

Sanità

Anno XIV - n. 15
Poste Italiane Sped. in A.P.
D.L. 353/2003 conv. L. 46/2004,
art. 1, c. 1, DCB Roma

Settimanale
19-25 aprile 2011
www.24oresanita.com

AGENAS

Ricette per la ricostruzione

Modelli e parametri per le realtà con piani di rientro

Per le Regioni soggette a piano di rientro è giunta l'ora di dissotterrare l'ascia del riordino radicale della rete ospedaliera, perché esiste la concreta possibilità di una «riduzione delle strutture complesse che può arrivare anche al 10-20%» e di una «produzione appropriata con diverse migliaia di dipendenti in meno».

L'indicazione emerge dal «Piano di riorganizzazione

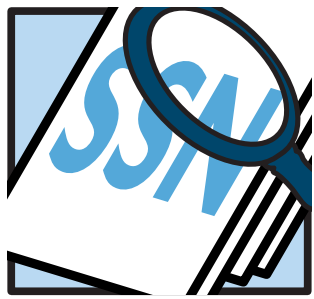
dell'assistenza sanitaria nelle Regioni in Piano di rientro» elaborato dall'Agenas che contiene proposte per la riorganizzazione e la riqualificazione della rete dell'emergenza-urgenza, della rete ospedaliera e della rete dell'assistenza territoriale, delineando la necessità di un ampio rimaneggiamento dell'universo in essere.

A PAG. 12-13

AGENAS/ Consigli per il riordino della rete ospedale-territorio nelle Regioni con i piani di rientro

«Calate l'ascia sulle strutture»

Personale: surplus del 10% - Cantiere 118 - Numero unico alla guardia medica



Sia ben chiaro non è un "modello", è solo un "consiglio". Ma l'indicazione è chiara: per le Regioni soggette a piano di rientro è giunta l'ora di dissotterrare l'ascia del riordino radicale della rete ospedaliera. Perché a conti fatti da un benchmark delle strutture più efficienti Regione per Regione emerge «un surplus di personale di oltre il 10%». E c'è una possibilità di «riduzione delle strutture complesse anche del 10-20%» e di una «produzione appropriata con diverse migliaia di dipendenti in meno».

L'indicazione emerge dal «Piano di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria nelle Regioni in piano di rientro» contenuta nell'ultimo numero del trimestrale dell'Agenas nazionale per i servizi sanitari regionali-Agenas.

Elaborato dagli esperti dell'Agenas assieme ai tecnici delle Regioni interessate, il documento contiene proposte per la riorganizzazione e la riqualificazione della rete dell'emergenza-urgenza, della rete ospedaliera e della rete dell'assistenza territoriale, delineando la necessità di un ampio rimangiamento dell'universo in essere. «Non intende essere un modello, ma piuttosto uno strumento di

Doppioni di specialità e sprechi di risorse

«Soldi non ce n'è più e altre alternative non ce ne sono: i soldi sono annidati nei doppioni di specialità con bassi volumi di attività. Ed è lì che bisogna intervenire».

Il direttore generale dell'Agenas, **Fulvio Moirano**, conferma punto per punto la diagnosi contenuta nel documento sul riordino della rete ospedaliera nelle Regioni in rosso: «Molte risorse vengono assorbite da attività ospedaliere inappropriate che in alcune Regioni superano il 20% dei ricoveri: sono risorse che in parte dovranno senz'altro servire al potenziamento degli altri servizi».

Ma non vi sembra un modello troppo tagliato con l'accetta?

No. Perché nel calcolo abbiamo tenuto conto anche del livello ottimale delle prestazioni che deve essere garantito da una struttura. A

esempio, una chirurgia che fa solo dieci interventi l'anno non ha una casistica sufficiente a fornire le necessarie garanzie.

Quindi questi sono i parametri buoni per avviare tutti i cantieri locali.

