

***L'Ospedale di Comunità in Veneto: da sperimentazione a modello di cure intermedie. Gli outcome della struttura di Tregnago (VR).***

**Dr.ssa Adelaide Biondaro**

**Osservatorio Settoriale sulle RSA - 10° Convegno Annuale  
RSA e servizi della rete territoriale ad un anno dalla  
riforma: stato dell'arte e prospettive future.**

**LIUC Università Cattaneo - Castellanza (VA)**

**7 febbraio 2017**

## Definizione dell'Ospedale di Comunità (DGR Veneto 2718/2012)

*Struttura atta a garantire le cure intermedie, cioè le cure necessarie per quei pazienti che sono stabilizzati dal punto di vista medico, che non richiedono assistenza ospedaliera, ma sono troppo instabili per poter essere trattati in un semplice regime ambulatoriale o residenziale classico, e che presentano problemi che si risolvono in un periodo limitato di tempo (indicativamente 4-6 settimane)*

# L'avvio della sperimentazione regionale

**DGRV n. 2481 del 6 agosto 2004 “Sperimentazione organizzativa ai sensi dell’art. 25 della L.R. n. 5/1996 “Progetto per l’attivazione di strutture sanitarie intermedie a seguito di dimissione ospedaliera”**

- **Destinatari:** pazienti in dimissione da reparti per acuti dell’ospedale, per i quali sia necessario consolidare le condizioni fisiche o continuare il processo di recupero in ambito non ospedaliero, ovvero pazienti per i quali il Medico di Medicina Generale (MMG) possa richiedere un ambiente protetto per attuare o proseguire le terapie domiciliari
- **Ruolo del Distretto Socio Sanitario**
- **Obiettivi:** consolidamento dello stato clinico generale, dei risultati terapeutici ottenuti nel reparto ospedaliero per acuti, la prevenzione delle complicanze e il recupero dell’autonomia, in un’ottica di rientro a domicilio, o di ricorso a forme assistenziali territoriali; evitare ingressi a carattere definitivo in strutture residenziali per l’insorgenza di difficoltà familiari e sociali
- **Sperimentazione:** Aziende ULSS n. 1 Belluno, n. 12 Veneziana, n. 22 Bussolengo in quanto collocate in aree di specifico interesse (lagunare e montano) e n. 16 Padova per la chiusura dell'ex Ospedale geriatrico
- **Successivamente:** Aziende ULSS n. 5 Ovest Vicentino (O.C. Valdagno) e n. 20 Verona (O.C. Tregnago)

# La sperimentazione di Tregnago

DGRV n. 646 del 4 marzo 2005 selezione, per la sperimentazione organizzativa di Ospedale di Comunità, della sede dell'Ospedale di Tregnago per un totale di 15 posti letto

- **Perché:** collocazione in area geomorfologicamente e socio-economicamente svantaggiata, ritenuta congruente rispetto agli indirizzi e determinazioni della programmazione socio-sanitaria regionale, quanto a processi di riconversione o dismissione di funzioni ospedaliere
- **A chi:** ingresso riservato ai residenti dei Comuni dell'AULSS n. 20
- **Permanenza:** per un periodo sino a 60 giorni continuativi, non prorogabili (elevato indice di rotazione)
- **Tariffa giornaliera:** a carico del paziente a partire dal 21° giorno in poi. Il periodo di 20 giorni è considerato congruo e sufficiente a valutare le condizioni cliniche o di rischio della persona interessata per il rientro al proprio domicilio, eventualmente inserito in un percorso di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) o per l'accoglimento in strutture residenziali

## Finanziamento regionale per l'avviamento della sperimentazione

*DGRV n. 387 del 20 febbraio 2007 “DGRV n. 2481 del 6 agosto 2004 “Sperimentazione organizzativa ai sensi dell’art. 25 della L.R. n. 5/1996 “Progetto per l’attivazione di strutture sanitarie intermedie a seguito di dimissione ospedaliera”. Assegnazione contributo per avviamento ed inizio attività”*

Distribuzione di un contributo per avviamento ed inizio attività pari ad Euro 7.000.000,00, alle Aziende Unità Locali Socio Sanitarie del Veneto, sulla base di parametri quali numero posti letto presenti nelle singole realtà degli Ospedali di Comunità e popolazione

