico per il distanziamento e l'ordinata quantificazione degli accessi. Orari di apertura del CUP:

- dal lunedì al venerdì dalle ore 08:00 alle ore 19:00;
- sabato dalle ore 08:15 alle ore 12:00

#### **4.1.3. Sospensione delle attività ambulatoriali**

La Direzione Medica di Presidio, attraverso l'Unità Gestione Attività Ambulatoriali e ALPI, gestisce le attività di sospensione dell'erogazione di prenotazione per i casi previsti per legge di:

- guasto tecnico/manutenzione
- inaccessibilità struttura
- indisponibilità del personale
- indisponibilità materiale/dispositivi.

Il divieto di sospensione delle attività ambulatoriali, se non per i casi sopra elencati, è disposto con note della Direzione Medica di Presidio a tutte le strutture. In caso di criticità, vengono predisposti audit interni e ispezioni interne.

#### **4.1.4. Accesso diretto**

Come da normativa vigente, l'accesso diretto consiste nella possibilità per l'utente, di accedere senza prescrizione su ricetta esclusivamente presso le strutture pubbliche, per le visite nelle specialità di:

- ostetricia-ginecologia;



**Direzione Medica di Presidio Unico**  
**Gestione Attività Ambulatoriali e ALPI**  
**Direttore Dr Matteo Galletta**

- pediatria;
- neuropsichiatria infantile;
- oculistica, limitatamente alle prestazioni optometriche.

Nell'ambito del GOM di Reggio Calabria, la ginecologia e la pediatria sono le sole specialità per cui sia previsto l'accesso diretto.

È altresì ammesso l'accesso diretto da parte dell'utente nei casi previsti da specifica normativa. In tutti i casi di accesso diretto lo specialista che effettua la prestazione ha l'obbligo della prescrizione SSR con le medesime regole di esenzione e di pagamento.

#### **4.1.5. Libera professione intramoenia**

L'attività svolta in Libera Professione intramoenia si aggiunge all'offerta istituzionale ed è disciplinata dalla normativa in materia, dai contratti collettivi nazionali di lavoro della dirigenza medica e della dirigenza sanitaria e dal Regolamento Aziendale che pongono in capo all'Ente, dal quale ogni singolo professionista dipende, le responsabilità del controllo. In regime libero-professionale possono essere erogate solo ed esclusivamente le medesime prestazioni già erogate in attività istituzionale, secondo volumi di attività e tempi di erogazione per struttura erogatrice e per singolo medico, definiti. Nell'esercizio dell'attività libero professionale non è consentito l'utilizzo del ricettario del SSR. Ad eccezione di un eventuale ricovero, le prestazioni conseguenti o connesse con l'attività erogata in regime libero professionale intramoenia possono pertanto essere prescritte solo su ricetta bianca e, quindi, erogate con spese a carico del cittadino.

La prenotazione dell'attività di libera professione intramoenia viene effettuata su agende informatizzate, dedicate al singolo professionista, o alla singola équipe di libera professione con le medesime regole di ingaggio previste per il regime istituzionale. Non sono in nessun caso ammesse agende cartacee.

## **4.2. Corretta compilazione della prescrizione**

### **4.2.1. Tipologia di accesso**

Per “primo accesso”, coerentemente con quanto stabilito dal PRGLA, è da intendersi:

- il primo contatto dell'utente con il SSR per un dato problema clinico ossia prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da struttura diversa da quella del primo medico specialista;
- nel caso di paziente affetto da malattie croniche (compreso il paziente in follow up oncologico), la visita o l'esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico.

Per prestazioni successive al “primo accesso” (classificate sulla prescrizione come “altro accesso”) sono da intendersi le visite di controllo e le visite/prestazioni di follow up in cui un problema di salute, già noto, viene rivalutato a distanza e la documentazione scritta esistente viene aggiornata o modificata, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto alla prima visita.



**Direzione Medica di Presidio Unico**  
**Gestione Attività Ambulatoriali e ALPI**  
**Direttore Dr Matteo Galletta**

Le prestazioni successive al primo accesso devono essere prescritte dallo Specialista che ha preso in carico il paziente, senza che questo sia rimandato al proprio MMG/PLS per la prescrizione, in particolar modo quando le prestazioni si rendono necessarie per rispondere al quesito diagnostico posto inizialmente. Tipicamente il paziente è inserito in un PDTA Aziendale (Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali) che prevede dei momenti di controllo clinico e/o strumentale per monitorare l'andamento delle terapie e l'evoluzione della patologia. Tali prestazioni sono prescritte dalla struttura che ha in carico il paziente e al paziente viene assegnato un appuntamento.

Per le sole prestazioni di laboratorio non è prevista l'indicazione della tipologia di accesso.

### **4.3. Quesito diagnostico**

Il quesito diagnostico o la diagnosi/indicazione clinica è obbligatorio per tutte le prescrizioni. Può essere formulato come:

- quesito diagnostico/codice diagnosi, ovvero il sospetto clinico che il medico prescrittore ha formulato dopo aver raccolto l'anamnesi, visitato l'utente ed aver eventualmente valutato indagini strumentali precedenti (radiologiche, di laboratorio, ecc.);
- motivazione clinica, ovvero descrizione dei sintomi accusati dall'utente e/o dei segni rilevati dall'obiettività, da utilizzare qualora non si possa formulare uno specifico quesito.

### **4.4. Classi di priorità della prestazione**

Al fine di determinare il codice di priorità da indicare, previa valutazione clinica, al momento della prescrizione medica devono essere considerate le seguenti definizioni contenute nel PRGLA:

U (urgente) = da eseguire entro 72 ore. Gli utenti con situazioni cliniche che devono essere valutati con una tempistica inferiore vanno indirizzati al Pronto Soccorso;

B (Breve) = da eseguire entro 10 giorni;

D (Differibile) = da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;

P (Programmata) = da eseguire entro 120 giorni.

Per rendere omogenee le modalità prescrittive ed il corretto utilizzo dei codici di priorità in base al quesito diagnostico, sono adottati i criteri sviluppati in ambito regionale e i Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO) redatti da AGENAS, per quanto di pertinenza del GOM.

Per le prestazioni successive al primo accesso, che non prevedono l'indicazione del criterio di priorità, nell'ottica della ottimale continuità assistenziale, nel campo dedicato al quesito diagnostico deve essere indicata la tempistica di programmazione della prestazione di controllo.