Sono parametri indicativi. Questo è un documento tecnico che non ha alcuna valenza formale giuridica: nasce empiricamente dall'esperienza sul campo e lo abbiamo trasmesso al ministero come previsto dal Patto sulla Salute. Perché diventi un modello valido per tutti i territori serve un'intesa Stato-Regioni dopo un confronto con la Salute e l'Economia. Le Regioni in equilibrio economico sono comunque già molto vicine a questi parametri che comprendono anche il fabbisogno appropriato del privato.

Quindi sul piano operativo che accade?

Questo percorso è stato già adottato da qualche Regione soggetta al piano di rientro e approvato al tavolo di monitoraggio: è il caso a esempio della Calabria. Ma l'applicazione è in corso ed è presto per fare bilanci.

Siete partiti dall'emergenza perché è

il settore che va peggio?

No. Perché il primo servizio da garantire al cittadino è che di fronte a un evento grave come a esempio un infarto ci sia una unità coronarica in grado di recepire questa istanza. Per questo siamo partiti dai Dea di Il livello - strutture molto complesse - stabilendo un dimensionamento con un range molto ampio che tiene conto dei tempi di percorrenza.

E per quanto riguarda il territorio? Reazioni dai Mmg?

La Salute non ci ha dato l'incarico di occuparci in maniera specifica della territoriale. Nelle Regioni su cui stiamo già lavorando ci basiamo sugli accordi integrativi locali o aziendali con i Mmg. Ma un loro coinvolgimento al massimo livello sarà senz'altro necessario. E su questo è già al lavoro la Salute per definire meglio il rapporto tra la struttura e la medicina convenzionata.

Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

empowerment per le Regioni per lo sviluppo del necessario controllo delle risorse e delle opportunità, ognuna nel rispetto delle proprie prerogative e di quanto stabilito nei rispettivi piani di rientro», ha cura di sottolineare **Francesco Bevere**, Dg della programmazione sanitaria della Salute.

Sulla diagnosi però, non ci sono dubbi: «Ci sono ancora ospedali di dimensioni molto piccole che (prima ancora che diseconomici) non possono essere considerati più sicuri per i pazienti»; «c'è sovraccarico dei pronto soccorso»; «c'è carenza di capacità produttiva nella gran parte dei sottolivelli

assistenziali del territorio», riassume nell'introduzione **Ragnar Gulstrand** - consulente Agenas e membro del gruppo che ha prodotto il progetto - che identifica nella «debolezza della presa in carico» la pecca maggiore e «meno identificata» del sistema sanitario territoriale. Il risultato: pazienti inseriti

al posto sbagliato e privi del percorso di cura a cui avrebbero diritto e che sarebbe anche più razionale per il Ssn.

Riordino a tutto campo, dunque, utilizzando il modello Hub e Spoke: concentrazione dell'assistenza a elevata complessità in centri di eccellenza (hub) supporta-

ti da una rete di servizi (spoke) cui compete la selezione dei pazienti e il loro invio a centri di riferimento al superamento di una determinata soglia di gravità clinico-assistenziale.

Punto di partenza inevitabile la rete di emergenza-urgenza che «incide sulla razionalità ed efficienza dell'intero sistema dell'offerta».

Primo cantiere l'emergenza-urgenza. Il percorso disegnato dall'Agenas risponde indirettamente ad alcune delle criticità segnalate dall'Indagine conoscitiva appena conclusa dalla Igiene e Sanità del Senato (cfr. pag. 2-3) prevedendo in primo luogo l'individuazione di un settore unico di riferimento per l'emergenza sanitaria presso l'assessorato alla Salute con compiti di assegnazione di un budget unico eventualmente centralizzato presso una sola azienda per tutte le attività del 118 e una analoga gestione di budget individuata per i Dea e i Ps allocandolo nelle rispettive aziende. Prevista anche la riparametrazione-accorpamento del numero delle centrali operative 118 per un bacino di utenza da 500mila a un milione di abitanti e la ridistribuzione dei mezzi di soccorso territoriali secondo una formula che introduce il correttivo



Sta tutto scritto nel Patto per la salute: bisogna passare dal ricovero ordinario al diurno, dal diurno all'ambulatoriale e da lì all'assistenza residenziale o alla domiciliare. Tanto per fare un esempio, con i 43 nuovi Drg ad alto rischio di inappropriatezza, il 95% dei ricoveri diurni per tunnel carpale e cristallino dovrà essere spostato in ambulatorio; idem l'80% delle chemioterapie, lasciando l'ospedale ai casi di vera fragilità.