## La convenzione tra l'Azienda ULSS 20 e il Centro Assistenza Fermo Sisto Zerbato

- Da presidio ospedaliero a Centro Sanitario Polifunzionale: la RSA da riconversione ospedaliera
- La partnership tra l'Azienda ULSS 20 di Verona (ora Azienda n. 9 Scaligera) e il Centro di Assistenza Fermo Sisto Zerbato (C.A. F.S. Zerbato) di Tregnago
- Deliberazione del Direttore Generale dell'AULSS 20 n. 708 del 28 dicembre 2007: approvazione della convenzione con il C.A. F.S. Zerbato per la gestione di un nucleo di RSA di base per l'assistenza ad intensità media con 30 posti letto e di un Ospedale di Comunità con 15 posti letto

## La gestione dell'Ospedale di Comunità a Tregnago

### A. L'AULSS 20 di Verona (Distretto Socio Sanitario):

- assicura la presenza del Medico Coordinatore
- valuta con la SVAMA, entro 72 ore dalla richiesta, le necessità del paziente, segnalate dall'Ospedale per acuti in fase di dimissione, o dal MMG in caso di non gestione a domicilio oppure attraverso l'ADI
- gestisce la graduatoria di accesso
- assicura l'assistenza medica (presenza di un Medico di Medicina Generale che ha la responsabilità dell'assistenza medica programmata, e di uno Specialista Geriatra con compiti di coordinamento delle attività cliniche e di supporto all'attività di Medicina Generale)
- assicura il Servizio di Continuità Assistenziale (dalle ore 20 alle ore 8 di tutti i giorni e dalle ore 10 di sabato alle ore 8 del lunedì, oltre che negli altri giorni prefestivi e festivi)
- garantisce l'assistenza farmaceutica e gli accertamenti di diagnostica strumentale e di laboratorio

## La gestione dell'Ospedale di Comunità a Tregnago

### B. Il C.A. F.S. Zerbato deve garantire:

- i servizi attinenti le funzioni strettamente sanitarie - attività di riabilitazione e assistenza infermieristica diurna e notturna;
- i servizi attinenti le funzioni socio-assistenziali a rilievo sanitario - cura della persona, nell'igiene personale e nelle necessità fisiologiche; aiuto nello svolgimento delle attività quotidiane, comprensive dell'assunzione dei cibi; cura dell'aspetto personale;
- servizi attinenti le funzioni di socializzazione - attività di animazione, socializzazione, ricreativo-culturali, creative, occupazionali;
- servizi attinenti alle funzioni strettamente sociali - servizio alberghiero e prestazioni aggiuntive
- entro 10 giorni dall'ingresso del paziente, un Progetto Assistenziale Individualizzato, finalizzato ad ottenere dei risultati attesi e poi concretamente verificati, entro un tempo massimo di 60 giorni dall'ingresso, al cui termine l'Unità Operativa Interna, alla presenza del Medico Coordinatore, propone il percorso assistenziale successivo



## Da sperimentazione a programmazione socio sanitaria

L.R. Veneto n. 23 del 29 giugno 2012 “*Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016*” (art. 10; allegato A par. 3.1.3)

- Sviluppo dell’assistenza intermedia: obiettivo strategico regionale
- Viene dato mandato alla Giunta regionale di approvare “le schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie da garantire in ogni Azienda ULSS (criteri: articolazione distrettuale, distribuzione delle strutture sul territorio regionale e accessibilità)
- Sono individuate due specifiche unità di offerta: l'Ospedale di Comunità (OdC) e l'Unità Riabilitativa Territoriale (URT)
- Ospedale di Comunità: è una struttura di ricovero intermedia, inserita nella rete dei servizi dell’assistenza territoriale, con una dotazione minima di 15 posti letto