**Direzione Medica di Presidio Unico**  
**Gestione Attività Ambulatoriali e ALPI**  
**Direttore Dr Matteo Galletta**

#### 4.5. Dalle prestazioni ai percorsi

Nelle more della definizione da parte del GOM dell'ampliamento dei specifici PERCORSI di CURA, da codificare all'interno dei sistemi informativi, ed in attesa dell'approntamento all'interno degli strumenti informatici regionali di strumenti operativi per la gestione dei percorsi di cura dei pazienti e non solo delle singole prestazioni, il GOM adotta in via sperimentale una modalità prescrittiva legata alla presa in carico da parte dei team multidisciplinari. Il team multidisciplinare è lo standard di riferimento per la presa in carico del paziente e per l'approntamento del piano diagnostico terapeutico specifico, concordato tra i diversi specialisti.

Attualmente, i percorsi diagnostico terapeutici (PDTA) attivi sono:

- breast unit;
- malattie rare;
- trapianto di cellule staminali CAR-T;
- altri in corso di implementazione per varie specialistiche (es.: oncologiche, dermatologiche, chirurgiche, ecc.).

Le richieste di prestazioni che derivano da una tempistica decisa da un team multidisciplinare, ovvero corrispondente ad una necessità clinico-terapeutica coerente con il bisogno reale del paziente preso in carico, non richiedano l'indicazione della priorità B,D e P, tipica per i primi accessi, ma vadano indicati come "accesso successivo". Tale prescrizione avverrà con l'indicazione del Team multidisciplinare di patologia quale Struttura inviante, a garanzia dell'appropriatezza prescrittiva, sia in termini clinici che di tempistica; ciò consente altresì di non incorrere nel rischio di "autoprescrizione" da parte del medico prescrittore, perché la responsabilità della prescrizione è collegiale e aderente ad un percorso condiviso.

#### 4.6. Validità della priorità di accesso

Per limite di validità temporale si intende quello definito ai fini della prenotazione e si riferisce esclusivamente al tempo massimo entro il quale l'utente ha titolo per accedere al sistema di prenotazione e non al momento in cui viene erogata la prestazione.

Ai fini del rispetto della priorità di accesso assegnata dal medico prescrittore, l'utente è tenuto ad accedere al sistema di prenotazione entro i seguenti termini:

- priorità U - urgente non oltre le 72 ore dalla data di emissione;
- priorità B - breve non oltre i 10 giorni dalla data di emissione;
- priorità D - differibile non oltre i 30 giorni dalla data di emissione;
- priorità P - programmata non oltre i 120 giorni dalla data di emissione.



**Direzione Medica di Presidio Unico**  
**Gestione Attività Ambulatoriali e ALPI**  
**Direttore Dr Matteo Galletta**

Avvenuta la prenotazione, la prescrizione non ha scadenza e resta valida anche nel caso in cui l'appuntamento già fissato debba essere rinviato per esigenze dell'utente.

## **5. Governo delle prestazioni**

### **5.1. Il Centro Unico di Prenotazione regionale**

Il SovraCUP Regionale di Prenotazione svolge le funzioni così come definite dal DCA n. 3 del 11/01/2024.

### **5.2. Il CUP aziendale**

Le funzioni del CUP del GOM di Reggio Calabria, attualmente gestite in diversi punti dell'organizzazione interna, sono le seguenti:

- gestione del front e del back office degli sportelli aziendali;
- indirizzo e coordinamento delle strutture erogatrici e dei prescrittori;
- implementazione a sistema e contabilizzazione delle prestazioni erogate;
- contabilizzazione e cassa, sia con sportelli automatici che attraverso gli sportelli presidiati.

Nell'ambito della programmazione aziendale, tutte le funzioni saranno ricondotte ad un coordinamento centralizzato, come definito nel capitolo 3.

### **5.3. Agende e registri di prenotazione**

L'agenda di prenotazione è lo strumento informatizzato utilizzato per gestire il calendario delle prenotazioni per le prestazioni. Come previsto dalla legge n. 241/1990 sulla trasparenza degli atti amministrativi, tutti gli utenti 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 organizzate in modo da poter distinguere le attività riservate ai primi accessi, ai controlli/follow-up e, progressivamente ed auspicabilmente in misura sempre più prevalente, ai PDTA aziendali. Per i primi accessi sono stratificate per criteri di priorità. La gestione delle agende deve essere improntata a criteri di flessibilità, in modo da evitare la sottoutilizzazione dell'offerta e assicurare il rispetto dei tempi massimi di attesa. La Direzione Medica di Presidio in sinergia con la Direzione Sanitaria Aziendale monitora l'offerta mensilmente, coordinandosi con i responsabili delle strutture per equilibrare l'offerta.

Per quanto attiene i Registri di Prenotazione dei Ricoveri, il Piano Nazionale per il Contenimento dei Tempi di Attesa (Intesa Stato-Regioni del 28/03/2006) ha reso obbligatorio il loro utilizzo nel formato e con le modalità previste dal Mattone "Tempi di Attesa". L'Accordo Stato-regioni del 09.07.2020 relativo alle "linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato", dà indicazioni operative sulla messa in lista dei pazienti chirurgici programmati, in particolare per il percorso oncologico.



**Direzione Medica di Presidio Unico**  
**Gestione Attività Ambulatoriali e ALPI**  
**Direttore Dr Matteo Galletta**

La Conferenza Stato-Regioni ha recentemente esteso le linee di indirizzo a tutti i ricoveri programmati, non solo quelli chirurgici (Linee guida del 02.08.2023). Nel corso del 2025, il GOM adeguerà la registrazione dei ricoveri a tali indicazioni.

#### **5.4. Gestione delle agende e sospensione delle attività**

Le agende di primo accesso sono incluse nel sistema CUP regionale, visibili a tutti gli Utenti/prenotatori ad eccezione di alcune (in corso di rimodulazione per l'inclusione) che vengono (attualmente) gestite solo internamente dalla Direzione Medica di Presidio, pur con la massima trasparenza, per garantire, fin dal primo contatto, la correttezza del percorso, sia in termini di tempistica che di équipe medica ed evitare all'utente un inutile primo passaggio "generico". Parte dell'offerta di prestazioni diagnostiche è gestita solo internamente, a garanzia dei percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti. Stante la mission, risulta tuttavia indispensabile che la richiesta di prestazioni venga gestita in sinergia con gli operatori del SovraCUP regionale con la finalità di garantire che soltanto le prestazioni di particolare sensibilità vengano indirizzate direttamente alle Unità Operative del GOM.