Di tutto questo lavoro l'Agenas ha provato a tirare le somme. «È evidente che le soluzioni che proponiamo sono ancora gravate da un alto tasso di empiricità», dichiarano i tecnici. Ma il tentativo c'è, e si vede. Per arrivarci serve un percorso tortuoso che passa per l'analisi di tutte le criticità: è inappropriato - spiega a esempio il documento - l'80% dei ricoveri ordinari non chirurgici in specialità per acuzie degli over-65 con degenza uguale o superiore a 12 giorni. Per questo il riordino della rete ospedaliera proposto muove i primi passi proprio dalle necessità delle post-acuzie, prevedendo la modifica dell'attuale organizzazione regionale dei letti di "lungodegenza" con l'introduzione di letti di cure "intermedie" territoriali.

In particolare per la riabilitazione si prevede l'ade-

guamento al 95% del tasso di utilizzo dei posti letto; l'adeguamento del rapporto tra letti per il ricovero ordinario e il Dh nelle strutture per il recupero e la rieducazione funzionale (Rrf) di II e I livello; l'individuazione di indicatori di appropriatezza per ciascuna tipologia di struttura. Dimensione ottimale: due moduli di 30 posti letto circa per un bacino di utenza da 60mila abitanti a modulo (0,5 posti letto per mille abitanti).

Per la lungodegenza si prevede invece l'adeguamento al 95% del tasso di utilizzo di posti letto e la ridefinizione del valore soglia della degenza a 30 giorni. Il tutto per ottenere una post acuzie da 0,7 pl ogni mille abitanti (0,2 per la lungodegenza e 0,5 per la riabilitazione) il cui ridimensionamento «non dovrà necessariamente essere spalmato su tutte le strutture, ma può essere concentrato in ambiti specifici con un'adeguata formazione per gli operatori». Quanti risultassero in esubero «potranno essere utilizzati per le carenze introdotte dal blocco del turn over» ovvero per il rafforzamento del territorio anche su specifiche convenzioni con le Asl e a fronte del ridimensionamento del numero dei posti letto privati.

Capitolo a sé, invece, la riorganizzazione dei letti

RIORDINO CURE PRIMARIE

E arriva un Cap che cura tutti i mali

Tab. 2 - Così si sperimenta il Cap

- **CHI È.** "Centro di assistenza primaria" (o "Utap" o "Ospedale distrettuale" o "Case della salute" o altro).
- **COS'È.** Unità strutturale del distretto in grado di sostenere l'organizzazione e il coordinamento di tutte le attività sanitarie del territorio: cure primarie territoriali (Mmg, Pls, Mca); integrazione con settori ospedalieri e non sanitari; gestione accesso al sistema; utilizzo Ict; valorizzazione appropriatezza nell'uso dei servizi.
- **COSA FA.** Accoglienza; prima valutazione del bisogno; orientamento ai servizi (antenna dello sportello unico); presa in carico complessiva dei pazienti su percorsi/protocolli concordati con i soggetti e le strutture di secondo livello; pianificazione e gestione integrata delle cure domiciliari finalizzata alla ripresa in carico nell'alveo territoriale di quelle patologie non necessitanti di ricovero in strutture di livello superiore; interfaccia con i servizi di emergenza/urgenza su protocolli uniformi; prestazioni di diagnostica strumentale.
- **COME FUNZIONA.** Aperto 12 ore al giorno, prevede un lavoro di squadra tra specialisti convenzionati e dipendenti, Mmg, Pls, Mca, personale tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione, dell'intervento sociale anche per le cure domiciliari, la presenza delle branche principali, punti di prelievo, Poc (point of care testing), ecografia e radiologia di base, Cup e Pua. Può prevedere inoltre strutture residenziali (con funzioni sinergiche, ma distinte) e punti di primo intervento (Ppi), se previsti dalla rete emergenza (idem); eventuali attività dialitica.
- **CHE DIMENSIONI HA.** I Cap ogni 20mila-50mila residenti nelle aree metropolitane; I Cap ogni 15mila-20mila residenti nelle aree extra-metropolitane, con possibili deroghe per le aree montane e a densità di popolazione particolarmente bassa. Nelle aree montane e a bassa densità, dove è possibile concentrare almeno 8 Mmg, è più appropriato sviluppare il modello delle équipe territoriali.

