

Oggetto: Intesa in materia di strutture monospecialistiche e strutture dotate di discipline complementari, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131

**LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE
AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO**

Nell'odierna seduta del

VISTO l'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n. 131, il quale prevede che il Governo può promuovere la stipula di intese in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e di Conferenza unificata, dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni;

VISTI gli articoli 8-bis, 8-ter e 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, in materia di accreditamento delle strutture sanitarie;

VISTO il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private", pubblicato sul Supplemento ordinario alla G.U. n. 42 del 20 febbraio 1997;

VISTO il DPCM 27 giugno 1986 recante: "Atto di indirizzo e coordinamento delle attività amministrative delle Regioni in materia di requisiti della case di cura private";

VISTO il decreto del Ministero della Sanità del 31 gennaio 1998 e successivi aggiornamenti e la tabella relativa alle specializzazioni affini previste dalla disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del SSN;

VISTO il decreto del Presidente della Repubblica del 10 novembre 1999: Approvazione del Progetto-Obiettivo "Tutela della Salute Mentale" 1998-2000

VISTA l'Intesa sancita da questa Conferenza concernente il Patto per la salute 2006-2008 nella seduta del 5 ottobre 2006 (Rep. Atti n. 2648) che, al punto 4.9, prevede che l'integrazione tra erogatori pubblici ed erogatori privati sia ancorata alla prioritaria esigenza di garantire qualità nei processi di diagnosi, cura e riabilitazione;

VISTO il decreto legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, ed in particolare, l'articolo 15, comma 13, lettera C) con il quale si dispone che, sulla base e nel rispetto degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera fissati con regolamento approvato ai sensi dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, previa intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, nonché tenendo conto della mobilità interregionale, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano adottano, entro il 31 dicembre 2012, provvedimenti di 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 comprensivo di posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza. ed assumendo come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni;

VISTA l'Intesa sancita da questa Conferenza concernente il nuovo il Patto per la Salute 2014 - 2016, nella seduta del 10 luglio 2014 (Rep. Atti n. 81/CSR) che, tra l'altro, all'art. 3, comma 1 prevede di adottare il regolamento di definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera previa Intesa con la Conferenza Stato Regioni, in attuazione dell'articolo 15, comma 13, lettera C) del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135;

VISTA l'Intesa sancita nella seduta del 5 agosto 2014 dalla Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente lo schema di decreto del Ministero della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, concernente il regolamento recante: "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";

VISTO il decreto interministeriale del Ministro della salute e del Ministro dell'economia e delle finanze del 2 aprile 2015, n. 70, recante "Regolamento: Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'art. 15, co.13, let. c), del d.l. 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla l. 7 agosto 2012, n. 135 che richiama l'art 1, co. 169 della l. 30 dicembre 2004, n. 311" e pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale il 4 giugno 2015. Serie Generale n. 127;

VISTO in particolare il punto 2.5 dell'allegato 1 al decreto 70/2015, che prevede che con specifica Intesa in Conferenza Stato-Regioni, da sottoscrivere entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del decreto stesso, sono individuati gli elenchi relativi alle strutture monospecialistiche e alle strutture dotate di discipline complementari, ivi ricomprendendo le relative soglie di accreditabilità e di sottoscrivibilità dei contratti, nonché sono definite le attività affini e complementari relative all'assistenza sanitaria ospedaliera per acuti;

VISTA la nota del Dipartimento per gli affari giuridici e legislativi (DAGL) della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 24 marzo 2015 con la quale il DAGL, nel condividere l'osservazione contemplata nel parere del Consiglio di Stato del 23 gennaio 2015, ritiene necessario escludere che l'ambito della presente Intesa possa configurarsi come integrativo delle norme regolamentari contenute nell'allegato del provvedimento;

VISTA l'Intesa sancita in Conferenza Stato-regioni in data 2 luglio 2015 (Repertorio Atti n.: 113/CSR del 02/07/2015) tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano concernente l'individuazione di misure di razionalizzazione e di efficientamento della spesa del Servizio Sanitario Nazionale di cui alla lettera E dell'intesa n. 37/CSR sancita dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 26 febbraio 2015 ed in particolare la lettera C, numero 5 comma 2, che prevede l'istituzione di un tavolo nazionale per il monitoraggio dell'attuazione del DM 70/2015;