## Da sperimentazione a programmazione socio sanitaria

L.R. Veneto n. 23 del 29 giugno 2012

- Tipologie di Paziente: malati affetti da patologie croniche che periodicamente necessitano di controlli o terapie particolari e che non possono essere efficacemente seguiti a domicilio; persone che, a seguito di malattie acute o evolutive, necessitano di terapie difficilmente erogabili a domicilio; malati che abbisognano temporaneamente di cure palliative e che non possono essere adeguatamente seguiti a domicilio
- Ricovero di breve durata (indicativamente di 30 giorni), senza alcuna compartecipazione alla spesa da parte dell'assistito
- Gestione clinica del paziente è affidata al MMG, la responsabilità organizzativa gestionale ad un Medico coordinatore individuato dal Direttore della funzione territoriale (Distretto S.S.)
- L'accesso avviene dal domicilio o dalle strutture residenziali su proposta del MMG, dai reparti ospedalieri o direttamente dal pronto soccorso

## Da sperimentazione a programmazione socio sanitaria

L.R. Veneto n. 23 del 29 giugno 2012

- L'UVMD definisce, entro 7 giorni, il Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI)
- L'assistenza è garantita H24 ore da personale infermieristico e addetto all'assistenza, dai Medici di Continuità Assistenziale (C.A.) e dai MM.M.G.
- Possibilità di collocazione di una delle sedi della C.A.
- Si demanda successivamente alla stesura di linee guida regionali per la gestione, alla determinazione dei costi e delle modalità per la loro copertura, alla definizione dei requisiti minimi di autorizzazione e di accreditamento
- Sede fisica può essere allocata anche presso presidi ospedalieri riconvertiti e/o presso strutture residenziali (Centri di Servizio)
- Obiettivo della programmazione regionale: estensione graduale della rete degli Ospedali di Comunità su tutto il territorio regionale, secondo modelli funzionali alle caratteristiche locali ed ai bisogni emergenti

## Ulteriore definizione di strutture intermedie

DGRV n. 2621 del 18 dicembre 2012 *“Legge 7 agosto 2012, n. 135 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini” (c.d. spending review): ulteriori determinazioni per l’anno 2012 e seguenti”*

- Sono stabilite tariffe e quote di rilievo sanitario relative alla residenzialità extraospedaliera

Quota sanitaria	Compartecipazione del paziente
€ 117,00 fino al 30° giorno	nessuna fino al 30° giorno
€ 92,00 dal 31° al 60° giorno	€ 25,00 dal 31° al 60° giorno
€ 72,00 dal 61° giorno in poi	€ 45,00 dal 61° giorno in poi

- Sono strutture di ricovero intermedie: l’Hospice, l’Ospedale di Comunità (OdC) e l’Unità Riabilitativa Territoriale (URT)

## La programmazione socio sanitaria regionale delle strutture di ricovero intermedie

- DGRV n. 2718 del 24 dicembre 2012 *“Legge Regionale 29 giugno 2012 n. 23, art. 10. “Definizione delle tipologie di strutture di ricovero intermedie e approvazione dei requisiti di autorizzazione all’esercizio dell’Ospedale di Comunità e dell’Unità Riabilitativa Territoriale ai sensi della Legge Regionale 16 agosto 2002 n. 22”*
- DGRV n. 2122 del 19 novembre 2013 *“Adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate, di cui alla L.R. 39/1993 e definizione delle schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie. PSSR 2012-2016. Deliberazione n. 68/CR del 18 giugno 2013”*

## La programmazione socio sanitaria regionale delle strutture di ricovero intermedie

- DGRV n. 2108 del 10 novembre 2014 *“Legge Regionale 29 giugno 2012 n. 23 art. 10. Strutture di ricovero intermedie. Standard strutturali minimi Ospedali di Comunità e Unità Riabilitative Territoriali. Definizione del procedimento di autorizzazione alla realizzazione, ai sensi dell’art. 7 della L.R. 22/02, mediante trasformazione di spazi esistenti, già autorizzati all’esercizio per l’erogazione di prestazioni sanitarie o socio sanitarie, o comunque inseriti in contesto sanitario o socio/sanitario”*
- DGRV n. 2683 del 29 dicembre 2014 *“Approvazione dei requisiti generali e specifici per l’accreditamento istituzionale, del contenuto assistenziale delle prestazioni mediche, del tracciato del sistema informativo per il monitoraggio dell’assistenza erogata e degli indicatori di attività e risultato per Ospedali di Comunità e Unità Riabilitative Territoriali. L.R. 16 agosto 2002, n. 22”*

## Nuove tariffe delle strutture per le cure intermedie

DGRV n. 2091 del 30 dicembre 2015 *“Tariffazione delle strutture per le Cure Intermedie. DGRV 2621/2012 e DGRV 2718/2012”*