Serve una centrale operativa unica per gestire tutto il sistema dell'assistenza territoriale, dall'accesso all'assistenza alle cure primarie alla continuità assistenziale, passando per il 118, le cure domiciliari e la valutazione multidimensionale: solo così sarà possibile sgravare di oneri la rete ospedaliera senza far sentire solo il paziente, potendo contare su dimissioni e ammissioni "protette" gestite in partnership dalla rete dei medici di medicina generale e dalla nuova rete di strutture di ricovero intermedie incaricate di assorbire quanto resta in mezzo tra lo stato di salute e l'emergenza che porta all'ospedalizzazione.

Il modello ridisegnato dall'Agenas punta in modo significativo sulla conversione di una quo-

ta dei posti letto di riabilitazione e lungodegenza ospedaliera in strutture meno costose e più adatte a fornire una gamma di servizi caratterizzati dalla "temporaneità" dell'accoglienza.

Nelle strutture di cure intermedie - scrivono i tecnici - dimettono i pazienti a domicilio con o senza intervento di cure domiciliari (almeno il 50% dei pazienti deve essere dimesso a domicilio e deve permanervi dopo 3 mesi); verso strutture residenziali o semiresidenziali, verso strutture per acuzie o post-acuzie per aggravamento delle condizioni: la degenza varierà da 10 a 40 giorni, ma in meno del 5% dei casi la durata potrà essere superiore. Per accedervi sono necessarie la presa in carico da parte del distretto e la progettazio-

ne di un Piano di assistenza individualizzato (Pai) condiviso dalla famiglia di cui dovrà farsi carico l'unità di valutazione multidimensionale (Uvmd), chiamata a esprimersi in tempi contingentati in rapporto all'urgenza del caso trattato: entro 3 giorni nei casi urgenti; entro 5 giorni in caso di dimissione protetta; entro 10 giorni o 3 settimane negli altri casi, in base alla capacità di supplenza da parte della rete informale; entro 5 settimane in caso di domanda cautelativa; direttamente in ospedale nei casi di urgenza.

L'organizzazione dell'assistenza medica sarà affidata a specialisti geriatri con presa in carico dei pazienti da parte di Mmg con almeno 3 anni di esperienza in Uo ospedaliera o medici dell'area me-



dell'assetto geografico del territorio a vantaggio delle zone montane e pedemontane.

E ancora: la riorganizzazione del servizio di continuità assistenziale che prevede come mossa prioritaria la centralizzazione delle chiamate di guardia medica su un numero unico regionale, analogo al 118, e l'integrazione con gli altri servizi del territorio (v. sotto).

Prevista infine la riparametrazione di tutti i livelli organizzativi dell'emergenza-urgenza, secondo il seguente schema:

1 **Centro Hub:** uno ogni 500mila-1 milione di abitanti;

2 **Centro Spoke:** uno ogni 150mila-300mila abitanti o quando il tempo d'accesso alla più vicin

na sede di Dea supera l'ora (in questo caso l'Hub è anche Spoke per il bacino di competenza);

3 **Pronto soccorso semplice:** 40mila-150mila abitanti (per centri a più di 1 ora di distanza dal Dea);

