REGIONE PIEMONTE

GIUNTA REGIONALE

Verbale n. 70 Adunanza 6 luglio 2015

L'anno duemilaquindici il giorno 6 del mese di luglio alle ore 10:30 in Torino presso la Sede della Regione, Piazza Castello n.165, nella apposita sala delle adunanze di Giunta, si è riunita la Giunta Regionale con l'intervento di Sergio CHIAMPARINO Presidente, Aldo RESCHIGNA Vicepresidente e degli Assessori Francesco BALOCCO, Monica CERUTTI, Giuseppina DE SANTIS, Giovanni Maria FERRARIS, Giorgio FERRERO, Giovanna PENTENERO, Antonino SAITTA, Alberto VALMAGGIA, ~~Augusto FERRARI, Antonella PARIGI,~~ con l'assistenza di Roberta BUFANO nelle funzioni di Segretario Verbalizzante.

Sono assenti gli Assessori: FERRARI, PARIGI

(Omissis)

D.G.R. n. 67 - 1716

OGGETTO:

Articolazione dei posti letto per attivita' di ricovero in acuzie e post-acuzie e per prestazioni di assistenza territoriale da contrattare con le strutture private accreditate con il SSR erogatrici di attivita' di ricovero ed individuazione dei correlati tetti massimi di spesa.

A relazione dell' Assessore SAITTA:

L'art. 8 bis del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. prevede che "Le regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza (...) avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonchè di soggetti accreditati ai sensi dell'art. 8 quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8 quinquies."

L'art. 8 quater del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., al comma 1, prevede che "L'accreditamento istituzionale è rilasciato dalla regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private, e ai professionisti che ne facciano richiesta, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti. Al fine di individuare i criteri per la verifica della funzionalità rispetto alla programmazione nazionale e regionale, la regione definisce il fabbisogno di assistenza secondo le funzioni sanitarie individuate dal Piano sanitario regionale per garantire i livelli essenziali e uniformi di assistenza, nonché gli eventuali livelli integrativi locali e le esigenze connesse all'assistenza integrativa... ".

L'art. 8 quinquies del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., al comma 2, stabilisce che "la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate al di fuori degli accordi contrattuali". Al comma 2 quinquies dello stesso articolo si stabilisce altresì che "In caso di mancata stipula degli accordi l'accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8 quater delle strutture e dei professionisti eroganti prestazioni per conto del Servizio sanitario nazionale interessati è sospeso".

L'art. 8 sexies del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., al comma 1, prevede che "Le strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale sono finanziate secondo un ammontare globale predefinito indicato negli accordi contrattuali di cui all'articolo 8 quinquies e determinato in base alle funzioni assistenziali e alle attività svolte nell'ambito e per conto della rete dei servizi di riferimento".

L'art. 32, comma 8, della legge 27 dicembre 1997, n. 449 prevede che "Le regioni, in attuazione della programmazione sanitaria ed in coerenza con gli indici di cui all'articolo 2, comma 5, della legge 28 dicembre 1995, n. 549, e successive modificazioni, individuano preventivamente per ciascuna istituzione sanitaria pubblica e privata (...) o per gruppi di istituzioni sanitarie, i limiti massimi annuali di spesa sostenibile con il Fondo sanitario".

La recente giurisprudenza amministrativa, con sentenza del Consiglio di Stato in Adunanza Plenaria n. 3/2012 ha ribadito che "...Alle Regioni è stato pertanto affidato il compito di adottare determinazioni di natura autoritativa e vincolante in tema di limiti di spesa sanitaria, in coerenza con l'esigenza che l'attività dei vari soggetti operanti nel sistema sanitario si svolga nell'ambito di una pianificazione finanziaria. Alla stregua di detta disciplina spetta ad un atto autoritativo e vincolante di programmazione regionale, e non già ad una fase concordata e convenzionale, la fissazione del tetto massimo annuale di spesa sostenibile con il fondo sanitario per singola istituzione o per gruppi di istituzioni, nonché la determinazione dei preventivi annuali delle prestazioni".

Il Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135, all'art. 15, comma 13, lett. c), intervenendo in materia di revisione della spesa pubblica, ha disposto la riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, prevedendo il coerente adeguamento delle dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici ed assumendo come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni. La prescritta riduzione dei posti letto riferita ai presidi ospedalieri pubblici interessa una quota non inferiore al 50% del totale dei posti letto da ridurre e deve essere conseguita esclusivamente attraverso la soppressione di unità operative complesse, previa verifica, da parte della Regione, della funzionalità delle piccole strutture ospedaliere pubbliche, anche se funzionalmente e amministrativamente facenti parte di presidi ospedalieri articolati in più sedi, nonché promuovendo l'ulteriore passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale e l'incremento dell'assistenza residenziale e domiciliare.

Con D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013 sono stati approvati i Programmi Operativi 2013-2015 predisposti ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. n. 95/2012, come convertito in L. n. 135/2012. Nell'ambito dei Programmi Operativi, il Programma 14 - intervento 14.1.1 "Rete ospedaliera e riconversioni" - prevedeva, entro il 31/12/2013, la "ridefinizione della rete ospedaliera acuti e post-acuti, con individuazione analitica del numero dei posti letto suddivisi per struttura, disciplina, DH e ordinari, unità operative (nel rispetto delle indicazioni degli standard nazionali e del Regolamento ex D.M. 70/2015)", per realizzare il risultato programmato di "allineamento della rete ospedaliera del Piemonte ai parametri ed agli standard previsti dalla normativa statale di riferimento (adempimento Lea punto f) prevedendo, in caso di mancata attuazione del programma da parte delle ASR, un meccanismo sostitutivo dell'Amministrazione regionale" e di "realizzazione di una rete ospedaliera, articolata per differenti livelli di intensità assistenziale e nelle reti specialistiche previste, efficacemente integrata" a livello interaziendale e regionale.

Con Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", in conformità alle previsioni dell'art. 3, comma 1, del Nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016, il Ministero della Salute ha definito in modo uniforme per l'intero territorio nazionale, gli

standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture sanitarie dedicate all'assistenza ospedaliera.

Il citato Decreto, al punto 2.5 dell'allegato, prevede che "...fermo restando che l'attività assistenziale esercitata per conto del Servizio sanitario nazionale viene annualmente programmata dalla Regione con la fissazione dei volumi di attività ed i tetti di remunerazione per prestazioni e funzioni da indicarsi negli appositi accordi contrattuali annuali, le strutture ospedaliere private sono accreditate, in base alla programmazione regionale (...) stabilendo altresì che, a partire dal 1° gennaio 2015, entri in vigore e sia operativa una soglia di accreditabilità e di sottoscrivibilità degli accordi contrattuali annuali, non inferiore a 60 p.l. per acuti, ad esclusione delle strutture monospecialistiche per le quali è fatta salva la valutazione regionale dei singoli contesti (...). Al fine di realizzare l'efficientamento della rete ospedaliera, per le strutture accreditate già esistenti alla data del 1° gennaio 2014, che non raggiungono la soglia dei 60 posti accreditati per acuti, anche se dislocate in siti diversi all'interno della stessa Regione, sono favoriti i processi di riconversione e/o fusione attraverso la costituzione di un unico soggetto giuridico ai fini dell'accreditamento, da realizzarsi entro il 30 settembre 2016 al fine di consentirne la piena operatività dal 1° gennaio 2017. In questi casi, con riferimento al nuovo soggetto giuridico ai fini dell'accreditamento, la soglia dei p.l. complessivi non può essere inferiore a 80 p.l. per acuti e le preesistenti strutture sanitarie che lo compongono devono assicurare attività affini e complementari (...) Conseguentemente dal 1° luglio 2015 non possono essere sottoscritti contratti con strutture accreditate con meno di 40 posti letto per acuti. Dal 1° gennaio 2017 non possono essere sottoscritti contratti con le strutture accreditate con posti letto ricompresi tra 40 e 60 posti letto per acuti che non sono state interessate dalle aggregazioni di cui al precedente periodo".