Quota sanitaria	Compartecipazione del paziente
Fino a € 130,00 fino al 30° giorno	nessuna fino al 30° giorno
Fino a € 105,00 dal 31° al 60° giorno	€ 25,00 dal 31° al 60° giorno
Fino a € 85,00 dal 61° giorno in poi	€ 45,00 dal 61° giorno in poi

# Obiettivi delle Cure Intermedie

- Facilitare la transizione del paziente dall'Ospedale per acuti a casa
- Facilitare la transizione da una dipendenza medica a una indipendenza funzionale
- Facilitare la transizione dei pazienti dall'Ospedale per acuti ad un ambiente protetto (ad es. negli Ospedali di Comunità)
- Prevenire il loro trasferimento dall'Ospedale per acuti (quando hanno una malattia cronica) ad una istituzione
- Accompagnare i pazienti morenti (Hospice)
- Ridurre i costi legati al protrarsi del periodo di ricovero in Ospedali per acuti



## Cosa non è un Ospedale di Comunità

- non è una Lungodegenza
- non è un Centro Servizi per Anziani (Casa di Riposo)
- non è una RSA
- non è un Hospice
- non è un nucleo di Unità Riabilitativa Territoriale (URT)
- non è un luogo di attesa per entrare in un Centro Servizi per Anziani
- non sono “posti di sollievo”

## I modelli di Ospedale di Comunità in Veneto

- **Responsabile clinico:** nella maggior parte è un MMG convenzionato, affiancato da uno specialista in Geriatria; in poche strutture coincide con il singolo MMG di ogni paziente
- **Gestione dell'assistenza H24:** personale infermieristico e assistenziale sono assicurati per la maggior parte da Centri Servizi per Anziani, ad eccezione degli OO.d.C gestiti direttamente dall'Azienda ULSS (per es. a Valdagno il coordinamento infermieristica è a carico dell'Unità Operativa di lungodegenza dell'ULSS 5)
- **Assistenza medica notturna e nei festivi:** assicurata dal Servizio di Continuità Assistenziale
- **Numero di posti letto:** lo standard indica "non meno di 24/25 posti letto", ma tutti gli OdC del Veneto sono ampiamente al di sotto; l'unico che ci si avvicina è l'OdC di Belluno, Auronzo di Cadore con 21 posti letto

## I modelli di Ospedale di Comunità in Veneto

- **Procedura di ingresso:** uguale su tutto il territorio regionale; proposta di ricovero da parte del MMG o del Medico di reparto ospedaliero dove il paziente è ricoverato; attivazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVMD) presso il Distretto di appartenenza del paziente e compilazione della SVAMA; ingresso riservato ai residenti dell'ULSS in cui si trova l'OdC; a Tregnago l'ingresso è riservato ai residenti dell'ex Distretto 4 (ora Distretto 2 area est veronese)
- **Consulenze specialistiche:** garantite da personale ospedaliero e poliambulatoriale (vantaggio per gli OO.d.C., come per es. Tregnago, situati in ex presidi ospedalieri convertiti in Centri Sanitari Polifunzionali - )
- **Attività riabilitativa:** garantita da fisioterapisti (in palestra), logopedisti, psicologi (nell'ex ULSS 5 anche specialisti del Nucleo Cure Palliative)

## Percorso del Paziente in dimissione dall'Ospedale per acuti

- **Tipologia dei pazienti:** post-acuti o cronici riacutizzati con basso margine di imprevedibilità e/o instabilità clinica, di norma adulti/anziani e con bisogni variabili di cure sanitarie, che non necessitano di presenza medica H24
- **Profilo funzionale dei pazienti:** perdita di alcune funzioni (es. ADL quali la continenza, il cammino, l'uso del bagno, lavarsi, vestirsi, trasferimenti dal letto, mangiare), ma con diversi percorsi prognostici:
  - a) le funzioni/abilità perse sono recuperabili ma è necessario un periodo di convalescenza
  - b) alcune funzioni/abilità sono definitivamente perse, non sono recuperabili, ma il paziente (e la famiglia) deve adattarsi all'utilizzo di protesi/ausili ed eseguire adattamenti dell'ambiente domestico
  - c) alcune funzioni/abilità sono sicuramente perse, la malattia ha una prognosi infausta a breve termine