VISTO il DM 29 luglio 2015 che istituisce il tavolo nazionale per il monitoraggio dell'attuazione del DM 70/2015;

VISTA la nota in data novembre 2015, con la quale il Ministero della salute ha inviato ai fini del perfezionamento della prescritta intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, la proposta d'intesa indicata in oggetto;

VISTA la lettera in data novembre 2015, con la quale la proposta di intesa è stata diramata alle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano;

VISTA la nota in data novembre 2015, con la quale la Regione, Coordinatrice della Commissione Salute, ha comunicato l'avviso tecnico favorevole;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta l'assenso del Governo e delle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta di intesa in oggetto

SANCISCE INTESA

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nei termini di seguito riportati:

Considerati

- gli articoli 8bis, 8ter, e 8quater del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni in materia di accreditamento delle strutture sanitarie;
- il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza", pubblicato sul Supplemento ordinario alla G.U. n. 33 dell'8 febbraio 2002;
- il decreto ministeriale del 31 gennaio 1998 recante "Tabella relativa alle specializzazioni affini previste dalla disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del Servizio sanitario nazionale, Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 14 febbraio 1998, n. 37, S.O.;
- il decreto legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, ed in particolare, l'articolo 15, comma 13, lettera C) con il quale si dispone che, sulla base e nel rispetto degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera fissati con regolamento approvato ai sensi dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano adottano, entro il 31 dicembre 2012, provvedimenti di 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 comprensivo di posti letto per la riabilitazione e la degenza post acuzie, ed assumendo come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni;
- l'Intesa sancita da questa Conferenza concernente il Patto per la salute 2006-2008 nella seduta del 5 ottobre 2006 (Rep. Atti n. 2648) che, al punto 4.9, prevede che l'integrazione tra erogatori pubblici ed erogatori privati sia ancorata alla prioritaria esigenza di garantire qualità nei processi di diagnosi, cura e riabilitazione;
- l'Intesa sancita da questa Conferenza concernente il nuovo il Patto per la Salute 2014 - 2016, nella seduta del 10 luglio 2014 (Rep. Atti n. 81/CSR) che, tra l'altro, all'art. 3, comma 1 prevede di adottare il regolamento di definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera previa Intesa con la Conferenza Stato Regioni, in attuazione dell'articolo 15, comma 13, lettera C) del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135;
- il decreto interministeriale del Ministro della salute e del Ministro dell'economia e delle finanze del 2 aprile 2015, n. 70, recante "Regolamento: Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'art. 15, co.13, let. c), del d.l. 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con

modificazioni, dalla l. 7 agosto 2012, n. 135 che richiama l'art 1, co. 169 della l. 30 dicembre 2004, n. 311”;

- al fine del perseguimento degli obiettivi di tutela della salute dei cittadini individuati con i Livelli essenziali di Assistenza, l'accreditamento è strumento di garanzia della qualità che mira a promuovere un processo di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni, dell'efficienza e dell'organizzazione;
- in particolare che, con la presente Intesa, vengono individuati gli elenchi relativi alle strutture monospecialistiche e alle strutture dotate di discipline complementari, ivi ricomprendendo le relative soglie di accreditabilità e di sottoscrivibilità dei contratti, nonché sono definite le attività affini e complementari relative all'assistenza sanitaria ospedaliera per acuti, così come previsto al punto 2.5 dell'allegato 1 al decreto 2 aprile 2015, n. 70.

SI CONVIENE

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante “Metodologia per l'individuazione delle strutture monospecialistiche”, allegato al presente atto, che ne costituisce parte integrante, nei seguenti termini:

1. Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano si impegnano a recepire i contenuti della presente Intesa e del documento allegato entro 30 giorni dalla approvazione della presente Intesa;
2. Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, entro 30 giorni dalla approvazione della presente Intesa, dovranno fornire l'elenco delle strutture monospecialistiche presenti nel proprio territorio alla data della stipula del presente atto, aggiornando l'elenco riportato nel documento allegato, desunto in base ai dati presenti nel Sistema informativo sanitario nazionale alla data del 1 gennaio 2014;
3. Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, in base a quanto indicato nel documento allegato, definiscono e trasmettono alla Direzione generale della Programmazione sanitaria, entro 90 giorni dalla approvazione della presente Intesa, l'elenco delle strutture con attività mono-specialistica e delle strutture dotate di discipline complementari, la tabella delle discipline affini e complementari individuate, il piano relativo all'attuazione dell'Intesa e il relativo cronoprogramma;
4. Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano includono nel provvedimento regionale generale di cui all'Articolo 1 c.2 e c.5 del D.M. n. 70/2015, il piano relativo all'attuazione della presente Intesa;
5. Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano trasmettono una relazione semestrale sullo stato di attuazione della presente Intesa, fino al completamento del processo;
6. Il Ministero della salute svolge una attività di valutazione sui documenti acquisiti dalle Regioni e Province autonome e trasmette al tavolo per il monitoraggio dell'attuazione del regolamento, ai sensi dell'articolo 3 comma 2 del DM 29 luglio 2015, una relazione di tale attività con i documenti di cui ai punti precedenti;
7. Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano si impegnano a monitorare l'appropriatezza organizzativa delle strutture monospecialistiche, vigilando sulla congruità tra la disciplina accreditata e l'attività erogata in regime ordinario e in regime diurno, nonché la congruità tra la produzione in regime in acuzie e quella in non-acuzie.

Metodologia per la definizione delle strutture monospecialistiche

1. Premessa

Il rispetto dell'impianto dettato dal D.M. n. 70/2015, prevede il complessivo riordino e riqualificazione della rete ospedaliera, ponendo in essere i parametri in esso previsti, compreso il contenimento della eccessiva parcellizzazione dell'offerta, affinché l'erogazione delle prestazioni da parte delle strutture pubbliche e private avvenga in un sistema a rete effettivamente integrato e complementare.

In attuazione a quanto previsto dal punto 2.5 dell'allegato 1 del D.M. n.70/2015, sono definite strutture monospecialistiche le strutture ospedaliere che erogano attività per acuti in regime di ricovero ordinario e/o in regime di *day surgery o day hospital*, riferite ad una singola disciplina.

Il punto 2.5 del DM n. 70/2015 delinea gli indirizzi per operare tale percorso, rimandando alla presente Intesa la definizione degli elenchi, dei criteri e delle soglie di accreditabilità e sottoscrivibilità per le strutture monospecialistiche.

Le strutture oggetto della presente intesa sono quelle con numero di posti letto inferiori a 40 e le strutture con numero di posti letto compreso tra 40 e 60 che non vanno incontro ad un processo di riconversione e/o fusione.

Gli elenchi relativi alle strutture monospecialistiche e alle strutture dotate di discipline complementari, per Regione e P.A., sono stati elaborati in base ai dati disponibili al 1 gennaio 2014, seguendo la metodologia utilizzata dall'Ufficio di Statistica della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica, riportata in appendice.

Criteria per la definizione di strutture con attività mono-specialistica

a. Verifica dell'affinità tra le discipline accreditate

Per le strutture ospedaliere private accreditate che hanno posti letto per acuti accreditati per più di una disciplina, è necessario verificare l'affinità tra le discipline accreditate, sulla base di quanto indicato nella Tabella 1, che descrive le possibili attività affini alle discipline principali che possono essere presenti nelle strutture private di tali dimensioni. L'individuazione delle discipline affini fa riferimento al decreto del Ministero della Sanità del 31 gennaio 1998 e successivi aggiornamenti e la tabella relativa alle specializzazioni affini previste dalla disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del SSN, tuttavia tenendo presente i differenti obiettivi e la forte caratterizzazione tecnico-scientifica e clinica delle discipline che si è realizzata nel tempo intercorso dall'emanazione del DM 31/01/1998.

DISCIPLINA PRINCIPALE	ATTIVITA' IN DISCIPLINA AFFINE
Medicina interna, Geriatria	Cardiologia, Nefrologia, Pneumologia, Neurologia, Angiologia, Medicina Generale
Chirurgia Generale	Urologia
Oculistica, Oftalmologia	Oculistica solo in regime di DS e ambulatoriale
ORL	ORL solo in regime di DS e ambulatoriale
Ortopedia	nessuna
Neuro-Psichiatria infantile	nessuna
Psichiatria	nessuna

b. Valutazione della produzione, sia da un punto di vista qualitativo che quantitativo.