Con deliberazione n. 1-600 del 19 novembre 2014, successivamente integrata con deliberazione n. 1-924 del 23 gennaio 2015, la Giunta regionale ha approvato il programma di revisione della rete ospedaliera regionale piemontese, che definisce il fabbisogno complessivo, a livello regionale, di p.l. di acuzie e di post-acuzie per singola disciplina, sulla base degli standard di cui alla legge 135/2012 nonché sulla base del percorso e dei criteri specificatamente descritti nelle citate deliberazioni giuntali.

In particolare, sulla base dei posti letto attesi e nel rispetto degli standard stabiliti in sede di Comitato LEA e recepiti dal Regolamento, è stato definito il fabbisogno di prestazioni di ricovero, in termini di strutture complesse, da assegnare in ambito pubblico, articolato per disciplina secondo gli standard del bacino di utenza e secondo l'articolazione Hub (DEA di II livello) e Spoke (DEA di I livello). Sono stati altresì individuati, a livello regionale, i punti di erogazione equivalenti da assegnare ai soggetti erogatori privati (Case di cura, presidi equiparati ex art. 43 L. 833/78, IRCCS) nelle diverse discipline, ad integrazione e completamento del fabbisogno già soddisfatto dalle ASR.

Con le citate DD.G.R. n. 1-600/2014 e n. 1-924/2015 la Giunta regionale ha altresì definito la dotazione complessiva dei posti letto, articolata per disciplina a livello aziendale, con riferimento al pubblico, e, per disciplina a livello regionale, relativamente ai soggetti erogatori privati.

Le specialità e i posti letto sono stati assegnati alle strutture pubbliche in funzione del ruolo di ciascun presidio all'interno della rete di emergenza-urgenza. Laddove sia stata rilevata la presenza di un fabbisogno non integralmente soddisfatto dalle ASR si è proceduto alla determinazione, a livello regionale, della quota di posti letto da assegnare agli erogatori privati sulla base del fabbisogno necessario ad integrare la capacità produttiva delle strutture pubbliche. I p.l., nelle discipline e secondo i fabbisogni assistenziali definiti dalle più volte citate DD.G.R. nn. 1-600/2014 e 1-924/2015, dovranno ora essere assegnati a ciascun erogatore privato accreditato in conformità, tra l'altro, a quanto previsto dal Decreto Ministero della Salute del 2 aprile 2015, n. 70.

In particolare, i provvedimenti di cui sopra, all'esito del percorso di adeguamento della rete ospedaliera piemontese ai citati standard nazionali, evidenziano un fabbisogno complessivo di 15.464 p.l., di cui 11.438 p.l. per acuzie e 4.026 p.l. per post-acuzie, stabilendo che il fabbisogno

complessivo definito dev'essere soddisfatto in modo integrato anche dall'attività degli erogatori privati, sempre organizzata per bacini di utenza, attraverso specifici accordi. Nell'ambito di detta dotazione complessiva, i posti letto assegnati agli erogatori privati risulta pari a 4.376 p.l., di cui 931 p.l. per acuzie e 3.445 p.l. per post-acuzie.

Per quanto riguarda gli aspetti più propriamente economici della manovra, i valori di spesa massima per il 2014 - già fissati, complessivamente e per ciascuna struttura, dalla DGR n. 11-7572 del 12.5.2014 - sono stati rimodulati dalla DGR n. 46-233 del 4.8.2014. Nel 2014 l'attività di ricovero ha complessivamente stanziato Euro 471.493.158,00. Tale importo è stato preso a riferimento dalle DDGR n. 22-916 del 19.1.2015, n. 43-1272 del 30.3.2015 e n. 23-1418 del 11.05.2015 per fissare transitoriamente, in attesa della ridefinizione dei fabbisogni, il tetto di spesa del 2015 per le mensilità previste nell'ambito dei suddetti provvedimenti deliberativi. I citati atti prevedevano altresì che i contratti, stipulati in base ai criteri definiti a livello regionale ed ai fabbisogni di assistenza sanitaria definitivamente individuati dagli atti di programmazione, avrebbero ricompreso anche la produzione del periodo transitorio erogata in dodicesimi.

Con specifico riferimento agli erogatori privati, data l'esigenza di determinare l'articolazione definitiva dei p.l. che dovranno essere posti effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale, è stato avviato, in concorso con gli stessi e tenuto conto del complessivo fabbisogno di attività di ricovero per acuzie e post acuzie nonché di prestazioni di assistenza territoriale, un percorso finalizzato alla contrattualizzazione delle prestazioni e dei budget da erogare per le annualità 2015-2016.

Il percorso di cui trattasi si è sviluppato, inizialmente, attraverso una serie di incontri con le organizzazioni rappresentative a livello regionale degli erogatori privati; nel corso di dette riunioni, in particolare, sono stati rappresentati e discussi i criteri generali che, a livello regionale, costituiscono il riferimento per la determinazione della dotazione di posti letto da assegnare alle singole strutture accreditate, sulla base del complessivo fabbisogno di attività di ricovero per acuzie e post acuzie nonché di prestazioni di assistenza territoriale, anche tenuto conto dei dati della mobilità extra-regionale. I criteri di cui trattasi vengono di seguito illustrati:

- con decorrenza 1° luglio 2015 le strutture private accreditate che non raggiungono la soglia di accreditabilità di cui al punto 2.5 dell'allegato al Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 (40 p.l. per acuti), non potranno più avere rapporti contrattuali con l'Amministrazione regionale. In assenza della specifica intesa in Conferenza Stato Regioni, prevista dal punto 2.5 dell'allegato, la Regione dispone:
  - di non individuare specifiche soglie di accreditabilità e di sottoscrivibilità dei contratti per le strutture monospecialistiche;
  - qualora il processo di fusione di strutture sanitarie ricomprese tra 40 e 60 p.l. accreditati per acuti non preveda l'aggregazione delle stesse in un'unica sede, come di norma indicato dal Regolamento, dev'essere prevista un'unica direzione sanitaria.

