

REGIONE DEL VENETO



ULSS7  
PEDEMONTANA

Via dei Lotti, n. 40  
36061 Bassano del Grappa (VI)  
Codice fiscale e partita IVA 00913430245

N. 695 DEL 17/04/2026

DELIBERAZIONE  
del

## ***DIRETTORE GENERALE***

Nominato con D.P.G.R. n. 21 del 28/02/2026

Coadiuvato dai sigg.:

DIRETTORE AMMINISTRATIVO dott.ssa LAURA ESPOSITO

DIRETTORE SANITARIO dr. ANTONIO DI CAPRIO

DIRETTORE DEI SERVIZI SOCIO – SANITARI dott.ssa PAOLA VESCOVI

OGGETTO: AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' LIBERO  
PROFESSIONALE INTRAMOENIA IN REGIME AMBULATORIALE: DR. PIERO ZANUTTO

IL DIRETTORE GENERALE  
DELL'AZIENDA ULSS 7 PEDEMONTANA  
dott. Giovanni Carretta

*Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D. Lgs n. 82/2005, del T.U. n. 445/2000 e norme collegate, il quale  
sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa; il documento informatico è conservato digitalmente negli archivi  
informatici dell'Azienda.*

Proponente: UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA DI OSPEDALE  
Anno Proposta: 2026 Numero Proposta: 701/26

*Il Direttore dell'UOC Direzione Amministrativa di Ospedale, nonché Responsabile del procedimento, attesta che la presente proposta di deliberazione è stata regolarmente istruita nel rispetto della vigente normativa nazionale, regionale e regolamentare: f.to Michela Piccinini.*

Il Direttore dell'UOC Direzione Amministrativa di Ospedale riferisce quanto segue.

Premesso che con nota prot. n. 33885 del 10/04/2026 il dr. Piero Zanutto, Dirigente Medico a rapporto esclusivo dell'UOC Radiologia del Presidio Ospedaliero di Santorso, ha chiesto l'autorizzazione a svolgere le seguenti prestazioni in regime di libera professione ambulatoriale:

<b>Prestazione</b>	<b>Tariffa</b>
Es. clinico - strumentale delle mammelle	120,00 €
Eco bilaterale mammelle	70,00 €
Agoaspirato mammella dx ecoguidato	100,00 €
Agoaspirato mammella sx ecoguidato	100,00 €
Biopsia ecoguidata della mammella dx con TRU-CUT	120,00 €
Biopsia ecoguidata della mammella sx con TRU-CUT	120,00 €
RM mammaria bilaterale senza e con MDC	260,00 €
RM mammella bilaterale	200,00 €
RM del rachide cervicale	180,00 €
RM del rachide dorsale	180,00 €
RM del rachide lombosacrale	180,00 €
RM del rachide cervicale senza e con MDC	405,00 €
RM del rachide dorsale senza e con MDC	290,00 €
RM del rachide lombo sacrale senza e con MDC	290,00 €
RM spalla dx	180,00 €
RM spalla sx	180,00 €
RM braccio dx	180,00 €
RM braccio sx	180,00 €
RM gomito dx	180,00 €
RM gomito sx	180,00 €
RM bacino	180,00 €
RM anca dx	180,00 €
RM anca sx	180,00 €
RM ginocchio dx	180,00 €
RM ginocchio sx	180,00 €
RM addome superiore	200,00 €
RM addome superiore senza e con MDC	370,00 €
RM addome inferiore	200,00 €
RM addome inferiore senza e con mDC	370,00 €
RM prostata	370,00 €
RM retto senza e con MDC	370,00 €
Colangio Wirsung RM	180,00 €

Considerato che in merito a tale richiesta, acquisita agli atti, hanno espresso parere favorevole il Direttore dell'UOC Radiologia del Presidio Ospedaliero di Santorso, il Direttore dell'UOC Direzione Amministrativa di Ospedale e il Direttore Medico del Presidio Ospedaliero di Santorso per gli ambiti di competenza.