Per l'opportuna valutazione delle affinità, è necessario verificare se le attività cliniche sono distribuite su discipline affini, controllando, tramite l'utilizzo del flusso informativo delle schede di dimissione ospedaliera (SDO), la produzione afferente ai primi 10-20 DRG riferiti alle discipline in esame, che devono corrispondere ad una casistica compresa tra il 70% e l'80% della produzione.

c. Volumi di attività specifica per intervento/procedura

E' necessario tener conto dei volumi di attività specifica per intervento/procedura inerenti le discipline accreditabili, con particolare riferimento alle discipline chirurgiche, anche per il rispetto del rapporto tra volumi ed esiti, previsti dal DM 70/2015; in aggiunta, si devono considerare l'esperienza e le competenze dei professionisti, gli assetti

organizzativi che, tramite l'applicazione di standard di qualità e di governo clinico, garantiscono l'erogazione delle prestazioni in condizioni di sicurezza. A tal fine viene utilizzato il flusso informativo delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) ed i dati del Programma Nazionale Esiti (PNE).

d. Percorso per la continuità assistenziale

E' necessario garantire che le strutture monospecialistiche erogino prestazioni riferite ad un percorso diagnostico-terapeutico e riabilitativo integrato, con particolare riferimento ai percorsi ortopedico e psichiatrico, per assicurare la continuità e l'integrazione dei diversi interventi e dei setting assistenziali in funzione delle condizioni cliniche e delle conseguenti fasi assistenziali. È necessario inoltre, indipendentemente dalla tipologia di prestazioni erogate in tali strutture, definire il percorso di gestione dei pazienti in condizioni di emergenza/urgenza, assicurando il loro coordinamento con i servizi del SSN deputati alle attività di emergenza/urgenza

Se, sulla base dei criteri sopra indicati, la struttura viene individuata come struttura monospecialistica, i posti letto delle discipline affini interessate possono essere cumulati con quelli della disciplina principale, ma devono essere accreditati sulla disciplina principale.

Fermo restando i criteri indicati, il percorso di attuazione del presente atto prevede che le Regioni e Province autonome, entro il 1 gennaio 2017, in base ai fabbisogni e agli obiettivi della programmazione regionale, definiscano le strutture accreditabili ed i relativi posti letto.

3. Discipline non accreditabili nelle strutture private monospecialistiche

Le strutture monospecialistiche, poichè devono assicurare compiti complementari e di integrazione all'interno della rete ospedaliera, non possono essere sedi di discipline di riferimento per le reti di patologie complesse in particolare per quanto attiene alle alte specialità o a specialità che fanno riferimento a centri regionali o sovraregionali, in accordo con quanto previsto dal DM 70/2015. Pertanto le strutture monospecialistiche non possono essere accreditate e contrattualizzate per le seguenti discipline, riportate nella tabella 2.

Cardiochirurgia
Cardiochirurgia pediatrica
Chirurgia maxillo-facciale
Chirurgia pediatrica
Chirurgia plastica
Chirurgia toracica
Dermatologia e Venereologia
Ematologia
Endocrinologia
Gastroenterologia
Ginecologia e ostetricia
Immunologia e Centro trapianti
Malattie infettive
Medicina nucleare
Nefrologia
Oncoematologia pediatrica
Reumatologia
Neuropsichiatria infantile
Neurochirurgia
Neurochirurgia pediatrica
Urologia pediatrica
Tossicologia
Grandi ustionati
Terapia intensiva neonatale

Criteri per la definizione delle soglie di accreditabilità e delle soglie di sottoscrivibilità dei contratti per le strutture monospecialistiche