# Principali patologie trattabili

- BPCO, senza grave insufficienza respiratoria; broncopolmoniti a lenta risoluzione; pazienti in ossigenoterapia, in terapia ottimizzata, senza necessità di controllo continuo della saturazione né di controlli della emogasanalisi arteriosa;
- vasculopatie croniche o subacute (TIA, flebotrombosi, tromboflebiti) non complicate;
- patologie cardiache croniche in fase di compenso labile
- sindromi dispeptiche, gastroenteriti non più infettive
- malattie croniche del fegato non scompenstate e malattie da malassorbimento in corso di cicli terapeutici
- infezioni delle vie urinarie
- cicli di terapia per via parenterale, anche antibiotica in classe H, se non eseguibili a domicilio;
- patologie infettive di non particolare impegno diagnostico-terapeutico che non necessitino di isolamento (herpes zoster, ecc.);
- malattia da malnutrizione, in trattamento parenterale o enterale per cicli terapeutici;
- pazienti con traumi lievi da caduta
- pazienti con esiti di intervento chirurgico maggiore

# Criteri di accoglibilità

- Assenza di problematiche acute in atto
- Condizione clinica relativamente stabile (Scala MEWS)
- Inquadramento diagnostico ben definito
- Programma terapeutico ben delineato

## Casi di esclusione

- Presenza di problematiche acute in atto
- Instabilità clinica (Scala MEWS)
- Inquadramento diagnostico non ben definito
- Programma terapeutico non ben delineato
- Paziente con demenza e disturbi comportamentali non ben controllati dalla terapia
- Unica motivazione all'ingresso presenza di problematiche sociali, utilmente risolvibili in altro setting assistenziale
- Pazienti affetti da patologia infettiva che necessitano di isolamento, escluso isolamento per patologie trasmissibili con contatto

## Sospensione del trasferimento

## Il ruolo della Centrale Operativa Territoriale (COT)

Il **Medico ospedaliero** richiede il ricovero in OdC alla COT via mail (Modulo proposta accesso in Ospedale di Comunità). La COT individua l'OdC con la disponibilità del posto letto. Dopo il nullaosta all'inserimento da parte del Medico di Distretto responsabile per le cure intermedie, trasmette alla struttura individuata l'autorizzazione. L'OdC individuato, comunicherà entro 48 ore all'U.O. proponente e alla COT la data prevista dell'accoglimento del paziente

### PAZIENTI DAL DOMICILIO

Il **MMG** richiede il ricovero in OdC al Punto Unico di Accesso (PUA) della sede distrettuale di riferimento, che a sua volta inoltra la richiesta alla COT, per l'inserimento in lista di attesa. Percorso come dall'Ospedale per acuti

## I Pazienti accolti in Ospedale di Comunità

Genere	N. Paz. (età media)	%
Maschi	75 (media anni: 80)	36%
Femmine	132 (media anni: 82)	64%
Totale	207	100%

Età all'ingresso (n. anni)	Numero Pazienti	%
<70 (min. 33)	21	10,1%
70-74	14	6,8%
75-79	36	17,4%
80-84	42	20,3%
85-89	53	25,6%
90-94	36	17,4%
>=95 (max 98)	5	2,4%
Totale	207	100%



## Provenienza dei Pazienti accolti in OdC

	Numero Pazienti	%	STRUTTURA	Numero Pazienti	%
Reparti Ospedalieri	87	42,0	San Bonifacio	73	83,9%
			Chirurgia (generale, urologia, ortopedia)	6	8,2%
			Medicina (generale, cardiologia)	12	16,4%
			Nefrologia	2	2,7%
			Geriatria	20	27,4%
			Lungodegenza	30	41,1%
			Medicina fisica e riabilitativa	3	4,1%
			Marzana (lungodegenza e medicina fisica e riabilitativa)	8	9,2%
			AOUI	5	5,8%
			Negrar	1	1,1%