È vietata la chiusura delle agende; le stesse garantiscono la prenotabilità continua delle prestazioni. Per la prenotazione di prestazioni di controllo e percorsi PDTA, sono attivate apposite agende esclusive, in modo da assicurare la continuità della cura fino alla risoluzione del problema di salute o, come più frequentemente accade, per garantire la continuità assistenziale e la tempestività nella diagnosi di una eventuale riacutizzazione.

È vietata la sospensione delle prenotazioni di prestazioni sanitarie ambulatoriali o di ricovero programmato. La eventuale sospensione per motivi tecnici programmati (es. fermi macchina per manutenzione preventiva) o straordinari, comporta interventi organizzativi volti a fronteggiare i disagi causati dalle stesse sospensioni, condivisi tra la struttura interessata, la Direzione Sanitaria e la Direzione Medica di Presidio. La Struttura interessata comunica immediatamente alla Direzione Sanitaria e alla Direzione Medica di Presidio la sospensione con le motivazioni dettagliate e avvia le procedure per il mantenimento dell'offerta programmata al fine di garantire la tempestiva ri-prenotazione della prestazione, non prima di una valutazione clinica dei singoli casi rispetto alla opportunità e sicurezza della eventuale dilatazione delle tempistiche. Procede inoltre alla sospensione della prenotazione della corrispondente attività di libera professione intramoenia. Nel caso in cui l'evento non consenta la riprogrammazione locale, potrà considerarsi l'attivazione di convenzioni con altre aziende sanitarie regionali, o, eventualmente, extra-regionali.

In caso di sospensione dell'erogazione di una prestazione, l'attività di prenotazione prosegue tenendo conto del periodo di sospensione. La chiusura delle agende di prenotazione è espressamente vietata dalla legge 266 del 2005 (Legge Finanziaria 2006 art. 1 comma 282) che prevede sanzioni amministrative per i trasgressori.



**Direzione Medica di Presidio Unico**  
**Gestione Attività Ambulatoriali e ALPI**  
**Direttore Dr Matteo Galletta**

## 5.5. Tempi massimi di attesa

Il GOM organizza l'offerta delle prestazioni nel rispetto dei tempi massimi di attesa previsti dal PRGLA 2019-2021.

Il tempo massimo di attesa è il tempo che intercorre tra la data di prenotazione di una prestazione sanitaria (ricovero o prestazione ambulatoriale) e la data di erogazione della stessa. Il tempo massimo di attesa è fissato dalla Regione in attuazione delle indicazioni nazionali.

Le prestazioni ambulatoriali per le quali sono definiti i tempi massimi sono quelle di primo accesso. Rimangono pertanto escluse dal monitoraggio:

- le prestazioni che non risultano prescritte con impegnativa;
- le prestazioni urgenti (U) per le quali non è necessario l'accesso al pronto soccorso, ma la cui effettuazione deve avvenire con carattere d'urgenza o in un periodo immediatamente successivo (72 ore);
- le prestazioni classificate come: “altro accesso” (visite/prestazioni di controllo) o senza tipologia di accesso (prestazioni di laboratorio);
- le prestazioni erogate all'interno di specifici percorsi diagnostico terapeutici (PDTA), che rendono necessario individuare specifici tempi massimi di attesa per le diverse fasi dei percorsi stessi;
- le prestazioni in pre e post ricovero.

Per ciascuna Classe di priorità e con riferimento a tutte le strutture sanitarie, il tempo massimo di attesa deve essere garantito (ai fini del monitoraggio) come riportato nella tabella sottostante (se rispettata la pianificazione aziendale) tenendo conto.

Priorità Tempo (in gg) Valore soglia

- B (breve)
  - Da eseguire entro 10 giorni
  - Almeno 75% delle prenotazioni
- D (differita)
  - Da eseguire entro 30 giorni per le visite e 60 giorni per gli accertamenti diagnostici
  - Almeno 70% delle prenotazioni
- P (programmata)
  - Da eseguire entro 120 giorni
  - Almeno 60% delle prenotazioni

Le prestazioni di ricovero per le quali sono definiti i tempi massimi riguardano esclusivamente i ricoveri programmati. Rimangono pertanto esclusi dal monitoraggio:

- i ricoveri urgenti



**Direzione Medica di Presidio Unico  
Gestione Attività Ambulatoriali e ALPI  
Direttore Dr Matteo Galletta**

- i ricoveri la cui accettazione è stata ritardata su richiesta dell'interessato, per esigenze esterne all'ambito clinico o non di competenza del GOM.

Per tutti i ricoveri programmati è obbligatorio l'uso sistematico delle Classi di priorità, definite in coerenza con quanto già indicato nell'Accordo dell'11 luglio 2002, del PNCTA 2006-2008 e del PNGLA 2010-2012 di cui alla tabella sotto riportata:

Classe di priorità per il ricovero – Indicazioni:

- A
  - Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.
- B
  - Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
- C
  - Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
- D
  - Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

Per i ricoveri, l'inserimento nella lista di attesa tramite procedura informatizzata deve tenere conto dei criteri di appropriatezza e priorità clinica.

Per le prestazioni di ricovero, la data di prenotazione corrisponde alla data di inserimento dell'utente nel registro (agenda) di prenotazione. Tale data è da intendersi come quella in cui viene confermata dallo specialista la necessità di ricovero e si provvede contestualmente all'inserimento dell'utente nel registro di prenotazione.

Le prestazioni di pre-ricovero, eseguibili dopo l'inserimento nel registro (agenda) di prenotazione, devono essere limitate a quelle necessarie per stabilire l'idoneità all'intervento chirurgico. Non fanno parte pertanto del percorso tutti gli esami e le prestazioni effettuati per giungere alla diagnosi dalla quale si è poi sviluppata l'indicazione al ricovero.

Al fine di garantire la trasparenza, al momento dell'inserimento in lista di attesa, devono essere comunicate all'utente informazioni sul suo ricovero, sulla Classe di priorità e i relativi tempi massimi d'attesa, oltre alle indicazioni organizzative previste (es. informazioni circa il pre-ricovero).