Vista la congruità delle prestazioni ambulatoriali richieste, dei relativi codici e tariffe in rapporto al Catalogo Veneto Prescrivibile, nonché la congruità delle tariffe in rapporto agli artt. 9 e 24 del

Regolamento Aziendale della Libera professione vigente.

Accertato che le prestazioni richieste sono le stesse garantite in regime istituzionale e con le stesse modalità di esecuzione.

Ritenuto di provvedere alla conservazione degli atti presso l'ufficio competente della Direzione Amministrativa di Ospedale, nonché alle successive autorizzazioni relative a variazioni di tariffe, sedi, giorni e orari e/o integrazioni di prestazioni ambulatoriali firmate rispettivamente dal Medico richiedente, dal Direttore di Unità Operativa, dal Direttore della UOC Direzione Amministrativa di Ospedale, dal Direttore di Articolazione Aziendale di competenza, senza che intervenga ulteriore provvedimento formale. Gli aggiornamenti connessi alle variazioni in parola saranno pubblicati nel sito aziendale, al seguente link: <https://www.aulss7.veneto.it/Prenotare> (sezione Libera Professione - Elenco medici e tariffario), con i dettagli utili per la consultazione da parte dei cittadini.

Richiamate le disposizioni regolanti la materia, e in particolare:

- D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato ed integrato da ultimo dal D.lgs. 19 giugno 1999, n. 229 e successive modifiche;
- L. 23 dicembre 1999, n. 488;
- D.lgs. 2 marzo 2000, n. 49;
- D.P.C.M. 27 marzo 2000;
- D.lgs. 28 luglio 2000, n. 254;
- Circolare Regionale 10 maggio 2001, n. 5, recante le linee guida relative alla disciplina per l'attività libero-professionale intramoenia, integrata dalla D.G.R.V. 11 febbraio 2005, n. 360;
- L. 3 agosto 2007, n. 120 e successive modifiche;
- Circolare Regionale 9 aprile 2018, n. 131384, avente ad oggetto "Attività libero professionale. Ricognizione della disciplina regionale e precisazioni";
- Regolamento Aziendale della libera professione intramoenia, approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 1037 del 29/08/2018 (come da ultimo modificato con deliberazione del Direttore Generale n. 839 del 19/05/2023);
- C.C.N.L. – Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro dell'Area Sanità Triennio 2022 - 2024, sottoscritto il 27 febbraio 2026.

Per quanto sopra, il Direttore dell'UOC Direzione Amministrativa di Ospedale propone, pertanto, di autorizzare il dr. Piero Zanutto, Dirigente Medico a rapporto esclusivo dell'UOC Radiologia del Presidio Ospedaliero di Santorso, a svolgere attività libero professionale intramoenia in regime ambulatoriale, come specificato nella richiesta prot. n. 33885 del 10/04/2026.

#### IL DIRETTORE GENERALE

Vista la relazione e la proposta del Responsabile del procedimento;

Dato atto che il Responsabile dell'UOC competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale, regionale e regolamentare;

Acquisito il parere favorevole dei Direttori Amministrativo, Sanitario e dei Servizi Socio Sanitari, per quanto di rispettiva competenza.

#### DELIBERA

1. di autorizzare il dr. Piero Zanutto, Dirigente Medico a rapporto esclusivo dell'UOC Radiologia del Presidio Ospedaliero di Santorso, a svolgere attività libero professionale intramoenia in regime ambulatoriale, come specificato nella richiesta prot. n. 33885 del 10/04/2026, il cui testo costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

2. di conservare, presso gli uffici competenti della Direzione Amministrativa di Ospedale, la richiesta di autorizzazione summenzionata nonché le future autorizzazioni relative a variazioni di tariffe, sedi, giorni e orari e/o integrazioni di prestazioni ambulatoriali, firmate rispettivamente dal Medico richiedente, dal Direttore di Unità Operativa, dal Direttore della UOC Direzione Amministrativa di Ospedale, dal Direttore di Articolazione Aziendale di competenza e concesse senza che intervenga ulteriore provvedimento formale;
3. di dare atto che la presente deliberazione viene pubblicata all'albo del sito istituzionale dell'Azienda per 10 gg. continuativi, inviata contestualmente al Collegio Sindacale, e diventa esecutiva il giorno stesso della sua pubblicazione, come da norma regolamentare approvata con deliberazione n. 1386 del 22/07/2022.

