ACCORDO RELATIVO ALLA REVISIONE DELLA RETE DELLE CASE DI CURA PRIVATE AD INDIRIZZO NEURO-PSICHIATRICO

Premessa

Il Piano socio-sanitario 2007-2010 (PSSR 2007-2010) affronta il settore della salute mentale sia sotto il profilo dell'organizzazione dei DSM, sia in rapporto alla necessità di revisione della rete ospedaliera, sia con riferimento alla necessità di governo del sistema integrato dei servizi e degli interventi.

In coerenza con i principi presenti nel piano stesso, nelle more della riorganizzazione complessiva del settore, senza escludere la partecipazione delle case di cura ad organismi di coordinamento interdipartimentali che eventualmente si dovessero nel frattempo costituire, si ritiene necessario ridefinire l'attività delle case di cura neuro-psichiatriche presenti nella Regione Piemonte al fine di perseguire una migliore integrazione con il servizio pubblico.

L'intervento persegue l'obiettivo di articolare l'attività delle case di cura nelle seguenti tre aree di attività:

1. area di acuzie (cod. 40.01);
2. area di riabilitazione neuro-psichiatrica (cod. 56.40);
3. area di lungodegenza neuro-psichiatrica (cod. 60.40).

La ripartizione dei posti letto nelle specifiche aree è individuata nella tabella allegata, che fa parte integrante del presente accordo.

1. Area di acuzie

Il PSSR 2007-10 indica tra le priorità l'ampliamento del numero dei posti letto per l'emergenza/urgenza nel settore della salute mentale.

Per perseguire tale fine si conviene di far partecipare le case di cura private alle attività sanitarie connesse ai ricoveri in fase di acuzie.

A tale scopo le case di cura definitivamente/provvisoriamente accreditate con il SSR con più di 50 p.l. destinano all'acuzie da un minimo del 20% fino ad un massimo del 30% del totale dei posti letto (con un minimo di 10 ed un massimo di 20 p.l. per ogni unità funzionale).

Nell'elaborare il programma attuativo del PSSR, la Regione terrà conto del numero dei posti letto che il settore privato si impegna con il presente accordo ad attivare.

1.1 Tipologia nosologica

Afferiscono a quest'area pazienti psichiatrici affetti da patologie quali psicosi, disturbi dell'affettività e della personalità in fase acuta o di riacutizzazione, nonché pazienti affetti da disturbi del comportamento e da malattie neurologiche in stato di manifesto scompenso psichico.

1.2 Schema di intervento generale

In questa fase viene privilegiato l'aspetto clinico-terapeutico, atto a definire l'inquadramento diagnostico e l'impostazione terapeutica, di tipo psichiatrico, psicologico clinico, infermieristico.

1.3 Modalità di ricovero

Il ricovero dei pazienti deve avvenire nel più breve tempo possibile, in ogni caso nell'arco delle 12 ore diurne (8-20) successive alla richiesta e nei limiti dei posti letto assegnati ed individuati per ogni singola struttura.

L'invio può avvenire dal DEA (tramite lo psichiatra) e dalle strutture del DSM, accompagnato da una relazione medica.

1.4 Modalità di dimissione

Al termine della fase di acuzie, se le condizioni cliniche lo consentono, il paziente può essere dimesso, previa comunicazione al DSM di riferimento dell'assistito, per proseguire l'eventuale trattamento in ambito domiciliare.

Nel caso in cui le condizioni cliniche alla dimissione dall'area di acuzie siano tali da richiedere un trattamento terapeutico-riabilitativo in regime di ricovero, il paziente può essere trasferito, nell'ambito della stessa struttura, in Area di riabilitazione o di lungodegenza. In tal caso la struttura invierà al DSM di riferimento dell'assistito la proposta di ricovero in riabilitazione o lungodegenza. A tal fine deve essere redatta relazione del medico curante della struttura sulle condizioni cliniche del paziente con annesso progetto riabilitativo. Il DSM di riferimento dell'assistito provvederà a dare risposta scritta alla richiesta entro tre giorni lavorativi.

Nell'ipotesi in cui, entro il termine previsto, il DSM di riferimento dell'assistito non provveda a dare risposta in merito alla proposta di trasferimento dall'area di acuzie a quella di riabilitazione o lungodegenza si applicherà la regola del silenzio-assenso.

Nell'ipotesi in cui, dopo il termine previsto, il DSM di riferimento dell'assistito esprima parere negativo al trasferimento interno proposto dal medico curante della struttura, il ricovero nell'area di riabilitazione o lungodegenza sarà valorizzato con le tariffe determinate dal presente accordo per la specifica area, a partire dalla data effettiva di trasferimento e fino al giorno in cui il DSM di riferimento dell'assistito non prenda in carico il paziente per l'eventuale proseguimento delle cure.