**Direzione Medica di Presidio Unico**  
**Gestione Attività Ambulatoriali e ALPI**  
**Direttore Dr Matteo Galletta**

Ciascun utente può richiedere di prendere visione della propria posizione nella lista di attesa per il ricovero facendone opportuna richiesta alla Direzione Sanitaria. Qualora si modifichino le condizioni cliniche dell'utente oppure l'utente intenda rinviare l'intervento, è possibile apportare modifiche all'ordine di priorità, a cura del medico proponente.

## 5.6. Obiettivi triennio 2025/2027

L'offerta complessiva del GOM, in quanto ente a valenza nazionale e centro di riferimento regionale (per talune Unità Operative), si modula in base all'epidemiologia della popolazione afferente, sia regionale che extra regionale, garantendo le prestazioni previste dai Livelli Essenziali di Assistenza nazionali e regionali come previsto dalla normativa vigente di riferimento.

Nell'ambito del processo di budget, il GOM definisce l'offerta complessiva dei volumi di prestazioni ambulatoriali, specifici per branca di attività, programmati al fine di quantificare prime visite, primi esami e controlli, sulla base dei dati storici di attività, delle strategie aziendali e regionali emergenti e delle risorse a disposizione (Umane e strumentali). Per la definizione del fabbisogno è fondamentale la fruibilità dei dati di prescrizione, che possono dare la corretta dimensione qualitativa e quantitativa della domanda in un dato periodo.

A parità delle risorse disponibili, per il triennio 2025/2027 il GOM si impegna a incrementare le prestazioni (ambulatoriali e di ricovero ordinario) come di seguito sintetizzato:

- non inferiori al 5% totale nel triennio di riferimento al confronto della somma di tutte le prestazioni erogate nel triennio precedente (2022/2024). Il confronto si eseguirà sulla sommatoria totale di tutte le prestazioni erogate, al netto delle prestazioni di laboratorio, per i trienni di comparazione;
- pari o superiore al 2% annuo tenuto conto della somma di tutte le prestazioni erogate nell'anno precedente a quello di riferimento. Il confronto si eseguirà sulla sommatoria totale di tutte le prestazioni erogate, al netto delle prestazioni di laboratorio, per gli anni di comparazione.

Ai fini dell'appropriatezza organizzativa e della corretta erogazione sequenziale delle prestazioni nei percorsi di diagnosi e cura dei Pazienti, il GOM sviluppa e attua PDTA condivisi e formalizzati nell'ambito dei Team Multidisciplinari e Multiprofessionali (TMM) ed eroga le prestazioni ivi comprese, quando previsto, anche attraverso il day service. Di tali percorsi viene data adeguata informazione al Paziente e ai suoi familiari, oltre che alle associazioni di volontariato attive al GOM.

Per le prestazioni erogate in regime libero professionale intramoenia è assicurato il rispetto delle disposizioni vigenti, della legge n. 120 del 2007 e s.m. e i. e dei relativi provvedimenti attuativi sia per le attività ambulatoriali che per quelle di ricovero.

Le agende informatizzate di prenotazione di tali prestazioni sono nominali o di équipe e sono disponibili a SovraCUP Regionale.

**Direzione Medica di Presidio Unico**  
**Gestione Attività Ambulatoriali e ALPI**  
**Direttore Dr Matteo Galletta**

L'Azienda implementerà adeguate modalità di rilevazione dell'impegno orario per ciascun professionista dedicato all'attività istituzionale ed all'attività libero professionale, al fine di consentire una corretta tracciabilità di tale impegno in relazione ai diversi setting assistenziali per come richiesto dalla normativa vigente.

## 7. Garanzia dei tempi massimi di attesa

Il tempo massimo d'attesa che può intercorrere dalla data di prenotazione a quella di erogazione è fissato dalla Regione, in attuazione alle indicazioni nazionali, in base a valori standard di riferimento.

Si è in una condizione di diritto di garanzia:

- quando l'utente accetta una disponibilità proposta entro i tempi massimi d'attesa all'interno dell'offerta della propria Azienda (ovvero Azienda "hub" per le prestazioni erogate dai presidi di 2° livello);
- in tutti i casi di assenza di offerta nei tempi massimi di attesa previsti (indipendentemente dalla scelta dell'utente).

## 8. Strumenti a tutela del rispetto dei tempi di attesa

Come previsto dal PRGLA 2019-2021, la garanzia del rispetto dei tempi massimi di erogazione di una determinata prestazione è calcolata in automatico dal sistema, al momento della prenotazione, in funzione dell'offerta che l'azienda di residenza/domicilio garantisce ai propri assistiti.

Al momento della prenotazione, sulla base della priorità indicata dal Prescrittore, il sistema propone la prima data disponibile. Qualora il cittadino rifiuti la data proposta, esce dal diritto di garanzia. Questa scelta dell'utente viene registrata dal sistema, permettendo di distinguere le prestazioni che non trovano una disponibilità oggettiva entro i tempi massimi previsti da quelle che escono dal limite per scelta discrezionale dell'utente. Il tempo di attesa (sia quello proposto dal sistema con la prima data disponibile, sia quello scelto dall'utente) viene calcolato a partire dalla data del contatto (telefonico o allo sportello) e registrato dal sistema.

Nel caso in cui la prestazione di primo accesso non sia garantita nei tempi massimi previsti, la Direzione Medica di Presidio prevede i seguenti percorsi al fine di garantire l'erogazione delle prestazioni nei tempi stabiliti mediante:

- a. ricerca di ulteriori spazi disponibili nell'ambito aziendale;
- b. eventuale aumento della disponibilità, anche temporanea, dell'offerta.

L'utente che non ha trovato in prima battuta il posto in regime di garanzia viene quindi ricontattato e gli viene proposta la prima disponibilità trovata, se migliorativa.



**Direzione Medica di Presidio Unico  
Gestione Attività Ambulatoriali e ALPI  
Direttore Dr Matteo Galletta**

Qualora il sistema non riesca comunque a soddisfare, in regime istituzionale, le richieste di prenotazione nei tempi previsti, al fine della rimodulazione dell'offerta e nella logica del contenimento degli oneri a carico del bilancio aziendale, sono previsti i seguenti interventi da adottare:

- rilevazione ogni 24/48 ore dei posti disponibili e chiamata attiva da parte dell'operatore CUP aziendale finalizzata alla erogazione della prestazione in anticipo rispetto alla data prenotata;
- rimodulazione della distribuzione dell'offerta per criteri di priorità all'interno dell'agenda;
- finalizzazione delle risorse contrattuali di risultato del personale;
- utilizzo di eventuali risorse aggiuntive finanziate a livello aziendale, regionale o statale, finalizzate alla continuità assistenziale;
- eventuale acquisto, concordato con i professionisti, di prestazioni aggiuntive, ai sensi dell'art. 89 del CCNL 23/01/2024 della dirigenza sanitaria del S.S.N e dell'art. 6 co. 1. d) CCNL 21/05/2018 del comparto sanità, nel rispetto del vincolo del tetto di spesa del personale.