  Di conseguenza è possibile prevedere una riconversione di dette strutture con accreditamento e attribuzione del budget come segue:
  - le strutture psichiatriche per acuzie (cod. 40), potranno essere convertite in strutture psichiatriche di post-acuzie (cod. 56.40; 60.40) e/o in strutture territoriali;
  - le strutture psichiatriche di post-acuzie (cod. 56.40; 60.40) potranno essere convertite in strutture territoriali;
  - le strutture del tipo DH tipo C potranno essere convertite in strutture ambulatoriali;

- la capacità produttiva accreditata eventualmente eccedente il fabbisogno di prestazioni ospedaliere definito, in presenza di un'effettiva esigenza programmatoria, potrà essere, almeno

in parte, oggetto di riconversione in attività ambulatoriali, di continuità assistenziale a valenza sanitaria – CAVS, domiciliari o in altre prestazioni di assistenza territoriale;

- con riferimento alle attività di post-acuzie, a seguito dei rilievi posti dal Tavolo di verifica inter-ministeriale che richiedeva di accelerare il processo di ri-avvicinamento allo standard relativo ai p.l. per post-acuti pari allo 0,7 per 1000 abitanti, nelle aree omogenee caratterizzate da un forte eccesso di p.l. esistenti di post-acuzie rispetto al fabbisogno e non interessate da significativa mobilità attiva, si prevede che, a fronte di una riduzione di p.l. di post-acuzie, tali p.l. possano essere convertiti in CAVS nel rispetto del fabbisogno degli stessi per area di competenza;
- con riferimento all'assegnazione dei posti letto, il raffronto tra il fabbisogno e l'offerta di alcune aree ha dato origine a un numero maggiore di p.l. programmati rispetto a quanto previsto dalla DGR 1-600/2014 e s.m.i. (leggermente maggiore per i p.l. di acuzie ed inferiore per i p.l. di post-acuzie) nell'ambito di un budget complessivo comunque compreso nei limiti del budget programmato;
- il fabbisogno di prestazioni e di capacità produttiva, determinata per ciascun erogatore privato accreditato in conformità al percorso poc'anzi definito, costituirà riferimento, ai sensi degli artt. art. 8 ter e 8 quater D.Lgs. 502/92 e s.m.i., per i processi di autorizzazione/accreditamento con i produttori privati, sino all'adozione di successivo atto di revisione dei fabbisogni assistenziali regionali definiti dalle DD.G.R. 1-600/2014 e 1-924/2015;
- le strutture private accreditate che, ai sensi del D.M. 2 aprile 2015, n. 70, non raggiungono la soglia di accreditabilità e di sottoscrivibilità degli accordi contrattuali annuali potranno realizzare processi di riconversione/fusione attraverso la costituzione di un unico soggetto giuridico ai fini dell'accreditamento;
- ai sensi della DGR n. 8-9055 del 1.07.2008, nel caso di trasformazione funzionale delle case di cura, nell'ambito della struttura già autorizzata ed accreditata il limite minimo della capacità ricettiva si intende riferito al complesso delle attività degenziali sanitarie che si prevede di erogare nella struttura. E' escluso dal computo l'attività ricettiva per attività socio-sanitarie;
- i requisiti minimi del personale di assistenza per tutte le case di cura private dovranno riferirsi, per singole specialità, alla normativa regionale vigente anche tenuto conto del tasso di occupazione dei posti letto;
- il budget per la remunerazione delle attività di ricovero per acuzie e post-acuzie rese dai soggetti erogatori privati sarà definito, nell'ambito del tetto massimo di spesa fissato per ciascuna struttura per l'anno 2014, sulla base del fabbisogno di prestazioni per specialità e per bacino di utenza. Laddove assegnate si procederà altresì, nell'ambito del budget definito, alla valorizzazione delle attività di continuità assistenziale a valenza sanitaria, delle attività domiciliari e di assistenza ambulatoriale;
- nell'ambito dei bacini di utenza caratterizzati da una forte migrazione transregionale potrà esser previsto, per alcune strutture private accreditate, una quota di budget maggiore da destinare ai pazienti provenienti da fuori regione.

A conclusione della prima fase del percorso si è proceduto alla rappresentazione, alle organizzazioni rappresentative degli erogatori privati, del fabbisogno, a livello di area omogenea di programmazione, di p.l. di ricovero in acuzie e post-acuzie e di prestazioni territoriali, individuato sulla base del fabbisogno complessivo definito, a livello regionale, dalle più volte citate DD.G.R. 1-600/2014 e 1-924/2015 ed in applicazione dei criteri generali sopra rappresentati, nonché dei correlati tetti massimi di spesa suddivisi per area e per disciplina.

Successivamente è stata avviata una seconda fase di confronto con i singoli erogatori privati, talora assistiti dalle rispettive Associazioni rappresentative, finalizzata alla concertazione, con ciascuna struttura accreditata, della tipologia e del numero dei posti letto da contrattare per le annualità 2015-2016, a livello regionale ed extra-regionale, nonché dei correlati tetti di spesa per la remunerazione delle attività di ricovero e, qualora assegnate, delle prestazioni di assistenza

territoriale. Laddove compatibilili con i fabbisogni ed i tetti di spesa previsti dagli atti di programmazione sanitaria regionali, si è provveduto altresì alla discussione e definizione dei posti letto e dei tetti di spesa relativi all'annualità 2017 che potranno essere contrattati in presenza dei requisiti previsti dalla normativa vigente.

Con riferimento alle strutture private accreditate che, seppure convocate, non hanno ritenuto in un primo momento di intervenire alla fase di negoziazione avviata dall'Amministrazione regionale in conformità al percorso ed ai criteri sopracitati, sono state inviate le schede di dettaglio del numero dei p.l. da contrattare e dei correlati tetti massimi di spesa, con richiesta di esprimere l'accettazione, oppure, in caso contrario, di far pervenire le proprie osservazioni. I rilievi trasmessi sono stati quindi oggetto di confronto nell'ambito di successivi incontri presso l'Assessorato e comunque sono stati ponderati e vagliati in relazione al complessivo contesto di riferimento.

A chiusura della fase negoziale del percorso, che ha portato alla definizione e sottoscrizione di specifici verbali d'intesa con la quasi totalita' degli erogatori, sono state inoltre trasmesse alle organizzazioni rappresentative a livello regionale, le tabelle riepilogative dei posti letto di acuzie, post-acuzie e prestazioni territoriali ed i tetti massimi di spesa, suddivisi per area omogenea di programmazione, quali risultati al termine degli incontri con le singole strutture accreditate.

Quanto ai criteri assunti per la determinazione dei tetti di spesa per le annualità 2015-2016-2017 si è proceduto come di seguito specificato:

- per l'annualità 2014 è stato assunto quale tetto di spesa quello definito con DGR n. 46-233/2014;
- per i tetti di spesa relativi all'annualità 2015 – già definiti per i primi sei mesi pari a sei dodicesimi dell'annualità 2014 (ex D.G.R. n. 46-233/2014) - è stato utilizzato un criterio di adeguiamento progressivo della situazione pre-esistente ai fabbisogni programmati per le annualità 2016-2017.
- per le annualità 2016-2017, in sede di definizione e negoziazione delle proposte regionali sono stati considerati i p.l. programmati calcolati sulla base di un tasso di occupazione dell'85%; per la definizione dei limiti finanziari relativi a dette annualità si è altresì tenuto conto della tariffa media effettiva per le prestazioni di post-acuzie e del peculiare fatturato medio per p.l. e per disciplina di ciascuna struttura di acuzie. La validità del tetto di spesa con riferimento all'annualità 2017 è comunque subordinata al rispetto delle soglie di accreditabilità e contrattuabilità previste al punto 2.5 dell'allegato al Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70;
- per il presidio ex art. 43 L. 833/78 Gradenigo è statao previsto il proseguimento del finanziamento relativo alla funzione ospedaliera "Pronto soccorso h.24", confermata negli atti di programmazione sanitaria regionali, in conformità a quanto disposto nella D.G.R. 22 dicembre 2014 n. 38-812;
- per gli Istituti di Ricovero e Cura a carattere Scientifico si è ritenuto necessario il riconoscimento per le annualità 2015-2016-2017 di uno specifico finanziamento per le attivita' di ricerca. Il riconoscimento non è finalizzato a coprire i costi per la ricerca «corrente» e «finalizzata» che vengono riconosciuti dal Ministero attraverso specifici finanziamenti ma rappresenta un contributo regionale al potenziamento della funzione di ricerca applicata che non trova sufficiente copertura nella remunerazione a prestazione e che si ritiene opportuno rafforzare attraverso il finanziamento di Programmi sperimentali triennali. Il contenuto ed i valori saranno oggetti di un documento specifico in cui saranno altresì stabiliti i risultati attesi, le attività programmate e le modalità di rendicontazione all'ASL di riferimento territoriale.
- la componente ambulatoriale del budget definito con il presente atto rientra nell'ambito del tetto di spesa complessivo per prestazioni di assistenza ambulatoriale che sarà definito con successivo provvedimento della Giunta regionale, sentite le rispettive organizzazioni rappresentative;

- il budget definito, con il presente provvedimento, per ciascuna struttura privata accreditata comprende altresì la copertura degli eventuali oneri connessi ai posti letto ex art. 26 L. 833/78 - attualmente a carico delle ASL - che, in conformità agli indirizzi della programmazione regionale, non concorrono alla rete ospedaliera e pertanto, laddove trattati, ne è stata prevista la dismissione e la sostituzione con altra funzione oggetto di riallocazione;
- nel caso di aggregazione di strutture è stato previsto un badget complessivo per le strutture oggetto di aggregazione.

Rilevato altresì che:

- risulta necessario prevedere che, entro il termine del 31.12.2015, la Giunta regionale, in conformità alla normativa nazionale in materia, provveda all'adozione degli atti necessari al superamento delle situazioni di accreditamento provvisorio ancora in essere;
- l'Appendice 2 del D.M. 70/2015 prevede uno spostamento della piccola chirurgia, oggi svolta in regime di day surgery, nell'area della chirurgia ambulatoriale, con inclusione in quest'ultima anche di prestazioni caratterizzate da rischio anestesiologico in classe ASA 2 (attività chirurgica che pur essendo a rischio lievemente superiore alla classe ASA 1 permane in una classe di rischio anestesiologico piuttosto bassa) . Considerato che tali prestazioni non sono attualmente tutte incluse nel Nomenclatore ambulatoriale regionale risulta necessario, nelle more dell'adeguamento degli atti in materia, garantire, senza soluzione di continuità, la prosecuzione delle attività rese dalle strutture accreditate per day surgery di tipo C che svolgono attualmente prestazioni a carico del SSR;
- nei casi di riconversione di strutture psichiatriche per acuzie (cod. 40) in strutture psichiatriche di post-acuzie (cod. 56.40; 60.40) e/o in strutture territoriali gli erogatori, considerata la peculiarità delle attività svolte nonché l'esigenza di prevedere la dismissione delle stesse con modalità di tipo graduale, dovranno garantire le relative attività fino al 31.12.2015 nell'ambito del budget specificamente assegnato;
- considerato che la competenza specifica sugli aspetti di appropriatezza clinica, organizzativa e gestionale dell'attività di ricovero è di spettanza esclusiva delle singole Regioni e rilevato altresì che estendere tali regole all'accoglienza del paziente residente fuori Regione potrebbe risultare in contrasto con il principio di libera scelta del paziente, qualora le prestazioni di post-acuzie siano erogate dalle strutture di ricovero a favore di assistiti di altre Regioni non si applicano le specifiche ed ulteriori regole di abbattimento previste dalla Regione Piemonte rispetto alla normativa nazionale in materia di provenienza del paziente (da domicilio o da altra struttura di ricovero) e di proposta di percorso riabilitativo individuale (PPRI).

Vista infine la DGR 58-3079 del 5.12.2011 recante "Adeguamento delle competenze riservate alla Regione e alle ASL ai sensi dell'art. 8 quinquies D.Lgs. 229/1999 e s.m.i. alle previsioni del Piano di rientro" che prevede che:

- alla responsabilità della Regione viene, fra l'altro, riservata:
  - la definizione del fabbisogno di assistenza secondo le funzioni sanitarie e, conseguentemente, la determinazione della capacità produttiva delle strutture pubbliche ed equiparate e private accreditate, articolata per specialità e per tipologia di prestazioni;
  - la determinazione del sistema di remunerazione tariffaria di cui all'art. 8 sexies del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., nonché del criterio di regolazione, ove necessario, al fine di favorire l'autosufficienza di ciascuna Regione come previsto dal comma 8 della norma stessa, del rapporto tra la produzione verso cittadini della Regione Piemonte e verso cittadini di altre regioni;
  - la determinazione dello schema tipo del contratto a valere per le strutture private e di accordo contrattuale a valere per le strutture equiparate a quelle pubbliche;

- la stipulazione degli accordi contrattuali con le strutture pubbliche ed equiparate, nonché la verifica del loro rispetto;
- l'assunzione dell'eventuale iniziativa di convocazione delle parti interessate in tutti i casi in cui le stesse non pervengano alla sottoscrizione dei contratti per le vie ordinarie, al fine di verificare i presupposti che hanno determinato il mancato accordo, disponendo, nel caso l'accordo non venga raggiunto entro i successivi sessanta giorni, che la competente ASL non corrisponda, ai sensi dell'art. 8 quater, comma 2, del DLs. 502/92 e s.m.i., alcuna remunerazione per le prestazioni eventualmente erogate in assenza di accordo contrattuale. Ai sensi dell'articolo 8 quinquies, comma 2 quinquies, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i., in caso di mancata stipula del contratto entro i termini suddetti e nel rispetto delle disposizioni regionali, con provvedimento dirigenziale è disposta la sospensione dell'accreditamento istituzionale di cui all'art. 8 quater delle strutture e dei professionisti interessati.

- alla responsabilità delle Aziende sanitarie locali territorialmente competenti viene riservata, fra l'altro, la stipulazione dei contratti con i singoli soggetti erogatori privati nel rispetto delle indicazioni e dei limiti stabiliti dalla Regione e nel rispetto del tetto di costo (corrispettivo) massimo complessivo annuo delle prestazioni di specialistica e ospedaliera da acquistare da terzi soggetti erogatori quale definito dalla Regione stessa.

Ritenuto di modificare la citata DGR 58-3079 del 5.12.2011 nella parte in cui attribuisce alla responsabilità della Regione la stipulazione degli accordi contrattuali con le strutture equiparate a quelle pubbliche nonché la verifica del loro rispetto, prevedendo che, in analogia a quanto già disposto con riferimento alla stipulazione dei contratti con gli altri erogatori privati, anche la sottoscrizione degli accordi contrattuali con i presidi ex art. 42 e 43 della L. 833/78, nonché la gestione amministrativa e la verifica degli stessi, sia riservata alla responsabilità delle Aziende sanitarie locali territorialmente competenti.