## Provenienza dei Pazienti accolti in OdC

	N. Paz.	%	STRUTTURA	N. Paz.	%
<b>Strutture Residenziali</b>	<b>7</b>	<b>3,4%</b>	OASI (Centro Servizi)	<b>1</b>	<b>14,3%</b>
			Casa di Cura Regina Arco (TN)	<b>1</b>	<b>14,3%</b>
			Casa di Cura S. Francesco (VR)	<b>1</b>	<b>14,3%</b>
			RSA Tregnago/CS Zerbato	<b>4</b>	<b>57,1%</b>
<b>Domicilio</b>	<b>113</b>	<b>54,6%</b>	<b>ASSISTENZA DOMICILIARE</b>	<b>N. Paz.</b>	<b>%</b>
			SI	<b>55</b>	<b>48,7%</b>
			NO	<b>58</b>	<b>51,3%</b>
<b>Totale</b>	<b>207</b>	<b>100%</b>			

## Destinazione post accoglimento in OdC

	N. Paz.	%	REPARTO	N. Paz.	%
Ospedale di San Bonifacio	11	5,3%	Chirurgia (generale, urologia, ortopedia)	4	36,4%
			Medicina (cardiologia)	1	9,1%
			Geriatrics	4	36,4%
			Nefrologia	2	18,2%
Strutture Residenziali	17	8,2%			
Domicilio	170	82,1%	ASSISTENZA DOMICILIARE	N. Paz.	%
			riattivazione	71	41,8%
			attivazione	10	5,9%
			No	89	52,3%
Decesso in struttura	9	4,4%			
<b>Totale</b>	<b>207</b>	<b>100%</b>			

## Media della degenza in Ospedale di Comunità

25,4 giorni (min 1 giorno, max 80 giorni)

DURATA DEGENZA (GIORNI)	Numero Pazienti	%
<b>≤30</b>	<b>155</b>	<b>74,9%</b>
≤10	20	
11-20	55	
21-30	80	
<b>tra 31 e 60</b>	<b>50</b>	<b>24,1%</b>
31-40	32	
41-50	14	
51-60	4	
<b>≥61</b>	<b>2</b>	<b>1,0%</b>
<b>Totale</b>	<b>207</b>	<b>100%</b>

## Ricoveri in Ospedale per acuti entro 90 giorni dalla dimissione dall'OdC

Su 207 pazienti ricoverati in OdC, 170 pazienti (82,1%) sono stati dimessi a domicilio. Di questi 170 pazienti:

1. 133 (78,2%) non hanno avuto ricoveri in ospedale per acuti entro 90 giorni dalla dimissione
2. 37 (21,8%) hanno avuto ricoveri entro 90 giorni dalla dimissione:
  - 25 pazienti (67,6%) un solo ricovero
  - 8 pazienti (21,6%) 2 ricoveri
  - 4 pazienti (10,8%) 3 ricoveriper un totale di 53 ricoveri entro i 90 giorni.

- In media il primo ricovero è avvenuto 40 giorni dopo la dimissione dall'OdC (min 2 giorni, max 84)
- Dei 37 pazienti che hanno avuto ricoveri entro 90 giorni dalla dimissione, 15 pazienti (40,5%) hanno avuto almeno un ricovero entro i primi 30 giorni dalla dimissione, e di questi 8 sono stati ricoverati con una diagnosi correlata al motivo di ingresso in OdC

# I costi dell'Ospedale di Comunità

Per la **realizzazione**: lavori di ristrutturazione di un'ala dell'ex presidio ospedaliero, per 15 posti letto - € 700.000,00 (tra il 2008 e il 2010)

Per la **gestione** (anno 2015):

- Medico Geriatra: € 47,54 lordi al giorno - € 3,17/die per p.l.
- Personale infermieristico, riabilitativo e assistenziale: totale lordo € 349.321,20 - € 63,80/die per p.l.
- Prodotti per incontinenza: € 1,75/die per p.l.
- Prodotti e attrezzature sanitari, prodotti per igiene personale: € 13,27/die per p.l.
- Vitto: € 8,99/die per p.l.
- Pulizie: € 5,07/die per p.l.
- Utenze: € 5,11/die per p.l.
- Trasporti in ambulanza: totale € 2.120,40 per 53 trasporti
- Visite specialistiche ed esami di laboratorio: totale € 32.794,70 per n. 6.117 prestazioni
- Farmaci e dispositivi medici: totale € 44.415,68 - € 8,11/die a paziente