- a. Fermi restando i parametri previsti per le singole discipline, in termini di bacino d'utenza, volumi di attività e standard generali di qualità, già definiti e normati, per le strutture monospecialistiche la soglia di accreditabilità viene posta a 40 p.l..
- b. Per alcune discipline, in presenza di una attività post-acuzie che garantisce la continuità (riabilitazione e lungodegenza) del percorso di cura ed integra efficacemente l'attività in acuzie, può essere previsto un numero di p.l. per acuti inferiore a 40, e comunque superiore o uguale a 30, (rif. DPCM 27 giugno 1986).
- c. Per i servizi di psichiatria, la cui organizzazione è modulata secondo quanto previsto dal d.P.R. 10/11/1999 (Approvazione del Progetto-Obiettivo "Tutela della Salute Mentale" 1998-2000) che prevedeva, in regime di ricovero ordinario per acuti, un numero di posti letto non superiore a 16 con attività obbligatoria in post-acuzie, allo stato attuale, proprio per assicurare e mantenere la capacità dell'offerta psichiatrica e della presa in carico di pazienti con tali patologie, può essere individuata una soglia non superiore a 30 posti letto per acuti.
- d. Per il calcolo dei posti letto per acuti vanno considerati i posti letto in regime di ricovero ordinario ed i posti letto di Day Hospital (codice 02) e di Day Surgery (codice 98), mentre non devono essere considerati nel calcolo dei posti letto per acuti, quelli afferenti alle discipline di riabilitazione e di lungodegenza.

5. Attività di Day Hospital e Day Surgery

- a. Le attività in Day Hospital (cod. 02) e Day Surgery (cod.98) sono erogate con utilizzo di posti letto in regime di ricovero diurno e pertanto devono essere collocate all'interno di una struttura ospedaliera o casa di cura.
- b. Sono modalità erogative polispecialistiche e, per la loro riorganizzazione, si deve fare riferimento a quanto previsto dal DM 70/2015 per le strutture polispecialistiche.
- c. Le attività in DH e DS possono essere previste in strutture monospecialistiche, ma devono divenire coerenti, nell'arco di attuazione del D.M. 70/2015, con la specialità accreditata e la casistica prodotta in attività diurna coerente con quella prodotta in regime di ricovero ordinario.
- d. I posti letto di Day Hospital e di Day Surgery devono essere considerati, insieme ai posti letto in regime di ricovero ordinario, per il calcolo della soglia di posti letto.

- e. Le strutture organizzative che svolgono attualmente attività in DH e DS al di fuori dell'ospedale o di una casa di cura, possono continuare la loro attività, esclusivamente per quelle prestazioni che sono erogabili in regime ambulatoriale.
- f. L'accREDITAMENTO della specialità deve comportare la specificazione, negli accordi contrattuali, delle attività erogabili e delle appropriate modalità di erogazione e deve essere prevista da parte delle Regioni e P.A. la verifica ed il monitoraggio dell'appropriatezza organizzativa delle strutture monospecialistiche, vigilando anche sulla congruità tra la produzione in regime in acuzie e quella in post-acuzie.

6. Criteri per la definizione delle strutture dotate di discipline complementari

- a. Sono complementari quelle discipline che integrando l'attività monospecialistica, svolgono funzioni essenziali per il raggiungimento degli obiettivi assistenziali. Possibili esempi di complementarità, fermo restando che i posti letto per post-acuzie non sono assimilabili a quelli per acuti e quindi non possono essere cumulati ad essi per il raggiungimento della soglia, sono rappresentate dalla riabilitazione rispetto alla ortopedia e neurologia, dalla lungodegenza rispetto alla psichiatria o alla geriatria.
- b. Le discipline di riabilitazione e lungodegenza devono essere considerate come discipline complementari e garantire la coerenza con le attività svolte dalla disciplina principale accreditata.
- c. E' da verificare, caso per caso, la complementarità delle discipline afferenti all'ambito delle terapie intensive, con esclusivo riferimento ai codici 49 e 50 poiché le restanti tipologie di terapia intensiva non possono essere collocate in strutture di tali dimensioni.
- d. Non sono oggetto del presente documento le strutture che erogano prestazioni di riabilitazione e lungodegenza in assenza di attività in acuto.

7. Definizione degli elenchi delle strutture monospecialistiche

Sulla base dei dati aggiornati al 1 gennaio 2014 il Ministero della salute ha elaborato la tabella 3, che riporta l'elenco delle strutture private accreditate con un numero di posti letto inferiore a 60; le Regioni e le Province autonome, sulla base dei criteri sopra-riportati provvedono ad aggiornare quanto riportato in Tabella 3 attestando la situazione alla data della stipula della presente intesa, secondo quanto previsto dal precedente articolo 2. Le Regioni e le Province autonome provvedono anche a definire l'elenco delle strutture con attività mono-specialistica in linea con le previsioni del suddetto articolo 3 della presente intesa e lo trasmettono alla Direzione generale della Programmazione sanitaria, entro 90 giorni.