Alla luce di quanto premesso, con il presente provvedimento, si ritiene di:

- approvare i criteri generali che costituiscono parametro di riferimento per la determinazione della dotazione di posti letto che, sulla base del complessivo fabbisogno di attività di ricovero per acuzie, post acuzie e di prestazioni di assistenza territoriale definito con DD.G.R. nn. 1-600/2014 e 1-924/2015, dovranno essere contrattate con i soggetti erogatori privati, anche tenuto conto dei dati della mobilità extra-regionale;
- approvare la tabella allegata sub A) al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale che, nell'ambito del fabbisogno programmato, determina, per ciascuna struttura privata erogatrice di attività di ricovero accreditata con il SSR, il numero di posti letto per acuzie, post-acuzie e continuità assistenziale a valenza sanitaria (CAVS) che saranno oggetto di accordo contrattuale;
- demandare a successivi atti della competente Direzione regionale Sanità l'adozione, nell'ambito del fabbisogno programmato con il presente provvedimento che costituisce parametro di riferimento, dei provvedimenti di autorizzazione/accreditamento finalizzati, sulla base della presentazione di apposita istanza da parte dei soggetti privati interessati, a variare il numero dei posti letto attualmente accreditati per ciascun erogatore privato qualora necessario per adeguarlo al numero di posti letto che costituisce oggetto di accordo contrattuale per le annualità 2015-2016-2017, come definiti nella tabella allegata sub A) al presente provvedimento;
- demandare altresì a successivi provvedimenti della competente Direzione regionale Sanità l'attivazione dei p.l. di continuità assistenziale a valenza sanitaria in conformità alle disposizioni di cui alle DD.G.R. n. 6-5519/2013 e n. 14-7070/2014 nonché nei limiti dei p.l. di CAVS previsti nella tabella sub A) al presente provvedimento;

- prevedere che, entro il termine del 31.12.2015, la Giunta regionale, in conformità alla normativa nazionale in materia, provveda all'adozione degli atti necessari al superamento delle situazioni di accreditamento provvisorio ancora in essere;
- approvare la tabella allegata sub B) al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale, che, sulla base dei volumi annui di prestazioni da acquistare dai soggetti erogatori privati nell'ambito delle attività di acuzie, post-acuzie e territoriali, definisce, per ciascuna struttura accreditata erogatrice di attività di ricovero, il tetto massimo di spesa sostenibile per le annualità 2015-2016-2017 per la remunerazione delle attività di ricovero e territoriali, sia a livello regionale che extraregionale, confermando per l'annualità 2014 il tetto di spesa definito con DGR n. 46-233/2014. Il budget definito, con il poresente provvedimento, per ciascuna struttura privata accreditata comprende altresì la copertura degli eventuali oneri connessi ai posti letto ex art. 26 L. 833/78 - attualmente a carico delle ASL;
- prevedere, per il presidio ex art. 43 L. 833/78 Gradenigo, il proseguimento del finanziamento relativo alla funzione ospedaliera "Pronto soccorso h. 24", confermata negli atti di programmazione sanitaria regionali, in conformità a quanto disposto nella D.G.R. 22 dicembre 2014 n. 38-812; per gli IRCCS e' riconosciuto per le annualità 2015-2016-2017 uno specifico finanziamento per le attivita' di ricerca quale contributo regionale al potenziamento della funzione di ricerca applicata che non trova sufficiente copertura nella remunerazione a prestazione e che si ritiene opportuno rafforzare attraverso il finanziamento di Programmi sperimentali triennali l'ammontare del finanziamento sarà definito con successivo provvedimento della Giunta regionale;
- confermare che non sarà riconosciuta alcuna remunerazione per eventuali produzioni eccedenti i tetti di spesa massimi fissati per ciascuna struttura, non sarà consentito l'utilizzo delle economie di risorse destinate all'attività di ricovero per remunerare prestazioni ambulatoriali e viceversa le economie di risorse previste per l'attività ambulatoriale non possono remunerare attività di ricovero. Non sarà ammessa la compensazione tra i tetti di spesa assegnati per l'acquisto di prestazioni e per la somministrazione di farmaci, né tra quelli destinati al ricovero e quelli destinati a CAVS;
- demandare a successivi provvedimenti della Giunta regionale, da adottarsi entro il 31.07.2015, l'approvazione dello schema tipo del contratto a valere per le strutture private e di accordo contrattuale a valere per le strutture equiparate nonché dei criteri per la definizione, da parte delle ASL, degli specifici volumi e tipologie di prestazioni da acquistare dai singoli erogatori;
- prevedere, a modifica della DGR 58-3079 del 5.12.2011, che la sottoscrizione degli accordi contrattuali con i presidi ex artt. 42 e 43 L. 833/78, nonché la gestione amministrativa degli stessi compresa la verifica del loro rispetto, sia riservata alla responsabilità delle Aziende sanitarie locali territorialmente competenti;
- prevedere che, ai sensi dell'art. 8 quinquies, comma 2 quinquies, del D.lgs. n. 502/1992 e s.m.i., in caso di mancata sottoscrizione dei contratti venga avviato l'iter per la sospensione dell'accreditamento istituzionale di cui all'art. 8 quater delle strutture interessate, secondo le modalità di cui alla DGR 58-3079/2011; sino alla sottoscrizione del contratto le strutture non potranno comunque superare, in dodicesimi, i tetti di spesa massimi previsti nella tabella allegata sub B), di cui all'alinea precedente;
- demandare a successivo provvedimento della Giunta regionale, da adottarsi entro il 30.09.2015, la definitiva assegnazione dei tetti di spesa annui massimi per le annualità 2015-2016-2017, alle rimanenti strutture private accreditate erogatrici di attività ambulatoriale e di day surgery di tipo C, transitoriamente confermando, per il 2015, le regole e, in dodicesimi, i tetti di spesa fissati dalla DGR n. 46-233 del 4.08. 2014;
- demandare a successivi provvedimenti della Giunta regionale, da adottarsi entro il termine del 31.12.2015, l'adeguamento alle previsioni di cui all'Appendice 2 del D.M. 70/2015 degli

atti regionali di regolamentazione delle strutture sanitarie eroganti attività di chirurgia ambulatoriale. Nelle more di detto adeguamento le prestazioni rese in regime di day surgery continueranno ad essere garantite, senza soluzione di continuità, dalle strutture accreditate per day surgery di tipo C che attualmente erogano tali prestazioni a carico del SSR;

- prevedere che nei casi di riconversione di strutture psichiatriche per acuzie (cod. 40) in strutture psichiatriche di post-acuzie (cod. 56.40; 60.40) e/o in strutture territoriali gli erogatori, considerata la peculiarità delle attività svolte nonché l'esigenza di prevedere la dismissione delle stesse con modalità di tipo graduale, dovranno garantire le relative attività fino al 31.12.2015 nell'ambito del budget assegnato;
- prevedere che qualora le prestazioni di post-acuzie siano erogate dalle strutture di ricovero a favore di assistiti di altre Regioni non si applicano le specifiche ed ulteriori regole di abbattimento previste dalla Regione Piemonte rispetto alla normativa nazionale in materia di provenienza del paziente (da domicilio o da altra struttura di ricovero) e di proposta di percorso riabilitativo individuale (PPRI);
- prevedere infine che la copertura economica del presente provvedimento rientra nella quota indistinta di finanziamento alle ASL, senza oneri aggiunti per il bilancio regionale.