REGIONE DEL VENETO		AL DIRETTORE GENERALE	
		e. p.c. AL DIRETTORE SANITARIO	
tramite il		tramite: IL DIRETTORE DELL'UNITA' OPERATIVA	
		IL DIRETTORE UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA di OSPEDALE	
		IL DIRETTORE DI ARTICOLAZIONE AZIENDALE	

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA LIBERA PROFESSIONE AMBULATORIALE**

Il sottoscritto	ZANUTTO PIERO
specialista in	RADIOLOGICA
in servizio presso	OSPEDALE DI SANTORSO

Chiede di essere autorizzato a svolgere, in forma individuale/d'equipe al di fuori dell'orario di servizio, attività libero professionale in regime ambulatoriale nella disciplina di RADIOLOGICA.

A tal fine dichiara di voler effettuare le seguenti prestazioni, eseguite anche in regime istituzionale, con gli stessi livelli qualitativi e con le stesse modalità di esecuzione:

Codice	Prestazione	Tipologia di costi*	durata minuti SSN	Tariffa SSN*	durata minuti LP	Tariffa LP	Personale di supporto
87.36	ESAME CLINICO-STRUMENTALE DELLE MAMMELLE. Escluso polifascio: visita senologica, ecografia mammaria e mammografia bilaterale	[A4.b]	20	€. 94,95	20	€. 120	SI [ X ] NO [ ] tecnico
88.73.1_2	ECO BILATERALE MAMMELLA	[ A3 ]	20	€. 46,45	20	€. 70	SI [ ] NO [ X ]
85.11.1_2	AGOASPIRATO MAMMELLA DX ECOGUIDATO	[A4.b]	20	€. 77,3	20	€. 100	SI [ X ] NO [ ] infermiere
85.11.1_3	AGOASPIRATO MAMMELLA SX ECOGUIDATO	[A4.b]	20	€. 77,3	20	€. 100	SI [ X ] NO [ ] infermiere

(\*) a cura della Direzione Amministrativa di Ospedale

Ripartizione della tariffa:

- A1: Visita senza personale di supporto (copertura dei costi aziendali pari al 10% dell'onorario).
- A2.b: Visita con personale di supporto (copertura dei costi aziendali pari al 10% dell'onorario).
- A3: Prestaz. Strumentale senza personale di supporto (copertura dei costi aziendali pari al 15% dell'onorario).
- A4.b: Prestaz. Strumentale con personale di supporto (copertura dei costi aziendali pari al 16% dell'onorario).
- A5: Prestaz. Strumentale ad alto costo senza personale di supporto (con quota di costi fissi).
- A6.A: Prestaz. Strumentale ad alto costo con personale di supporto (con quota di costi fissi).
- A7: Ripartizione prestazioni per la branca 03 (Laboratorio analisi e Anatomia patologica).

<b>Giorni di attività</b>	LUNEDI' dalle 14:00 alle 15:20	SOLO MAMMOGRAFIE ED ECOGRAFIE
	GIOVEDI' dalle 19:00 alle 19:30	SOLO RM
	MERCOLEDI'* dalle 19:00 alle 19:30	SOLO RM
	VENERDI'* dalle 19:00 alle 19:30	SOLO RM

**Sede di erogazione**

Ospedale/Distretto/Dipartimento: SANTORSO

Struttura / Ambulatorio: REPARTO DI RADIOLOGICA

Strumentazione utilizzata: ECOGrafo, MAMMOGrafo, RM

Luogo e data: SANTORSO 24/03/26

IL RICHIEDENTE  
 Regione del Veneto Azienda ULSS n.7  
 P.O. di rete Santorso  
 U.O.C. Radiologia  
 dr. Piero Zanutto  
 VE 07543

**ATTESTAZIONE DI COMPATIBILITA' ORGANIZZATIVA**

Il Direttore dell'Unità Operativa DANIELA CENZI attesta che la richiesta è compatibile con le attività istituzionali del Servizio.