4 **Pronto soccorso in zona disagiata a bassi volumi d'attività** (zone montane, isole): attivabile anche per parte dell'anno, per 20mila-40mila abitanti se il centro dista più di 1 ora da Ps/Dea (attivabile nelle Regioni con piano di rientro se è presente un presidio in grado di essere convertito);

5 **Ppi (punti di primo intervento):** possono essere necessari dopo la riconversione di un presidio ospedaliero: se gli accessi supera-

no i 6mila l'anno per Ppi aperti 24 h (o 3mila per Ppi aperti 12 h), la responsabilità ricade sul Dea di riferimento;

6 **Ppi gestiti dal 118:** prevedibili come postazione territoriale fissa aggiuntiva anche con casistica inferiore alla precedente (6mila/3mila) in zone particolarmente disagiate o fortemente penalizzate dalla rete viaria: di norma hanno una sala visite e un mezzo di trasporto con personale sanitario.

Spunto di riflessione finale: tutti i Dea e le centrali operative del 118 dovrebbero diventare centri di formazione e tirocinio formativo per i laureandi in Medicina e per gli specializzandi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL PERCORSO VERSO IL RESTYLING OSPEDALIERO

Strutture complesse in dieta dimagrante

per le acuzie, in relazione alla quale «saranno applicati i tassi di occupazione medi eguali per produttori pubblici e privati, differenziati tra ricoveri ordinari e diurni». Dall'eliminazione dei ricoveri inappropriati di cui sopra derivano la possibilità di redistribuzione delle discipline (illustrata in tabella) e la proposta - formulata dal documento - di integrare le strutture universitarie con quelle delle aziende sanitarie, per permettere la razionalizzazione dei posti letto senza penalizzare ricerca e didattica.

Anche in questo caso si tratta di operare con l'accetta; le discipline rare sono assegnate a pochi presidi ospedalieri di riferimento regionale; le altre discipline sono assegnate alle aree geografiche sulla base della produzione appropriata erogata; all'interno di ciascuna area geografica si individua la quota di prestazioni appropriate in capo alle strutture private e si prosegue con l'attribuzione della quota relativa alle strutture pubbliche alle aziende ospedaliere e ai presidi di base con attività specializzate sulla base della capacità produttiva

attuale. E si rinvia alle trattative locali l'eventuale aggiustamento tra quota pubblica e quota privata.

L'operazione pare più facile a dirla che a farla. A fine percorso - pronosticano gli esperti - ci sarà da ridurre le strutture complesse duplicate nell'ambito della medesima disciplina, secondo vincoli imposti dal layout e da accorpate quelle di specialità differenti, ma assimilabili per area (medico-chirurgica) o per intensità di cura (elevata, media assistenza, assistenza di base), per evitare una frammentazione delle unità operative con dotazioni di posti letto inferiori a soglie di efficienza ragionevoli.

Ciò stante, ecco la raccomandazione finale: è indispensabile deliberare tutte e tre le reti prima di toccarne una. Perché magari ci sarà qualche presidio ospedaliero da riconvertire al territorio e perché alla fine ci sarà da rivedere anche il piano di investimenti in tecnologie, per adattarlo alla nuova rete H appena prosciugata.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

dica degli ospedali di riferimento territoriali. La tariffa avrà una o più soglie intermedie tra quella della lungodegenza (totalmente a carico del Ssr) e quella delle strutture residenziali, con quota alberghiera a carico dell'ospite: il prolungamento oltre il termine stabilito deve comportare comunque il pagamento del 50% della tariffa.

Il fabbisogno teorico è stimato in 0,4 posti letto ogni mille abitanti; la dotazione standard minima è di due moduli da 30 pl ciascuno. La riorganizzazione andrà fatta, è ovvio, dopo aver censito e raggruppato l'esistente per categoria di prestazioni erogate (es. Rsa, case protette, Hospice ecc.) e si dovrà puntare al raggiungimento degli standard nazionali attraverso la riconversione delle strutture pubbliche

e private secondo quanto previsto dal riordino dalla rete ospedaliera.