REGIONE	CODICE STRUTTURA	NOME STRUTTURA	SIGLA PROVINCIA	POSTI LETTO ACUTI	POSTI LETTO POST ACUTI
010	010614	CASA DI CURA VILLE AUGUSTA - S.R.L.	TO	15	89
010	010617	CASA DI CURA VILLE TURINA AMIONE	TO	25	122
010	010631	CASA DI CURA SAN MICHELE	CN	13	67
010	010665	CASA DI CURA VILLA CRISTINA	NO	20	90
010	010620	CASA DI CURA VILLA DI SALUTE SPA	TO	12	44
020	020002	ISAV SPA	AO	12	61
030	030103	CASA DI CURA PALAZZOLO-FOND.DON GNOCCHI	MI	34	53
030	030124	ISTITUTO STOMATOLOGICO ITALIANO - MILANO	MI	39	0
030	030149	CASA DI CURA QUARENGHI-S.PELLEGRINO T.	BG	10	87
030	030177	CASA DI CURA VILLA GEMMA-GARDONE RIV	BS	10	65
030	030350	OSPEDALE S.ISIDORO - TRESORE B.	BG	15	72
030	030354	NEPHROCARE S.P.A. - SERIATE	BG	10	0
030	030369	CENTRO MEDICO RICHIEDEI-PALAZZOLO S/O	BS	15	15
030	030108	CASA DI CURA ZUCCHI - CARATE BRIANZA	MB	12	128

030	030294	CASA DI CURA DOMUS SALUTIS - BRESCIA	BS	1	156
030	030379	HABILITA IST.CLINICO-OSP.LE DI SARNICO	BG	24	79
041	041012	FONDAZIONE SARENTINO	BZ	7	0
041	041014	CASA DI CURA VILLA SANT'ANNA	BZ	15	23
041	041018	CASA DI CURA FONTE SAN MARTINO	BZ	5	45
050	050122	CASA DI CURA 'TRIESTE'	PD	20	20
060	060032	PINETA DEL CARSO	TS	12	96
080	080204	CASA DI CURA PRIVATA S. ANTONINO S.R.L.	PC	10	70
080	080216	OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO VILLA ROSA	MO	24	7
080	080227	OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO VILLA BARUZ	BO	38	3
080	080242	CASA DI CURA PRIVATA VILLA AZZURRA S.P.A	RA	25	3
080	080224	OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO CASA DI CUR	BO	2	3
080	080208	VILLA MARIA LUIGIA	PR	57	39
090	090207	CASA DI CURA S. RITA	PT	32	0
090	090232	CASA DI CURA PRIVATA DELLA MISERICORDIA	PI	31	0
090	090240	CASA DI CURA FRATE SOLE SRL	FI	46	20
120	120012	CASA DI CURA SALUS	VT	20	0
120	120014	NUOVA S.TERESA DEL BAMBIN GESU'	VT	24	0
120	120083	CASA DI CURA VILLA VALERIA S.R.L.	RM	25	0
120	120097	CASA DI CURA VILLA AURORA	RM	30	0
120	120104	CASA DI CURA VILLA FULVIA SRL	RM	25	150
120	120105	CASA DI CURA MARCO POLO	RM	29	0
120	120155	C.D.C. ADDOMINALE ALL'EUR	RM	30	0
120	120235	CASA DI CURA PRIV. VILLA SERENA CASSINO	FR	25	0