Luogo e data: SANTORSO 24/03/26

Regione del Veneto Azienda ULSS n.7  
 P.O. di rete Santorso  
 U.O.C. Radiologia  
 Direttore dott.ssa Daniela Cenzi  
 VI 05174

**VERIFICA DELLA DIREZIONE AMMINISTRATIVA**

Verifica disciplina, prestazioni, codici, tariffe e tempistica: positiva.

Luogo e data: \_\_\_\_\_

Il Direttore UOC Direzione Amministrativa di Ospedale (dott.ssa Michela Piccinini) **MICHELA PICCININI**  
 09.04.2026  
 14:15:15  
 GMT+02:00

**NULLA OSTA DELLA DIREZIONE DI ARTICOLAZIONE AZIENDALE**

Verifica spazi e orari: positiva.

Il Direttore Medico / Distretto / Dipartimento di Prevenzione concede il nulla-osta all'esercizio della libera professione intra-moenia richiesta.

Luogo e data: \_\_\_\_\_

Il Direttore Medico / Distretto / Dipartimento di Prevenzione **GRATTAROLA MARIO**  
 09.04.2026 18:25:46  
 GMT+02:00

REGIONE DEL VENETO				AL DIRETTORE GENERALE	(All. 1)
				e. p.c. AL DIRETTORE SANITARIO	
			tramite:	IL DIRETTORE DELL'UNITA' OPERATIVA	
				IL DIRETTORE UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA di OSPEDALE	
				IL DIRETTORE DI ARTICOLAZIONE AZIENDALE	

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA LIBERA PROFESSIONE AMBULATORIALE**

Il sottoscritto	ZANUTTO PIERO
specialista in	RADIODIAGNOSTICA
in servizio presso	OSPEDALE DI SANTORSO

Chiede di essere autorizzato a svolgere, in forma individuale/d'equipe al di fuori dell'orario di servizio, attività libero professionale in regime ambulatoriale nella disciplina di RADIODIAGNOSTICA