La Giunta regionale, condividendo le argomentazioni del relatore, a voti unanimi espressi nelle forme di legge,

d e l i b e r a

per le motivazioni di cui alle premesse:

- di approvare i criteri generali di cui alle premesse al presente provvedimento, che si intendono integralmente richiamati, i quali costituiscono parametro di riferimento per la determinazione della dotazione di posti letto che, sulla base del complessivo fabbisogno di attività di ricovero per acuzie, post acuzie e di prestazioni di assistenza territoriale definito con DD.G.R. nn. 1-600/2014 e 1-924/2015, dovranno essere contrattate con i soggetti erogatori privati, anche tenuto conto dei dati della mobilità extra-regionale;
- di approvare la tabella allegata sub A) al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale che, sulla base dei criteri generali definiti all'alinea precedente, determina, per ciascuna struttura privata erogatrice di attività di ricovero accreditata con il SSR, il numero di posti letto per acuzie, post-acuzie e e continuità assistenziale a valenza sanitaria (CAVS) che saranno oggetto di accordo contrattuale;
- di demandare a successivi atti della competente Direzione regionale Sanità l'adozione, nell'ambito del fabbisogno programmato con il presente provvedimento che costituisce parametro di riferimento, provvedimenti di autorizzazione/accreditamento finalizzati, sulla base della presentazione di apposita istanza da parte dei soggetti privati interessati, a variare il numero dei posti letto attualmente accreditati per ciascun erogatore privato qualora necessario per adeguarlo al numero di posti letto che costituisce oggetto di accordo contrattuale per le annualità 2015-2016-2017, come definiti nella tabella allegata sub A) al presente provvedimento;
- di demandare altresì a successivi provvedimenti della competente Direzione regionale Sanità l'attivazione dei p.l. di continuità assistenziale a valenza sanitaria in conformità alle disposizioni di cui alle DD.G.R. n. 6-5519/2013 e n. 14-7070/2014 nonché nei limiti dei p.l. di CAVS previsti nella tabella sub A) al presente provvedimento;

- di prevedere che, entro il termine del 31.12.2015, la Giunta regionale, in conformità alla normativa nazionale in materia, provveda all'adozione degli atti necessari al superamento delle situazioni di accreditamento provvisorio ancora in essere;
- di approvare la tabella allegata sub B) al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale, che, sulla base dei volumi annui di prestazioni da acquistare dai soggetti erogatori privati nell'ambito delle attività di acuzie, post-acuzie e territoriali, definisce, per ciascuna struttura accreditata erogatrice di attività di ricovero, il tetto massimo di spesa sostenibile per le annualità 2015-2016-2017 per la remunerazione delle attività di ricovero e territoriali, sia a livello regionale che extraregionale, confermando per l'annualità 2014 il tetto di spesa definito con DGR n. 46-233/2014. Il budget definito per ciascuna struttura privata accreditata comprende altresì la copertura degli eventuali oneri connessi ai posti letto ex art. 26 L. 833/78 - attualmente a carico delle ASL;
- di prevedere, per il presidio ex art. 43 L. 833/78 Gradenigo, il proseguimento del finanziamento relativo alla funzione ospedaliera "Pronto soccorso h. 24", confermata negli atti di programmazione sanitaria regionali, in conformità a quanto disposto nella D.G.R. 22 dicembre 2014 n. 38-812; per gli IRCCS e' riconosciuto per le annualità 2015-2016-2017 uno specifico finanziamento per le attivita' di ricerca quale contributo regionale al potenziamento della funzione di ricerca applicata che non trova sufficiente copertura nella remunerazione a prestazione e che si ritiene opportuno rafforzare attraverso il finanziamento di Programmi sperimentali triennali. L'ammontare del finanziamento sarà definito con successivo provvedimento della giunta regionale;
- di confermare che non sarà riconosciuta alcuna remunerazione per eventuali produzioni eccedenti i tetti di spesa massimi fissati per ciascuna struttura, non sarà consentito l'utilizzo delle economie di risorse destinate all'attività di ricovero per remunerare prestazioni ambulatoriali e viceversa le economie di risorse previste per l'attività ambulatoriale non possono remunerare attività di ricovero. Non sarà ammessa la compensazione tra i tetti di spesa assegnati per l'acquisto di prestazioni e per la somministrazione di farmaci, né tra quelli destinati al ricovero e quelli destinati a CAVS;
- di demandare a successivi provvedimenti della Giunta regionale, da adottarsi entro il 31.07.2015, l'approvazione dello schema tipo del contratto a valere per le strutture private e di accordo contrattuale a valere per le strutture equiparate nonché dei criteri per la definizione, da parte delle ASL, degli specifici volumi e tipologie di prestazioni da acquistare dai singoli erogatori;
- di prevedere, a modifica della DGR 58-3079 del 5.12.2011, che la sottoscrizione degli accordi contrattuali con i presidi ex artt. 42 e 43 L. 833/78, nonché la gestione amministrativa degli stessi compresa la verifica del loro rispetto, sia riservata alla responsabilità delle Aziende sanitarie locali territorialmente competenti;
- di prevedere che, ai sensi dell'art. 8 quinquies, comma 2 quinquies, del D.lgs. n. 502/1992 e s.m.i., in caso di mancata sottoscrizione dei contratti venga avviato l'iter per la sospensione dell'accreditamento istituzionale di cui all'art. 8 quater delle strutture interessate, secondo le modalità di cui alla DGR 58-3079/2011; sino alla sottoscrizione del contratto le strutture non potranno comunque superare, in dodicesimi, i tetti di spesa massimi previsti nella tabella allegata sub B), di cui all'alinea precedente;
- di demandare a successivo provvedimento della Giunta regionale, da adottarsi entro il 30.09.2015, la definitiva assegnazione dei tetti di spesa annui massimi per le annualità 2015-2016-2017, alle rimanenti strutture private accreditate erogatrici di attività ambulatoriale e di day surgery di tipo C transitoriamente confermando, per il 2015, le regole e, in dodicesimi, i tetti di spesa fissati dalla DGR n. 46-233 del 4.08. 2014;
- di demandare a successivi provvedimenti della Giunta regionale, da adottarsi entro il termine del 31.12.2015, l'adeguamento alle previsioni di cui all'Appendice 2 del D.M. 70/2015 degli atti regionali di regolamentazione delle strutture sanitarie eroganti attività di chirurgia ambulatoriale.

Nelle more di detto adeguamento le prestazioni rese in regime di day surgery continueranno ad essere garantite, senza soluzione di continuità, dalle strutture accreditate per day surgery di tipo C che attualmente erogano tali prestazioni a carico del SSR;

- di prevedere che nei casi di riconversione di strutture psichiatriche per acuzie (cod. 40) in strutture psichiatriche di post-acuzie (cod. 56.40; 60.40) e/o in strutture territoriali gli erogatori, considerata la peculiarità delle attività svolte nonché l'esigenza di prevedere la dismissione delle stesse con modalità di tipo graduale, dovranno garantire le relative attività fino al 31.12.2015 nell'ambito del budget assegnato;
- di prevedere che qualora le prestazioni di post-acuzie siano erogate dalle strutture di ricovero a favore di assistiti di altre Regioni non si applicano le specifiche ed ulteriori regole di abbattimento previste dalla Regione Piemonte rispetto alla normativa nazionale in materia di provenienza del paziente (da domicilio o da altra struttura di ricovero) e di proposta di percorso riabilitativo individuale (PPRI);
- di prevedere infine che la copertura economica del presente provvedimento rientra nella quota indistinta di finanziamento alle ASL, senza oneri aggiunti per il bilancio regionale.