Tali percorsi alternativi sono finalizzati esclusivamente a garantire l'erogazione delle prestazioni nei tempi prefissati e non prevedono pertanto la libera scelta dell'erogatore da parte dell'utente.

L'attivazione delle prestazioni aggiuntive spetta alla Direzione Sanitaria e necessita dell'autorizzazione della Direzione Regionale per l'utilizzo delle prestazioni aggiuntive attraverso il cosiddetto Fondo Balduzzi e attraverso il succitato art. 89 del CCNL 23/01/2024 per la dirigenza e dell'art. 6 co. 1. d) CCNL 21/05/2018 per il comparto.

Per il triennio 2025/2027, sono previste, altresì, prestazioni aggiuntive definite dal DECRETO-LEGGE 7 giugno 2024, n. 73 e dal DCA n. 345 del 07/11/2024 cui il GOM si attiverà per lo snellimento delle liste di attesa ritenute particolarmente critiche.

Tali attività saranno svolte all'interno delle strutture aziendali e sempre al di fuori dell'orario di lavoro istituzionale. In tale ambito dovrà essere utilizzato il ricettario SSN per la richiesta degli ulteriori accertamenti.

Inoltre, ai sensi dell'art. 3 co. 10 del DECRETO-LEGGE 7 giugno 2024, n. 73 - Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie, nell'eventualità che i tempi previsti dalle classi di priorità individuate nel Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa (per il triennio 2019-2021) non possano essere rispettati, la Direzione Generale aziendale garantisce l'erogazione delle prestazioni richieste, nei limiti delle risorse di cui all'articolo 1, commi 232 e 233, della legge 30 dicembre 2023 n. 213, e di quanto previsto dall'art. 3 co. 10 bis del DECRETO-LEGGE 7 giugno 2024, n. 73, attraverso l'utilizzo dell'attività libero-professionale intramuraria, delle prestazioni (aggiuntive) del sistema privato accreditato, sulla base della tariffa nazionale vigente.



Direzione Medica di Presidio Unico  
Gestione Attività Ambulatoriali e ALPI  
Direttore Dr Matteo Galletta

## 9. Strumenti di governo delle liste di attesa

### 9.1. Utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini

L'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini è utilizzato con la massima efficienza, in relazione alle risorse disponibili, con l'obiettivo di tendere, anche mediante l'utilizzo di risorse aggiuntive, ad uno standard di riferimento pari ad almeno l'80% della capacità produttiva.

A tale scopo il GOM realizza un piano dettagliato che consente di adeguare le risorse tecnologiche al personale, tenendo conto dei tempi di fermo macchina per guasto/manutenzione, nonché dell'esigenza di sostituzione delle apparecchiature obsolete.

### 9.2. Modello gestionale per garantire l'incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri, l'incremento delle sedute operatorie, i processi di deospedalizzazione

Nella gestione delle liste di attesa dei ricoveri in elezione (sia medici che chirurgici) l'Istituto si avvale dell'uso sistematico delle classi di priorità, definite e riportate al paragrafo 5.5.

Su tale base si regola e controlla l'accesso al ricovero e sono stabiliti gli ambiti di responsabilità per la garanzia della pianificazione dei ricoveri e la composizione delle liste di attesa nel rispetto dei criteri di accessibilità, equità e trasparenza. I Registri di Prenotazione dei Ricoveri sono informatizzati come previsto dal Piano Nazionale per il Contenimento dei Tempi di Attesa (Intesa Stato-Regioni del 28/03/2006) che ha reso obbligatorio il loro utilizzo nel formato e con le modalità previste dal Mattone "Tempi di Attesa".

Relativamente alla garanzia di trasparenza ed equità di accesso, l'Istituto svolge controlli ad hoc sulle attività, presidiando il sistema informatizzato di gestione dell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato, al fine di:

- mantenere la gestione totalmente informatizzata delle agende di prenotazione;
- presidiare la definizione dei criteri di priorità per l'accesso secondo modalità coerenti rispetto alle indicazioni regionali.

La Direzione Medica di Presidio, in sinergia con la Direzione Sanitaria Aziendale, agisce direttamente su dinamiche particolarmente critiche sia dei processi intraospedalieri (che determinano la durata della degenza media) sia dei processi di deospedalizzazione laddove questi richiedano interventi di facilitazione (in accordo con il DM 70/2015). Attualmente le degenze medie dei pazienti ricoverati nel nostro Istituto sono generalmente brevi. Le eventuali problematiche di durata della degenza sono analizzate e vengono ricercate le soluzioni del caso (funzionamento dei servizi diagnostici e di supporto, ecc...). Per quanto riguarda i rapporti con l'assistenza primaria, va specificato come il territorio di afferenza degli Utenti del GOM sia quanto mai differenziato e riguardi in buona parte il territorio extraregionale. Per quanto riguarda il territorio regionale, dovranno essere valutati accordi specifici con i distretti e la medicina generale, attraverso le rispettive aziende sanitarie regionali.

**Direzione Medica di Presidio Unico**  
**Gestione Attività Ambulatoriali e ALPI**  
**Direttore Dr Matteo Galletta**

### 9.3. Libera professione intramoenia

Nel caso si verificano squilibri tra le liste di attesa per attività istituzionale e quelle per attività libero professionale intramuraria, fatti salvi i casi in cui le attese massime siano rispettate, il GOM opera in modo da ripristinare i parametri di equilibrio fra le medesime con riferimento specifico a ciascuna singola tipologia di prestazione e per ciascuna singola unità operativa, questo al fine di scongiurare la messa in campo degli interventi di sospensione dell'attività intramoenia previsti dalle norme.