Codice	Prestazione (secondo Catalogo Veneto Prescrivibile)	Tipologia costi		Tariffa		Tariffa		Personale di supporto
		(riparto)*	SSN*	SSN*	LP	LP		
85.11.6_2	BIOPSIA ECOGUIDATA DELLA MAMMELLA DX CON TRU-CUT	[A4.b]	20	€ 97	20	€ 120	SI [ X ] NO [ ] infermiere	
85.11.6_3	BIOPSIA ECOGUIDATA DELLA MAMMELLA SX CON TRU-CUT	[A4.b]	20	€ 97	20	€ 120	SI [ X ] NO [ ] infermiere	
88.92.9_4	RM MAMMARIA BILATERALE SENZA E CON MDC	[A6.A]	30	€ 253	30	€ 260	SI [ X ] 2 NO [ ] tecnico + infermiere	
88.92.8_4	RM MAMMELLA BILATERALE	[A6.A]	30	€ 173,1	30	€ 200	SI [ X ] NO [ ] tecnico	
88.93.2_2	RM DEL RACHIDE CERVICALE	[A6.A]	30	€ 143,1	30	€ 180	SI [ X ] NO [ ] tecnico	
88.93.3_2	RM DEL RACHIDE DORSALE	[A6.A]	30	€ 143,1	30	€ 180	SI [ X ] NO [ ] tecnico	
88.93.4_2	RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE	[A6.A]	30	€ 143,1	30	€ 180	SI [ X ] NO [ ] tecnico	
88.93.7_2	RM DEL RACHIDE CERVICALE SENZA E CON MDC	[A6.A]	30	€ 399,5	30	€ 405,00	SI [ X ] 2 NO [ ] tecnico + infermiere	
88.93.8_2	RM DEL RACHIDE DORSALE SENZA E CON MDC	[A6.A]	30	€ 281,30	30	€ 290	SI [ X ] 2 NO [ ] tecnico + infermiere	
88.93.9_2	RM DEL RACHIDE LOMBO-SACRALE SENZA E CON MDC	[A6.A]	30	€ 281,30	30	€ 290	SI [ X ] 2 NO [ ] tecnico + infermiere	
88.94.4_2	RM SPALLA DX	[A6.A]	30	€ 143,1	30	€ 180	SI [ X ] NO [ ] tecnico	
88.94.4_3	RM SPALLA SX	[A6.A]	30	€ 143,1	30	€ 180	SI [ X ] NO [ ] tecnico	
88.94.5_2	RM BRACCIO DX	[A6.A]	30	€ 143,1	30	€ 180	SI [ X ] NO [ ] tecnico	
88.94.5_3	RM BRACCIO SX	[A6.A]	30	€ 143,1	30	€ 180	SI [ X ] NO [ ] tecnico	
88.94.6_2	RM GOMITO DX	[A6.A]	30	€ 143,1	30	€ 180	SI [ X ] NO [ ] tecnico	
88.94.6_3	RM GOMITO SX	[A6.A]	30	€ 143,1	30	€ 180	SI [ X ] NO [ ] tecnico	
88.94.A_2	RM BACINO	[A6.A]	30	€ 143,1	30	€ 180	SI [ X ] NO [ ] tecnico	
88.94.B_3	RM ANCA DX	[A6.A]	30	€ 143,1	30	€ 180	SI [ X ] NO [ ] tecnico	
88.94.B_4	RM ANCA SX	[A6.A]	30	€ 143,1	30	€ 180	SI [ X ] NO [ ] tecnico	
88.94.D_2	RM GINOCCHIO DX	[A6.A]	30	€ 143,1	30	€ 180	SI [ X ] NO [ ] tecnico	
88.94.D_3	RM GINOCCHIO SX	[A6.A]	30	€ 143,1	30	€ 180	SI [ X ] NO [ ] tecnico	

(\*) a cura della Direzione Amministrativa di Ospedale

- Ripartizione della tariffa:
- A1: Visita senza personale di supporto (copertura dei costi aziendali pari al 10% dell'onorario).
  - A2.b: Visita con personale di supporto (copertura dei costi aziendali pari al 10% dell'onorario).
  - A3: Prestaz. Strumentale senza personale di supporto (copertura dei costi aziendali pari al 16% dell'onorario).
  - A4.b: Prestaz. Strumentale con personale di supporto (copertura dei costi aziendali pari al 16% dell'onorario).
  - A5: Prestaz. Strumentale ad alto costo senza personale di supporto (con quote di costi fissi).
  - A6.A: Prestaz. Strumentale ad alto costo con personale di supporto (con quote di costi fissi).
  - A7: Ripartizione prestazioni per la branca 03 (Laboratorio analisi e Anatomia patologica).

Luogo e data	SANTORSO 29/3/20	IL RICHIEDENTE (Timbro e firma) Regione del Veneto-Azienda ULSS n.7 P.O. di rete Santorso U.O.C. Radiologia dr. Piero Zanutto VE 07543
--------------	------------------	--



e. p.c.