1.5 Protocolli operativi

La struttura e i DSM mantengono un fattivo scambio informativo relativo all'andamento del trattamento del paziente e stabiliscono in accordo le modalità di dimissione.

1.6 Parametri organizzativo funzionali

In rapporto a 30 posti letto si individuano i seguenti parametri:

- n° 3 unità di personale medico, specialisti in psichiatria o disciplina equipollente (per ogni unità funzionale è ammesso un medico non specializzato, iscritto nell'elenco regionale ex D.G.R. n. 58/2004);
- n° 10 unità di personale infermieristico;
- n° 6 unità di OTA, OSS, ADEST, ausiliari, ecc.

Per una unità funzionale minima di 10 posti letto, non inserita in un raggruppamento di neuropsichiatria, devono essere assicurati almeno 2 medici specialisti in psichiatria o disciplina equipollente (è ammesso un medico non specializzato, iscritto nell'elenco regionale ex D.G.R. n. 58/2004), 6 infermieri e 4 unità di OTA, OSS, ADEST, ausiliari, ecc.

La dotazione organica sopra riportata si riferisce a strutture accreditate in fascia C mentre, per le strutture accreditate in fascia B ed in fascia A, il personale infermieristico deve essere incrementato rispettivamente di una e di due unità.

1.7 Sistema di remunerazione

Per la tipologia di ricovero di acuzie la remunerazione è a tariffa forfetaria in base alla tariffa unica convenzionale (TUC) ed alla classificazione della casa di cura:

- fascia A: TUC in vigore;
- fascia B: 98,41% della TUC;
- fascia C: 96,82% della TUC.

Per le strutture provvisoriamente accreditate la tariffa base è quella prevista per la fascia C, ridotta del 5%.

Le predette tariffe sono inserite nel sistema tariffario regionale e verranno periodicamente aggiornate, nell'ambito del sistema stesso.

Il budget è determinato in base alla valorizzazione dei ricoveri potenziali, ottenuti in base alla composizione dei DRG registrata nell'ultimo anno, alla relativa degenza media regionale e alla occupazione standard del 90%.

Nel caso in cui il valore di produzione risultasse superiore al budget assegnato, si procederà all'abbattimento pari al 50 % sulla eccedenza.

In caso di trasferimento alle aree di riabilitazione e di lungodegenza della stessa casa di cura, il compenso relativo al periodo di postacuzie è decurtato della differenza, calcolata su base annua per specifica tipologia, tra la degenza effettiva e quella standard, con arrotondamento per difetto sul numero totale delle giornate di degenza.

2. Area di riabilitazione neuro-psichiatrica

Il ricovero nell'area di riabilitazione neuro-psichiatrica è finalizzato al proseguimento delle cure in fase di post-acuzie e cioè al recupero di disabilità psichiatriche che richiedono un trattamento riabilitativo continuativo e non erogabile efficientemente ed efficacemente in regimi alternativi.

A tale scopo si stabilisce che le case di cura definitivamente/provvisoriamente accreditate con il SSR con più di 50 posti letto, che hanno attivato l'area di acuzie neuro-psichiatrica, destinino l'80% dei posti letto rimanenti all'area di riabilitazione neuro-psichiatrica (con un minimo di 10 p.l. per ogni unità funzionale).

Per tutte le altre strutture si stabilisce che all'area di riabilitazione neuro-psichiatrica sia destinato il 70% del totale dei posti letto provv./definitivamente accreditati.

2.1 Tipologia nosologica

Afferiscono a quest'area pazienti affetti da psicosi, disturbi dell'affettività, disturbi di personalità, disturbi del comportamento e da malattie neurologiche in fase post-acuta nonché pazienti con patologia da dipendenza e con disturbi della condotta alimentare.

2.2 Schema di intervento generale

In questa fase è indispensabile avvalersi di percorsi integrati, che implicano una intima connessione dei programmi di intervento clinico, farmacologico e psicoterapeutico, finalizzati a sviluppare tutte le risorse potenziali dell'individuo, con gli interventi riabilitativi, sociali ed educativi, orientati a sviluppare e rendere disponibili le risorse e le potenzialità ambientali, allo scopo di consentire il reinserimento del paziente nei diversi cicli della vita sociale (lavoro, famiglia, etc.) e il miglioramento della sua qualità di vita.

La tipologia di trattamento è multi-disciplinare, comprendendo interventi a carattere psichiatrico, medico, psicologico clinico, riabilitativo e/o educativo ed infermieristico.

Il trattamento riabilitativo richiede, quindi, la presa in carico clinica, mediante la predisposizione di un "progetto riabilitativo individuale" elaborato da parte dell'equipe curante e inviato al DSM di riferimento dell'assistito, entro il decimo giorno dal ricovero.