A questo fine la valutazione preventiva delle agende e la preventiva interlocuzione con i professionisti ai fini della programmazione condivisa dei volumi di attività istituzionale e di attività libero professionale intramuraria, rappresentano il primo strumento per evitare, a priori, il configurarsi di squilibri e situazioni di significativa differenza fra le liste di attesa istituzionali e libero-professionali. In tal senso concorre la direzione aziendale e il RULA. Resta ferma la necessità di controllare la presenza di comportamenti opportunistici o illegittimi, anche relativamente al rapporto fra attività libero professionale ambulatoriale e accesso ai ricoveri programmati che deve essere verificata da parte del responsabile della libera professione.

Il GOM disciplina i percorsi ed i meccanismi che assicurano la coerenza fra i tempi massimi di attesa e il diritto all'esercizio dell'attività libero professionale. Nel rispetto della Legge 120/2007 art. 1 comma 5 e del D. L. n. 73/2024, il GOM definisce e monitora:

- i volumi di attività istituzionale e di attività libero professionale intramoenia per singola struttura ed eventuale rimodulazione della loro proporzione;
- l'impegno orario di ciascun professionista rispetto all'attività istituzionale e a quella in libera professione intramoenia, tenuto conto del tempo necessario, la gestione amministrativa necessaria per la programmazione e condivisione del percorso di cura e trattamento del paziente, tipica dell'attività istituzionale, nonché dell'arruolamento negli studi clinici;
- la modalità di gestione delle agende di prenotazione e i relativi tempi di attesa;
- le prestazioni per le quali non è prevista la libera professione;
- le azioni previste in caso di superamento dei tempi di attesa e dei volumi di erogazione (che non possono superare quelli in SSR).

## 10. Monitoraggio delle prestazioni

Il monitoraggio periodico dell'aderenza a quanto previsto dal PRGLA 2025-2027 in tema di tempi di attesa ha lo scopo di identificare tempestivamente le criticità e permettere quindi la messa in atto di strategie di adeguamento e miglioramento complessivo del sistema.

Il GOM provvede alla produzione ed al conferimento dei flussi informativi, nei tempi e modalità previsti dall'allegato B al Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa PNGLA 2025-2027, sia relativamente alle



**Direzione Medica di Presidio Unico**  
**Gestione Attività Ambulatoriali e ALPI**  
**Direttore Dr Matteo Galletta**

prestazioni di specialistica ambulatoriale, sia alle prestazioni di ricovero programmato ed altre prestazioni che dovessero assumere livelli elevati di criticità.

Le tipologie di monitoraggio garantite dal RULA del GOM, sono:

- Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in Attività Libero Professionale Intramuraria (ALPI);
- Monitoraggio delle prescrizioni e dell'appropriatezza prescrittiva;
- Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende (attività pubblica, privata e libera professione) nel sistema ReCUP.

Le tipologie di monitoraggio che dovranno essere garantite dal RULA per quanto riguarda i ricoveri programmati sono:

- Monitoraggio ex ante delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale;
- Monitoraggio ex ante delle attività di ricovero erogate in regime libero professionale (attualmente non erogate);
- Monitoraggio ex post delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale;
- Monitoraggio ex post delle attività di ricovero erogate in regime libero professionale (attualmente non erogate).

Relativamente ai ricoveri programmati, si attende l'attivazione del sistema integrato di prenotazione dei ricoveri e di gestione delle sale operatorie regionale per garantire il monitoraggio ex ante e la completezza del monitoraggio ex post.

L'attività di monitoraggio dovrà comprendere tutti gli aspetti oggetto del presente piano, congruità dei tempi di programmazione, rapporto fra attività istituzionale e libero professionale, e quanto utile al governo dell'equo e tempestivo accesso alle prestazioni e al miglior utilizzo delle risorse. Il monitoraggio dovrà avvenire a cadenza mensile. Le prestazioni oggetto di monitoraggio sono quelle individuate dal PRGLA 2025-2027, eventualmente integrate da altre considerate critiche e stabilite dalla Direzione Medica di Presidio.

Rispetto al monitoraggio dei PDTA formalizzati dal GOM, coerentemente con quanto previsto dal PNGLA 2010-2012 che include le Linee Guida per il Monitoraggio dei percorsi diagnostico terapeutici complessi, le quali definiscono il PDTA come "sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni ambulatoriali e/o di ricovero", la verifica delle tempistiche sarà articolata non per criteri di priorità delle singole prestazioni ma per fasi, così come previsto dalle suddette Linee Guida. Il dato di maggior rilievo è la tendenza generale del percorso complesso costruito sulla base delle evidenze scientifiche, al fine di



**Direzione Medica di Presidio Unico**  
**Gestione Attività Ambulatoriali e ALPI**  
**Direttore Dr Matteo Galletta**

evidenziare criticità di sistema e orientare la eventuale riprogettazione dell'offerta nell'ottica di ottimizzare risorse e tempi.

Parallelamente, il GOM mette in atto una serie di misure di controllo sul lato della domanda, strutturando i seguenti monitoraggi periodici:

- verifica della correttezza e appropriatezza delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale (priorità, quesito diagnostico, tipologia di accesso) e condivisione dei dati di monitoraggio con i prescrittori allo scopo di aumentare la consapevolezza e sensibilità rispetto all'accesso appropriato alle prestazioni;
- verifica, da parte dello specialista che eroga la prestazione, della appropriatezza delle prescrizioni attraverso la valutazione della coerenza del codice di priorità definito dal prescrittore. Si precisa che la valutazione da parte dello specialista deve avvenire prima di effettuare la visita, al fine di porsi nelle medesime condizioni del prescrittore.

## 11. Comunicazione e partecipazione

Gli aspetti comunicativi legati a processi che prevedono il coinvolgimento, a vario titolo, di diversi attori, rivestono particolare importanza non solo in termini di "rendicontazione", ma anche e soprattutto di coinvolgimento e aumento della consapevolezza rispetto al proprio e altrui ruolo nel disegno complessivo.

Sul tema della comunicazione, il GOM si attiva pertanto su due fronti: quello interno costituito dai propri specialisti e quello esterno formato da MMG, PLS, altri medici specialisti ambulatoriali, medici ospedalieri di altre aziende, utenti, associazioni di volontariato.