AL DIRETTORE SANITARIO

tramite:

IL DIRETTORE DELL'UNITA' OPERATIVA

IL DIRETTORE UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA DI OSPEDALE

tramite il

IL DIRETTORE DI ARTICOLAZIONE AZIENDALE

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA LIBERA PROFESSIONE AMBULATORIALE**

Il sottoscritto	ZANUTTO PIERO
specialista in	RADIODIAGNOSTICA
in servizio presso	OSPEDALE DI SANTORSO

Chiede di essere autorizzato a svolgere, in forma individuale/d'equipe al di fuori dell'orario di servizio, attività libero professionale in regime ambulatoriale nella disciplina di RADIODIAGNOSTICA.

Codice (secondo Catalogo Veneto Prescrivibile)	Prestazione	Tipologia costi (riparto)*	durata minuti SSN*	Tariffa	durata minuti LP	Tariffa	Personale di supporto
				SSN*		LP	
88.95.1.2	RM ADDOME SUPERIORE	[A6.A]	30	€ 196,2	30	€ 200	SI [ X ] NO [ ] tecnico
88.95.2.2	RM ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC	[A6.A]	30	€ 360,8	30	€ 370	SI [ X ] 2 NO [ ] tecnico + infermiere
88.95.4.2	RM ADDOME INFERIORE	[A6.A]	30	€ 196,2	30	€ 200	SI [ X ] NO [ ] tecnico
88.95.5.2	RM ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC	[A6.A]	30	€ 360,8	30	€ 370	SI [ X ] 2 NO [ ] tecnico + infermiere
88.95.5.3	RM PROSTATA SENZA E CON MDC	[A6.A]	30	€ 360,8	30	€ 370	SI [ X ] 2 NO [ ] tecnico + infermiere
88.95.5.4	RM RETTO SENZA E CON MDC	[A6.A]	30	€ 360,8	30	€ 370	SI [ X ] 2 NO [ ] tecnico + infermiere
88.97.A.2	COLANGIO WIRSUNG RM	[A6.A]	30	€ 148,4	30	€ 180	SI [ X ] NO [ ] tecnico
		[ ]		€ _____		€ _____	SI [ ] NO [ ]
		[ ]		€ _____		€ _____	SI [ ] NO [ ]
		[ ]		€ _____		€ _____	SI [ ] NO [ ]
		[ ]		€ _____		€ _____	SI [ ] NO [ ]
		[ ]		€ _____		€ _____	SI [ ] NO [ ]
		[ ]		€ _____		€ _____	SI [ ] NO [ ]
		[ ]		€ _____		€ _____	SI [ ] NO [ ]
		[ ]		€ _____		€ _____	SI [ ] NO [ ]
		[ ]		€ _____		€ _____	SI [ ] NO [ ]
		[ ]		€ _____		€ _____	SI [ ] NO [ ]
		[ ]		€ _____		€ _____	SI [ ] NO [ ]
		[ ]		€ _____		€ _____	SI [ ] NO [ ]
		[ ]		€ _____		€ _____	SI [ ] NO [ ]

(\*) a cura della Direzione Amministrativa di Ospedale

- Ripartizione della tariffa:
- A1: Visita senza personale di supporto (copertura dei costi aziendali pari al 10% dell'onorario).
  - A2.b: Visita con personale di supporto (copertura dei costi aziendali pari al 10% dell'onorario).
  - A3: Prestaz. Strumentale senza personale di supporto (copertura dei costi aziendali pari al 16% dell'onorario).
  - A4.b: Prestaz. Strumentale con personale di supporto (copertura dei costi aziendali pari al 16% dell'onorario).
  - A5: Prestaz. Strumentale ad alto costo senza personale di supporto (con quota di costi fissi).
  - A6.A: Prestaz. Strumentale ad alto costo con personale di supporto (con quota di costi fissi).
  - A7: Ripartizione prestazioni per la branca 03 (Laboratorio analisi e Anatomia patologica).

IL RICHIEDENTE

(Timbro e firma)  
 Regione del Veneto - Azienda ULSS n.7  
 P.O. di Santa Santorso  
 U.O.C. Radiologia  
 dr. Piero Zanutto  
 VE 07543

Luogo e data SANTORSO 24/3/26