In attesa che tutto ciò accada il primo «fantasma» da concretizzare è il Cap (centro assistenza primaria), struttura polifunzionale chiamata a coordinare tutto e ad agire come punto di riferimento per cittadini e operatori (cfr. tab. 2).

Ma la suggestione più «hard» e che senz'altro non mancherà di far discutere è quella accennata al capitolo della sperimentazione di forme di integrazione tra la continuità assistenziale e il sistema dell'emergenza. Nell'ottica dell'appropriatezza - scrivono i tecnici - «è importante che all'interno delle Centrali operative 118, il processo di valutazione sanitaria telefonica possa determinare l'attribuzione di un codice bianco o verde».

Motivo: «Nel caso dei codici bianchi si è da tempo consolidata l'idea che potrebbe essere giustificato il non invio del mezzo di soccorso». Il vantaggio derivante dall'uso razionale dei mezzi disponibili è evidente. Ma sono parimenti evidenti al gruppo di lavoro dell'Agenas le ovvie obiezioni medico-legali avanzate dal valutatore telefonico infermiere, specie nell'ipotesi di una sempre possibile errata valutazione via cavo del caso descritto. Diverso il caso di chi al Ps ci va di persona: per codici bianchi e verdi ci dovranno essere «protocolli condivisi» e reti informatiche che consentano lo scambio di dati e informazioni e il dirottamento dei pazienti verso il territorio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Tab. 1 - Bacino di utenza per specialità e PI indicativi per struttura complessa (Sc)