Verso questo ultimo gruppo di stakeholders, la Direzione Medica di Presidio URP e l'Ufficio Comunicazione predispongono adeguata informativa da diffondere sia in forma cartacea che attraverso gli strumenti web, primo fra tutti il sito aziendale, contenente:

- l'elenco delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero erogate dall'Istituto;
- le modalità di accesso alle prestazioni;
- la procedura per la disdetta di appuntamenti;
- i percorsi previsti a garanzia dei tempi massimi d'attesa;
- le responsabilità degli utenti, comprese le sanzioni previste;
- i volumi e rapporti tra prestazioni istituzionali e in libera professione intramoenia;
- il percorso per la segnalazione di suggerimenti, reclami, elogi;
- il link per la prenotazione nel sistema CUP Regionale.



**Direzione Medica di Presidio Unico**  
**Gestione Attività Ambulatoriali e ALPI**  
**Direttore Dr Matteo Galletta**

Il coinvolgimento dei prescrittori avviene parallelamente sul fronte interno, ossia con i propri medici specialisti e su quello esterno verso i medici di assistenza primaria e PLS, tenendo conto degli ambiti di provenienza dell'utenza. In entrambi gli ambiti la finalità è duplice; da un lato la sensibilizzazione alla corretta applicazione del presente Piano con particolare riguardo alla compilazione della prescrizione e all'utilizzo dei criteri di priorità, dall'altro la collaborazione per l'individuazione degli strumenti più adeguati al fine del miglioramento complessivo del sistema.

## 12. Percorsi di tutela

Per le prestazioni di primo accesso non garantite nei tempi massimi previsti per ogni codice di priorità, il GOM potrà attivare percorsi di tutela per soddisfare la richiesta del cittadino, ovvero percorsi che, coinvolgendo gli erogatori pubblici e privati accreditati permettano di offrire ai cittadini la prestazione di primo accesso nei tempi previsti. A tal fine possono essere sviluppate:

- committenze specifiche su prestazioni critiche al privato accreditato prevedendo margini di flessibilità, oppure ai professionisti che operano presso le strutture pubbliche. I percorsi di tutela non devono rispettare necessariamente i limiti degli ambiti di garanzia;
- utilizzo di fondi ex D. L. n. 158/2012 per prestazioni cd. aggiuntive;
- overbooking di prenotazione nelle agende (i RULA devono informare e concordare le casistiche con le equipe interessate);
- attivazione di ambulatori di telemedicina nei casi pertinenti, o per la prestazione completa, di televisita;
- aumento dell'offerta aziendale delle prestazioni;

L'attivazione di percorsi di tutela deve rappresentare una eccezione e, come tale, avvalersi della messa in campo di risorse straordinarie e temporanee. Le criticità permanenti devono essere affrontate con riprogrammazioni permanenti. Nell'ambito delle attività di presa in carico dei pazienti per i quali è necessaria la loro attivazione, i percorsi di tutela devono essere gestiti dall'Azienda Sanitaria di residenza cui compete la tutela del diritto del cittadino ad avere la prestazione nei tempi massimi senza che la ricerca di soluzioni alternative debba ricadere su di lui.

Le indicazioni nazionali di prossima emanazione, come riportato nel PRGLA 2025/2027, escluderanno il rimborso a posteriori del costo sostenuto dal cittadino, per superamento dei tempi nell'ambito dei percorsi di tutela.

## 13. Responsabilità dell'utente

La mancata presentazione o la disdetta intempestiva di una prestazione prenotata causano un danno rilevante alla collettività e in particolare a quegli utenti che sono in attesa di una prestazione sanitaria.

L'utente è tenuto ad arrivare all'orario di prenotazione. In caso di impossibilità a presentarsi ha l'obbligo di dare la disdetta della prenotazione almeno 48 ore prima della data prevista. Qualora un utente non si



**Direzione Medica di Presidio Unico**  
**Gestione Attività Ambulatoriali e ALPI**  
**Direttore Dr Matteo Galletta**

presenti all'appuntamento ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata sarà tenuto, anche se in possesso di esenzione, al pagamento di una sanzione determinata con Decreto dalla Regione Calabria, fatte salve documentate situazioni eccezionali. Di tale sanzione all'utente deve essere data opportuna informazione in occasione della prenotazione. (D. Lgs. 124/1998 art. 3 c.14-15; DECRETO-LEGGE 7 giugno 2024, n. 73).

Il mancato ritiro del referto da parte dell'utente entro i trenta giorni, decorrenti dalla data comunicata per il ritiro, comporta il pagamento, a titolo di sanzione, pari all'intero costo della prestazione eseguita (L. 412/1991 art 4 c. 18).

L'Azienda ha il compito di effettuare i controlli relativi alle mancate disdette e al mancato ritiro dei referti al fine di procedere, su autorizzazione della Direzione Amministrativa, ad eventuale recupero del credito o all'archiviazione del caso.

Allo scopo di ridurre le mancate presentazioni agli appuntamenti, il GOM provvede ad attivare strumenti atti a ricordare all'utente l'appuntamento prenotato (promemoria di prenotazione cartaceo, SMS, chiamata telefonica, e-mail, altro).

Allegati

Allegato 1. Elenco prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio

**Direzione Medica di Presidio Unico**  
**Gestione Attività Ambulatoriali e ALPI**  
**Direttore Dr Matteo Galletta**

## **Allegato 1 Elenco prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio**

Le prestazioni erogate presso il GOM sono quelle tipiche di un HUB di II livello per acuzie con, inoltre, alcune specifiche specialistiche.

Con particolare riferimento al DCA n. 42 del 27/02/2026, le prestazioni monitorate sono:

- 71 prestazioni ambulatoriali (14 visite specialistiche e 57 prestazioni strumentali)

### **A. PRESTAZIONI AMBULATORIALI**

Ai fini del monitoraggio dei tempi d’attesa delle prestazioni ambulatoriali sono prese in considerazione esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche-terapeutiche, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto. Ad oggi la situazione relativa alle priorità e alle prestazioni oggetto del monitoraggio nazionale è rappresentata nella tabella seguente (dati complessivi regionali a titolo esemplificativo). I dati sono espressi in Indice di Performance, cioè la percentuale di prestazioni erogate entro i tempi massimi sul totale delle prestazioni erogate, per priorità. Non per tutte le prestazioni sono previste tutte le priorità.