Avverso la presente deliberazione è ammesso ricorso entro il termine di 60 giorni innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale, ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro 120 giorni. In entrambi i casi il termine decorre dalla piena conoscenza del provvedimento.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. 22/2010.

(Omissis)

Il Presidente
della Giunta Regionale
Sergio CHIAMPARINO

Direzione Affari Istituzionali
e Avvocatura
Il funzionario verbalizzante
Roberta BUFANO

Estratto dal libro verbali delle deliberazioni assunte dalla Giunta Regionale in adunanza 6 luglio 2015.

cr/

Allegato alla deliberazione
n. 67-1716 del 6/7/2015
Il Segretario verbalizzante

ALLEGATO A

PROGRAMMAZIONE SANITARIA 2015-2017
PROGRAMMAZIONE POSTI LETTO, ACUZIE POST- ACUZIE E CAVS PER LE CASE DI CURA PRIVATE, DAI PRESIDI SANITARI E DAGLI IRCCS.

TOTALI REGIONE		ACUTI	POST-ACUTI	TOTALE PL
POSTI LETTO RICOVERO TOTALE	RIC	952	3.245	4.197
CAVS	CAVS			483

	ASL TO1		2016		
			ACUTI	POST-ACUTI	TOTALE
201	KOELLIKER OSPEDALINO	RIC	19	30	49
201	TOTALE KOELLIKER	TOT	19	30	49
201	D.T.R. CELLINI	RIC	44	0	44
201	TOTALE D.T.R. CELLINI	TOT	44	0	44
201	PRESIDIO SANITARIO SAN CAMILLO	RIC	0	120	120
201	TOTALE PRESIDIO SANITARIO SAN CAMILLO	TOT	0	120	120
201	**ASL TO1 TOTALE RICOVERO**	**RIC**	**63**	**150**	**213**
201	**ASL TO1 TOTALE**	**TOT**	**63**	**150**	**213**

	ASL TO2		2016		
			ACUTI	POST-ACUTI	TOTALE
202	VILLA MARIA PIA	RIC	81	17	98
202	TOTALE VILLA MARIA PIA	TOT	81	17	98
202	PRESIDIO SANITARIO AUSILIATRICE	RIC	0	68	68
202	TOTALE PRESIDIO SAN. AUSILIATRICE	TOT	0	68	68
202	PRESIDIO SANITARIO COTTOLENGO	RIC	107	39	146
202	TOTALE PRESIDIO SANITARIO COTTOLENGO	TOT	107	39	146
202	PRESIDIO SANITARIO GRADENIGO	RIC	148	15	163
202	TOTALE PRESIDIO SAN. GRADENIGO	TOT	148	15	163
202	PRESIDIO SANITARIO MAJOR	RIC	0	79	79
202	TOTALE PRESIDIO SANITARIO MAJOR	TOT	0	79	79
202	**ASL TO2 TOTALE RICOVERO**	**RIC**	**336**	**218**	**554**
202	**ASL TO2 TOTALE**	**TOT**	**336**	**218**	**554**

	ASL TO3		2016			2017		
			ACUTI	POST-ACUTI	TOTALE	ACUTI	POST-ACUTI	TOTALE
203	VILLA SERENA SPA	RIC	0	138	138			
203	TOTALE VILLA SERENA	TOT	0	138	138			
203	CASA DI CURA VILLA IRIS SRL	RIC	0	130	130			
203	TOTALE VILLA IRIS	TOT	0	130	130			
203	VILLLE AUGUSTA SRL	RIC	0	80	80			
204	VILLLE AUGUSTA SRL	CAVS			40			
204	VILLLE AUGUSTA SRL	TOT	0	80	120			
203	VILLA PATRIZIA SRL	RIC	0	25	25			
204	VILLA PATRIZIA SRL	CAVS			25			
204	TOTALE VILLA PATRIZIA SRL	TOT	0	25	50			
203	VILLA PAPA GIOVANNI XXIII	RIC	0	145	145			
203	VILLA PAPA GIOVANNI XXIII	TOT	0	145	145			
203	MADONNA DEI BOSCHI	RIC	0	55	55	0	55	55
203	MADONNA DEI BOSCHI	TOT	0	55	55	0	55	55
203	**ASL TO3 TOTALE RICOVERO**	**RIC**	**0**	**573**	**573**			
203	**ASL TO3 TOTALE CAVS**	**CAVS**			**65**			
203	**ASL TO3 TOTALE**	**TOT**	**0**	**573**	**638**			

REGIONE PIEMONTE

ASL TO4			2016			2017		
			ACUTI	POST-ACUTI	TOTALE	ACUTI	POST-ACUTI	TOTALE
204	CASA DI CURA CLINICA EPOREDIESE	RIC	40	11	51			
204	TOTALE CLINICA EPOOREDIESE	TOT	40	11	51			
204	CASA DI CURA VILLA GRAZIA	RIC	0	140	140			
204	CASA DI CURA VILLA GRAZIA	CAVS			70			
204	TOTALE VILLA GRAZIA	TOT	0	140	210			
204	CASA DI CURA VILLE TURINA AMIONE	RIC	0	120	120	0	120	120
204	CASA DI CURA VILLE TURINA AMIONE	CAVS			27			27
204	CASA DI CURA VILLE TURINA AMIONE	TOT	0	147	147		147	147
204	CASA DI CURA VILLA IDA	RIC	0	100	100			
204	CASA DI CURA VILLA IDA	CAVS			30			
204	CASA DI CURA VILLA IDA	TOT	0	130	130			
204	PRESIDIO SANITARIO B.V. CONSOLATA	RIC	0	165	165	0	165	165
204	PRESIDIO SANITARIO B.V. CONSOLATA	CAVS			25			25
204	TOTALE PRESIDIO SAN. B.V. CONSOLATA	TOT	0	165	190	0	165	190
204	**ASL TO4 TOTALE RICOVERO**	**RIC**	**40**	**536**	**576**			
204	**ASL TO4 TOTALE CAVS**	**CAVS**		**0**	**152**			
204	**ASL TO4 TOTALE**	**TOT**	**40**	**593**	**728**			

ASL TO5			2016			2017		
			ACUTI	POST-ACUTI	TOTALE	ACUTI	POST-ACUTI	TOTALE
205	CASA DI CURA E DI RIPOSO SAN LUCA	RIC	49	0	49			
205	TOTALE SAN LUCA	TOT	49	0	49			
205	CASA DI CURA VILLA DI SALUTE	RIC	0	65	65	0	65	65
205	CASA DI CURA VILLA DI SALUTE	CAVS			15	0		15
205	CASA DI CURA VILLA DI SALUTE	TOT	0	65	80	0	65	80
205	CASA DI CURA VILLA ADRIANA	RIC	0	87	87			
205	CASA DI CURA VILLA ADRIANA	TOT	0	87	87			
205	IRCCS CANDIOLO	RIC	77	0	77			
205	TOTALE IRCCS CANDIOLO	TOT	77	0	77			
205	**ASL TO5 TOTALE RICOVERO**	**RIC**	**126**	**152**	**278**			
205	**ASL TO5 TOTALE CAVS**	**CAVS**		**0**	**15**			
205	**ASL TO5 TOTALE**	**TOT**	**126**	**152**	**293**			