Acu	Area	Diffusione	Specialità	Bacino di utenza pubblico e privato (milioni di abitanti) *				PI/Sc
				Strutture di degenza		Servizi senza posti letto		
				Bacino max	Bacino min.	Bacino max	Bacino min.	
0	1	1	1 Allergologia	-	-	2	1	-
0	7	-	2 Day hospital (multispecialistico)	-	-	-	-	0
0	7	-	3 Anatomia e istologia patologica	-	-	0,3	0,15	0
0	7	-	5 Angiologia	-	-	-	-	0
0	2	1	6 Cardiocirurgia infantile	6	4	-	-	16
0	2	1	7 Cardiocirurgia	1	0,5	-	-	16
0	1	3	8 Cardiologia	0,3	0,15	-	-	20
0	1	2	8 Emodinamica (Ss)	-	-	0,6	0,3	-
0	2	3	9 Chirurgia generale	0,2	0,1	-	-	24/32
0	2	1	10 Chirurgia maxillo-facciale	2	1	-	-	16
0	2	1	11 Chirurgia pediatrica	2	1	-	-	20
0	2	1	12 Chirurgia plastica	2	1	-	-	16
0	2	1	13 Chirurgia toracica	1,5	0,8	-	-	16
0	2	2	14 Chirurgia vascolare	0,8	0,4	-	-	16
0	7	-	15 Medicina sportiva	-	-	(1)	-	0
0	1	2	18 Ematologia	0,8	0,4	-	-	20
0	1	2	19 Malattie endocrine, nutrizione e ricambio	0,8	0,4	-	-	20
0	1	1	20 Immunologia e centro trapianti	-	-	4	2	0
0	1	2	21 Geriatria	0,8	0,4	-	-	20
0	1	1	24 Malattie infettive e tropicali	1	0,5	-	-	20
0	1	1	25 Medicina del lavoro	2	1	-	-	20
0	1	3	26 Medicina generale	0,15	0,075	-	-	24/32
0	7	-	27 Medicina legale	-	-	(1)	-	0
1	6	1	28 Unità spinale	4	2	-	-	20
0	1	2	29 Nefrologia	0,8	0,4	-	-	20
0	2	1	30 Neurochirurgia	1	0,5	-	-	20
0	3	3	31 Nido	-	-	-	-	0
0	1	3	32 Neurologia	0,3	0,15	-	-	20
0	3	2	33 Neuropsichiatria infantile	-	-	0,8	0,3	0
0	2	3	34 Oculistica	0,3	0,15	-	-	16
0	2	2	35 Odontoiatria e stomatologia	0,8	0,4	-	-	20
0	2	3	36 Ortopedia e traumatologia	0,2	0,1	-	-	24/32
0	3	3	37 Ostetricia e ginecologia	0,3	0,15	-	-	24/32
0	2	3	38 Otorinolaringoiatria	0,3	0,15	-	-	16
0	3	3	39 Pediatria	0,3	0,15	-	-	20
0	5	3	40 Psichiatria	0,3	0,15	-	-	16
0	7	-	41 Medicina termale	-	-	n/a	-	0
0	7	1	42 Tossicologia	-	-	6	4	0
0	2	3	43 Urologia	0,3	0,15	-	-	20
0	4	1	46 Grandi ustioni pediatriche	-	-	-	-	8
0	4	1	47 Grandi ustionati	6	4	-	-	8
0	2	1	48 Nefrologia (abilitato al trapianto rene)	4	2	-	-	20
0	4	3	49 Terapia intensiva	0,3	0,15	-	-	8
0	4	3	50 Unità coronarica	0,3	0,15	-	-	8
0	4	3	51 Medicina e chirurgia d'accett. e d'emerg.	0,3	0,15	-	-	8
0	1	1	52 Dermatologia	1	0,5	-	-	20
0	7	2	54 Emodialisi (v. anche nefrologia cod. 29)	-	-	0,5	0,3	0
0	7	-	55 Farmacologia clinica	-	-	n/a	-	0
1	6	3	56 Recupero e riabilitazione funzionale	0,07	0,04	-	-	24/32
0	1	1	57 Fisiopatologia della riproduzione umana	4	2	-	-	20
0	1	2	58 Gastroenterologia	0,8	0,4	-	-	20
1	6	3	60 Lungodegenti (vedi medicina generale)	-	-	-	-	24/32
0	7	-	61 Medicina nucleare	-	-	1	0,5	0
0	3	1	62 Neonatologia (in alternativa a cod. 73)	1	0,5	-	-	20
0	1	3	64 Oncologia	0,8	0,4	0,3	0,15	16
0	1	-	65 Oncoematologia (v. Ematologia cod. 18)	0	-	-	-	0
0	1	1	66 Oncoematologia pediatrica	4	2	-	-	20
0	7	-	67 Pensionanti (multispecialistico)	-	-	n/a	-	0
0	1	2	68 Pneumologia	0,8	0,4	-	-	20
0	7	3	69 Radiologia	-	-	0,3	0,15	0
0	1	-	70 Radioterapia (v. cod. 74)	-	-	-	-	0
0	1	1	71 Reumatologia	1	0,5	-	-	20
0	4	1	73 Terapia intensiva neonatale	1	0,5	-	-	8
0	1	1	74 Radioterapia oncologica	-	-	1	0,5	0
1	6	1	75 Neuroriabilitazione	2	1	-	-	20
0	2	1	76 Neurochirurgia pediatrica	6	4	-	-	20
0	1	1	77 Nefrologia pediatrica	6	4	-	-	20
0	2	1	78 Urologia pediatrica	6	4	-	-	20
0	7	-	82 Anestesia e rianimaz. (serv. ambulat. v. 49)	-	-	(2)	-	0
0	7	-	97 Detenuti	-	-	-	-	0
0	7	-	98 Day surgery	-	-	-	-	0
0	7	3	Laboratorio d'analisi	-	-	0,3	0,15	0
0	7	-	Ds Direzione sanitaria di presidio	-	-	(3)	-	-
0	7	-	F Farmacia ospedaliera	-	-	(4)	-	-
0	7	-	Servizio trasfusionale	-	-	0,3	0,15	-
0	7	-	Microbiologia e virologia	-	-	1	0,5	-

(1) Attività territoriale

(2) In rapporto all'articolazione della rete del pronto soccorso

(3) 1 Sc per Hub e spoke, Ss nei presidi di base

(4) Sc per Hub e spoke

(*) Il numero di posti letto, ordinari e day hospital, è indicativo per il pubblico; per il privato si farà riferimento a corrispondenti volumi di attività