<b>PRIME VISITE</b>	<b>Indicatori di performance</b>			
	<b>U</b>	<b>B</b>	<b>D</b>	<b>P</b>
<b>VISITA NEUROLOGICA</b>	100	100	90,32	100
<b>VISITA GINECOLOGICA</b>	100	100	53,33	46,54
<b>VISITA CARDIOLOGICA</b>	100	100	75	75
<b>VISITA CHIRURGIA VASCOLARE</b>	100	96,55	22,73	85,51
<b>VISITA DERMATOLOGICA</b>	100	91,38	77,78	91,98
<b>VISITA ENDOCRINOLOGICA</b>	100	95,83	100	100
<b>VISITA FISIATRICA</b>	100	90	100	100
<b>VISITA GASTROENTEROLOGICA</b>	100	85,54	65,06	97,89
<b>VISITA ONCOLOGICA</b>	100	60	100	100
<b>VISITA ORTOPEDICA</b>	100	88,37	57,14	69,96
<b>VISITA OTORINOLARINGOIATRICA</b>	100	93,86	77,33	97,88
<b>VISITA PNEUMOLOGICA</b>	100	84,15	74,14	96,36
<b>VISITA UROLOGICA</b>	100	81,58	33,33	73,79
<b>VISITA OCULISTICA COMPLESSIVA</b>	100	94,74	100	74,41

**Direzione Medica di Presidio Unico**  
**Gestione Attività Ambulatoriali e ALPI**  
**Direttore Dr Matteo Galletta**

<b>PRIME VISITE</b>	<b>Indicatori di performance</b>			
<b>PRESTAZIONE</b>	<b>U</b>	<b>B</b>	<b>D</b>	<b>P</b>
<b>ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]</b>	100	88,89	100	51,18
<b>ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA</b>	0	100	100	53,85
<b>COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE</b>	100	88,24	98,65	57,87
<b>SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE</b>	0	0	0	100
<b>POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL'INTESTINO CRASSO</b>	0	0	0	60
<b>MAMMOGRAFIA BILATERALE</b>	100	100	95,65	43,93
<b>MAMMOGRAFIA MONOLATERALE</b>	0	100	0	0
<b>TAC DEL TORACE, SENZA E CON MDC</b>	100	95	100	72,86
<b>TAC DELL' ADDOME SUPERIORE</b>	0	0	0	100
<b>TAC DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC</b>	100	0	0	50
<b>TAC DELL' ADDOME INFERIORE</b>	0	100	0	0
<b>TAC DELL' ADDOME INFERIORE, SENZA E CON MDC</b>	100	100	100	80
<b>TAC DELL' ADDOME COMPLETO</b>	100	100	100	77,78
<b>TAC DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON MDC</b>	100	90	100	72,06
<b>TAC COLONNA CERVICALE</b>	0	0	100	100
<b>TAC COLONNA DORSALE</b>	0	0	100	100
<b>TAC COLONNA LOMBO SACRALE</b>	0	0	100	0

**Direzione Medica di Presidio Unico**  
**Gestione Attività Ambulatoriali e ALPI**  
**Direttore Dr Matteo Galletta**

<b>PRIME VISITE</b>	<b>Indicatori di performance</b>			
<b>PRESTAZIONE</b>	<b>U</b>	<b>B</b>	<b>D</b>	<b>P</b>
TAC RACHIDE CERVICALE SENZA E CON MDC	0	100	0	50
TAC RACHIDE DORSALE SENZA E CON MDC	100	0	100	80
TAC RACHIDE LOMBARE SENZA E CON MDC	0	100	100	70
TAC DEL BACINO	0	0	0	50
TAC DEL CAPO, SENZA E CON MDC	0	100	100	33,33
TAC DEL CAPO	100	100	100	60
TAC DEL CRANIO (CAPO)	100	100	0	63,64
TAC ENCEFALO	100	100	100	62,5
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO	100	87,5	97,67	68,03
ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA. A RIPOSO O DOPO PROVA FISICA O FARMACOLOGICA.	100	96,88	88,57	65,16
ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA BILATERALE.	100	100	88,46	59,27
ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA MONOLATERALE.	100	0	0	100
ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. A RIPOSO O DOPO PROVA FISICA O FARMACOLOGICA.	100	100	98,21	69,45
ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE	100	100	90,91	64,71
ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE	100	100	100	76
ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	100	93,44	98,7	55,83
ECOCOLORDOPPLERGRAFIA ARTI INFERIORI ARTERIOSO. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica.	0	0	100	75

Direzione Medica di Presidio Unico  
Gestione Attività Ambulatoriali e ALPI  
Direttore Dr Matteo Galletta

PRIME VISITE	Indicatori di performance			
PRESTAZIONE	U	B	D	P
ECOCOLORDOPPLERGRAFIA ARTI INFERIORI VENOSO. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica.	100	0	100	50
ECOGRAFIA GINECOLOGICA CON SONDA TRANSVAGINALE	0	100	60	90,63
ECOGRAFIA MORFOLOGICA	0	66,67	0	92,31
ECOGRAFIA OSTETRICA CON SONDA TRANSVAGINALE	0	100	0	0
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO	100	75	75	78,57
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON MDC	100	73,68	81,82	44,12
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON MDC	0	0	0	100
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA	0	66,67	100	60
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO	100	75	100	40
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON MDC	100	75	100	42,86
SPIROMETRIA SEMPLICE	100	70,59	100	94,12
SPIROMETRIA GLOBALE	100	60	64,71	95,59
TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE	100	100	85,19	33,06
TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO	100	100	94,12	51,61
ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO	0	0	100	94,44
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO	100	50	100	97,37
ELETTROCARDIOGRAMMA	100	100	100	100

**Direzione Medica di Presidio Unico**  
**Gestione Attività Ambulatoriali e ALPI**  
**Direttore Dr Matteo Galletta**

<b>PRIME VISITE</b>	<b>Indicatori di performance</b>			
<b>PRESTAZIONE</b>	<b>U</b>	<b>B</b>	<b>D</b>	<b>P</b>
<b>ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. ANALISI QUALITATIVA FINO A 6 MUSCOLI.</b>	100	87,5	54,55	76,45
<b>ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE FINO A 4 MUSCOLI. ANALISI QUALITATIVA.</b>	100	86,67	33,33	76,95
<b>ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. ANALISI QUALITATIVA. FINO A 4 MUSCOLI</b>	0	0	0	66,67
<b>FOTOGRAFIA DEL FUNDUS</b>	0	0	100	91,67
<b>ESAME AUDIOMETRICO TONALE</b>	100	90,2	94,2	100