120	120277	EX CENTER HOSPITAL'SAN RAFFAELE' CASSINO	FR	30	229
150	150101	CASA DI CURA 'CLINICA S.ANTIMO'	NA	30	20
150	150144	CASA DI CURA VILLA MARIA	AV	20	0
150	150175	'CENTRO EBOLITANO DI MEDICINA FISICA E R	SA	30	230
160	160094	CBH PRESIDIO VILLA LUCE	BA	31	0
160	160100	CASA DI CURA 'MONTE IMPERATORE'	BA	22	73
160	160106	CASA DI CURA 'S.MICHELE' MANFREDONIA	FG	20	15
160	160108	CASA DI CURA VILLA BIANCA	LE	32	0
160	160109	CASA DI CURA VILLA VERDE	LE	38	15
160	160146	CENTRO MEDICO DI RIABILITAZIONE (C.M.R.)	TA	10	57
160	160148	Casa di cura 'Daunia'	FG	16	14
160	160149	FONDAZIONE CITTADELLA DELLA CARITA'	TA	8	46
180	180017	SANTA LUCIA	CS	10	0
180	180021	LA MADONNINA S.R.L.	CS	33	26
180	180029	CASA DI CURA SCARNATI	CS	33	10
180	180028	SACRO CUORE	CS	44	0
180	180045	CASA DI CURA S.RITA DOTT. CAPARRA	KR	33	14
180	180047	VILLA DEI GERANI	VV	22	30
180	180050	CASA DI CURA VILLA SERENA	CZ	33	40
180	180058	FONDAZIONE TOMMASO CAMPANELLA	CZ	35	0
180	180073	CASA DI CURA 'VILLA AURORA'	RC	33	40
180	180076	CASA DI CURA 'VILLA S.ANNA'	RC	33	0
180	180077	CASA DI CURA 'VILLA ELISA' S.P.A.	RC	33	15
180	180085	ROMOLO HOSPITAL (EX VILLA EVA)	KR	33	14
190	190505	CASA DI CURA 'REGINA PACIS'	CL	23	22

190	190522	CASA DI CURA LANTERI VILLA FIORITA	CT	28	14
190	190543	CASA DI CURA VILLA MARGHERITA	PA	30	16
190	190711	CASA DI CURA LUCINA	CT	25	0

Metodologia utilizzata dall'Ufficio di Statistica della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica per l'elaborazione degli elenchi relativi alle strutture monospécialistiche e alle strutture dotate di discipline complementari, per Regione e P.A., in base ai dati disponibili al 1 gennaio 2014.

Le fonti informative utilizzate sono state:

1. HSP11: Dati anagrafici delle strutture di ricovero e Caratteristiche organizzative dei Servizi Ospedalieri, ivi incluso il Livello dell'emergenza, con riferimento all'anno 2014
2. HSP13: Posti letto delle discipline accreditate nelle case di cura private, con riferimento alla dotazione al 1/01/2014
3. Schede di Dimissione Ospedaliera relative all'anno 2013.

Per quanto riguarda la distinzione tra posti letto per acuti (degenza ordinaria, day hospital e day surgery), di riabilitazione (degenza ordinaria, day hospital) e di lungodegenza post acuzie (degenza ordinaria) si fa presente che:

- per posti letto di lungodegenza si intendono quelli afferenti alla disciplina cod. 60 "Lungodegenti";
- per posti letto di riabilitazione si intendono quelli afferenti alle discipline cod. 28 "Unità spinale", cod. 56 "Recupero e riabilitazione funzionale" e cod.75 "Neuro-riabilitazione";
- per posti letto acuti si intendono tutti i posti letto ad esclusione di quelli di lungodegenza, di riabilitazione e di quelli della disciplina cod. 31 "Nido".

Si riporta di seguito la distribuzione regionale del numero delle Case di cura private con dotazione di posti letto acuti accreditati inferiore a 60 e a 40 PL. Le elaborazioni sono state effettuate sui dati presenti nel Sistema informativo sanitario nazionale, alla data del 4 febbraio 2015.

Sinottico	Case di cura private accreditate	
REGIONE	CON MENO DI 60 PL	... di cui CON MENO DI 40 PL
Piemonte	12	9
Valle d'Aosta	1	1
Lombardia	17	14
Prov. Auton. Bolzano	3	3
Prov. Auton. Trento	1	-
Veneto	7	6
Friuli Venezia Giulia	1	1
Liguria	1	1
Emilia Romagna	13	10
Toscana	10	8
Umbria	4	2
Marche	4	1
Lazio	22	18
Abruzzo	3	1
Molise	2	-
Campania	23	10
Puglia	9	5
Basilicata	1	-
Calabria	20	16
Sicilia	31	11
Sardegna	3	2
Totale complessivo	198	129

Fonte: Ufficio di Statistica – MdS : Modelli di rilevazione HSP11-11bis Dati anagrafici delle strutture di ricovero, HSP13 Posti letto per disciplina delle case di cura private ex DM 6 dicembre 2006. Elaborazione su dati presenti nel Sistema informativo sanitario nazionale alla data del 4 febbraio 2015.