ASL VC			2016			2017		
			ACUTI	POST-ACUTI	TOTALE	ACUTI	POST-ACUTI	TOTALE
206	POLICLINICO DI MONZA SANTA RITA	RIC	44	12	56			
206	TOTALE POLICLINICO MONZA - SANTA RITA	TOT	44	12	56			
206	CENTRO R.R.F. MONS. NOVARESE	RIC	0	90	90	0	90	90
206	TOTALE MONSIGNOR NOVARESE	TOT	0	90	90	0	90	90
206	**ASL VC TOTALE RICOVERO**	**R**	**44**	**102**	**146**			
206	**ASL VC TOTALE**	**TOT**	**44**	**102**	**146**			

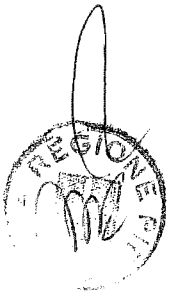
ASL BI			2016		
			ACUTI	POST-ACUTI	TOTALE
207	LA VIALARDA	RIC	5	20	25
207	LA VIALARDA	CAVS			20
207	**TOTALE LA VIALARDA**	**TOT**	**5**	**40**	**45**
207	CASA DI CURA SAN GIORGIO	RIC	0	28	28
207	CASA DI CURA SAN GIORGIO	CAVS			16
207	**TOTALE CASA DI CURA SAN GIORGIO**	**TOT**	**0**	**28**	**44**
207	**BI PRIVATI RICOVERO**	**RIC**	**5**	**48**	**53**
207	**BI PRIVATI CAVS**	**CAVS**			**36**
207	**ASL VC TOTALE**	**TOT**	**5**	**68**	**89**

ASL NO			2016			2017		
			ACUTI	POST-ACUTI	TOTALE	ACUTI	POST-ACUTI	TOTALE
208	CASA DI CURA SAN GAUDENZIO	RIC	58	0	58			
208	TOTALE SAN GAUDENZIO	TOT	58	0	58			
208	CASA DI CURA SAN CARLO	RIC	0	42	42			
208	TOTALE SAN CARLO	TOT	0	42	42			
208	CASA DI CURA I CEDRI	RIC	14	18	32			
208	TOTALE I CEDRI	TOT	14	18	32			
208	VILLA CRISTINA	RIC	0	110	110	0	110	110
208	VILLA CRISTINA	TOT	0	110	110	0	110	110
208	IRCCS MAUGERI	RIC	0	310	310			
208	TOTALE IRCCS MAUGERI	TOT	0	310	310			
208	**ASL NO TOTALE RICOVERO**	**RIC**	**72**	**480**	**552**			
208	**ASL NO TOTALE**	**TOT**	**72**	**480**	**552**			

ASL VCO			2016		
			ACUTI	POST-ACUTI	TOTALE
209	EREMO DI MIAZZINA	RIC	0	186	186
204	EREMO DI MIAZZINA	CAVS			50
209	TOTALE EREMO DI MIAZZINA	TOT	0	186	236
209	IRCCS AUXOLOGICO	RIC	70	282	352
209	TOTALE IRCCS AUXOLOGICO	TOT	70	282	352
209	**ASL VCO TOTALE RICOVERO**	**RIC**	**70**	**468**	**538**
209	**ASL VCO TOTALE CAVS**	**CAVS**			**50**
209	**ASL VCO TOTALE**	**TOT**	**70**	**468**	**588**

ASL CN1			2016/2017			2015		
			ACUTI	POST-ACUTI	TOTALE	ACUTI	POST-ACUTI	TOTALE
210	ISTITUTO CLIMATICO DI ROBILANTE	RIC	0	80	80		90	90
210	ISTITUTO CLIMATICO DI ROBILANTE	CAVS			30		30	30
210	TOTALE IST. CLIMATICO DI ROBILANTE	TOT	0	80	110		120	120
210	MONTESERRAT - CARAGLIO	RIC	0	50	50			
210	MONTESERRAT - CARAGLIO	CAVS			10			
210	MONTESERRAT - BORGO S.D.	CAVS			30			
210	MONTESERRAT (2016)	TOT	0	50	90			
210	CASA DI CURA STELLA DEL MATTINO	R	0	60	60			
210	CASA DI CURA STELLA DEL MATTINO	TOT	0	60	60			
210	**ASL CN1 TOTALE RICOVERO**	**R**	**0**	**190**	**190**			
210	**ASL CN1 TOTALE CAVS**	**C**			**70**			
210	**ASL CN1 TOTALE**	**TOT**	**0**	**190**	**260**			

ASL CN2			2016			2017		
			ACUTI	POST-ACUTI	TOTALE	ACUTI	POST-ACUTI	TOTALE
211	CITTA' DI BRA	RIC	60	0	60			
211	CITTA' DI BRA	CAVS			40			
211	TOTALE CITTA' DI BRA	TOT	60	40	100			
211	SAN MICHELE	RIC	0	45	45			
211	SAN MICHELE	CAVS			27			
211	TOTALE SAN MICHELE	TOT	0	45	72			
211	LA RESIDENZA	RIC	0	100	100	0	100	100
211	LA RESIDENZA	TOT	0	100	100	0	100	100
211	**ASL CN2 TOTALE RICOVERO**	**RIC**	**60**	**145**	**205**			
211	**ASL CN2 TOTALE CAVS**	**TOT**			**67**			
211	**ASL CN2 TOTALE**	**TOT**	**60**	**185**	**272**			

ASL AT			2016/2017		
			ACUTI	POST-ACUTI	TOTALE
212	CASA DI CURA S. ANNA SPA	RIC	0	59	59
212	CASA DI CURA S. ANNA SPA	TOT	0	59	59
212	**ASL AT TOTALE RICOVERO**	**RIC**	**0**	**59**	**59**
212	**ASL AT TOTALE**	**TOT**	**0**	**59**	**59**

ASL AL			2016			2017		
			ACUTI	POST-ACUTI	TOTALE	ACUTI	POST-ACUTI	TOTALE
213	SALUS e NUOVA CITTA' ALESSANDRIA	RIC	92	58	150			
213	TOTALE SALUS e NUOVA CITTA' ALESSANDRIA	TOT	92	58	150			
213	CASA DI CURA VILLA IGEA	RIC	35	26	61	35	26	61
213	TOTALE VILLA IGEA	TOT	35	26	61	35	26	61
213	SANT'ANNA	RIC	9	40	49			
213	SANT'ANNA	CAVS			28			
213	TOTALE S. ANNA	TOT	9	68	68			
213	**ASL AL TOTALE RICOVERO**	**RIC**	**136**	**124**	**260**			
213	**ASL AL TOTALE CAVS**	**CAVS**			**28**			
213	**ASL AI TOTALE**	**TOT**	**136**	**152**	**279**