Per ciascuna delle Case di cura private incluse nel perimetro di analisi, sono stati elaborati i seguenti indicatori di struttura ed attività:

- Numero di discipline accreditate
- Numero totale dei Posti letto per acuti e per post-acuti
- Distribuzione dei posti letto in ciascuna disciplina accreditata
- Numero dei ricoveri della casa di cura, a carico del SSN. Sono stati analizzati i ricoveri ospedalieri escludendo i ricoveri dei “solventi” (onere = “4”), classificando l’attività, tra Acuti, Lungodegenza, Riabilitazione e Neonato sano, in base alla variabile Tipo attività della SDO: “A” = Acuti; “N” = Neonato sano; “L” = Lungodegenza; “R” = Riabilitazione; “X” = errato.
- Distribuzione dei ricoveri acuti e post acuti, della casa di cura, a carico del SSN, secondo le 25 categorie diagnostiche maggiori corrispondenti alle voci della classificazione MDC (*Major Diagnostic Category*).
- Distribuzione dei primi 10 DRG (*Diagnosis related group*) dei ricoveri acuti, a carico del SSN, rispetto al totale dei ricoveri, a carico del SSN, erogati dalla struttura.
- Distribuzione dei ricoveri acuti a carico del SSN in funzione del “Tipo DRG”, Medico e Chirurgico, attribuito in base alla Classificazione *Diagnosis Related Groups* versione 24.
- Tasso di utilizzo dei Posti Letto per Acuti. Il Tasso di utilizzo è stato calcolato sulla base della seguente formula: Giornate di degenza / giornate disponibili * 100. Nella formula di calcolo le giornate di degenza sono relative a dimissioni con tipo attività Acuti in regime ordinario, escludendo i ricoveri dei “solventi” (onere = “4”); le giornate disponibili sono state determinate in funzione dei posti letto acuti accreditati in regime ordinario e delle date di inizio e di fine accreditamento di ciascuna disciplina acuta, nonché delle date di apertura e di chiusura della struttura, secondo la seguente formula: posti letto accreditati in regime ordinario * (mesi di accreditamento / 12) * 365.
- Numero dei ricoveri acuti a carico del SSN, secondo il Regime di ricovero: Degenza Ordinaria (DO) e Day hospital (DH).
- Numero delle Giornate di Degenza dei ricoveri acuti a carico del SSN in regime ordinario e numero degli Accessi per ricoveri acuti a carico del SSN in Day hospital.
- Degenza Media – ricoveri acuti in regime ordinario a carico del SSN e Numero medio di accessi – ricoveri acuti a carico del SSN in Day hospital. Sono stati riportati i valori corrispondenti Degenza Media DO Italia 2013 e al Numero Medio di accessi DH Italia 2013.
- Valorizzazione teorica dei ricoveri acuti a carico del SSN totali, in Degenza Ordinaria e Day hospital, determinata in relazione alla remunerazione teorica dei ricoveri sulla base della tariffa nazionale di riferimento dei DRG.
- Valorizzazione teorica media dei ricoveri e delle giornate DO/accessi DH acuti a carico del SSN.

Per ciascuna Casa di cura privata del perimetro di analisi, sono stati inoltre prese in esame le informazioni rilevate in riferimento alle caratteristiche organizzative e ai servizi ospedalieri:

- Esclusiva riabilitazione
- Esclusivo Day Surgery
- Prevalente attività Pediatrica
- Livello di Dipartimento Emergenza Accettazione
- Pronto Soccorso
- Pronto Soccorso Pediatrico
- Servizio trasfusionale

- Servizio rianimazione
- Servizio radioterapia
- Servizio di dialisi
- Servizio di Oncologia medica
- Servizio di Diagnostica per immagini.

Sono stati quindi prodotti i report contenenti le informazioni elaborate sulle singole Case di cura oggetto di analisi, per ogni Regione. Per ogni struttura è stato effettuato un confronto tra la disciplina accreditata e i dati relativi alla attività svolta. Laddove non è stato possibile individuare le discipline accreditate, poiché il dato non era disponibile, si è provveduto ad individuare la monospecialità o la polispecialità in relazione alla tipologia di prestazioni erogate.