All'interno del progetto riabilitativo individuale vengono definite le aree di intervento specifiche, gli obiettivi a breve termine, i tempi e le modalità di erogazione degli interventi, gli operatori coinvolti, la verifica degli interventi.

Le fasi del progetto terapeutico riabilitativo individuale sono:

- 1) valutazione diagnostica ed individuazione degli obiettivi: si avvale di colloqui psichiatrici, visite mediche specialistiche, colloqui psicologici clinici, psicodiagnostica, esami di laboratorio e strumentali e di rapporti con le strutture di cura e assistenza esterne;
- 2) realizzazione del progetto riabilitativo individuale: si attua mediante terapia farmacologica, psicoterapia, tecniche riabilitative, educazionali, contatti con strutture esterne, revisione periodica dei risultati ottenuti;
- 3) verifica e orientamento: ha lo scopo di giungere alla dimissione del paziente con rivalutazione degli obiettivi raggiunti in regime di ricovero e la collaborazione delle strutture territoriali per il proseguimento, dopo la dimissione, del progetto terapeutico, al fine di evitare l'abbandono e il rischio di ricoveri ripetuti. Tale fase si avvale di periodici aggiornamenti e della collaborazione con il DSM di riferimento.

2.3 Modalità di accesso

L'invio può essere dal DEA (tramite lo psichiatra), dagli SPDC, dalle strutture del DSM, dal medico di medicina generale o per trasferimento dall'area di acuzie della stessa struttura.

Nell'ipotesi di trasferimento nell'ambito della stessa struttura dall'area di acuzie all'area di riabilitazione, si dovrà comunque procedere alla chiusura della SDO di acuzie ed alla contestuale apertura di una nuova SDO nella disciplina di ricovero di riabilitazione.

2.4 Tempi di ricovero

Nel caso di ricoveri prolungati, si presume un consumo di risorse minore per le giornate di degenza oltre un valore soglia di 40 giorni, quantificabile in una riduzione del 40% della tariffa giornaliera individuata dal presente accordo.

2.5 Modalità di dimissione

La dimissione avviene al termine del percorso terapeutico riabilitativo previa comunicazione al DSM di riferimento dell'assistito, da effettuarsi almeno 5 giorni prima della dimissione.

2.6 Protocolli operativi

La struttura e i DSM mantengono un fattivo scambio informativo relativo all'andamento del trattamento del paziente.

2.7 Parametri organizzativo-funzionali

In rapporto a 60 posti letto si individuano i seguenti parametri:

- n° 1 responsabile di raggruppamento;
- n° 6 unità di personale medico, di cui almeno 3 specialisti in psichiatria o disciplina equipollente o affine. Per ogni Unità Funzionale, con un minimo di 20 ed un massimo di 30 p.l., è ammesso un medico non specializzato, iscritto nell'elenco regionale ex D.G.R. n. 58/2004. Per le Unità Funzionali di area nosologica DCA è ammesso un Nutrizionista in qualità di secondo medico di Unità, assegnando in ogni caso la responsabilità dell'Unità Operativa allo Specialista Psichiatra o disciplina equipollente;
- n° 1 caposala;
- n° 47 unità di personale della riabilitazione e dell'assistenza alla persona di cui:
 - almeno 16 infermieri;
 - almeno 16 unità di personale addetto alla riabilitazione (psicologi, tecnici della riabilitazione psichiatrica, educatori professionali, massimo 2 dietisti);
 - almeno n. 15 OTA, OSS, ADEST, ausiliari, ecc.

Per una unità minima di 20 posti letto, non inserita in un raggruppamento di neuropsichiatria, devono essere assicurati almeno 3 unità mediche, specialisti in psichiatria o disciplina equipollente (è ammesso un medico non specializzato, iscritto nell'elenco regionale ex D.G.R. n. 58/2004), 6 infermieri, 6 tecnici della riabilitazione psichiatrica e 6 ausiliari.

Nel caso di posti letto superiori a 60, il personale dovrà essere proporzionalmente dimensionato.

La dotazione organica sopra riportata si riferisce a strutture accreditate in fascia C mentre, per le strutture accreditate in fascia B ed in fascia A, il personale infermieristico deve essere incrementato rispettivamente di una e di due unità.

2.8 Sistema di remunerazione

Per la tipologia di ricovero di riabilitazione la remunerazione è a tariffa giornaliera, con un tasso di occupazione posti letto standard del 95%.

Il budget pertanto sarà determinato moltiplicando il numero dei posti letto per 365 x 95% per il valore tariffa di riferimento.

Nel caso in cui il valore di produzione risultasse superiore al budget, si procederà all'abbattimento pari al 60 % sulla eccedenza budget.

2.9 Tariffe

Per i ricoveri attribuiti al cod. 56.40 in strutture pubbliche, equiparate e private definitivamente accreditate si applicano le seguenti tariffe giornaliere.

- fascia A: € 189,00
- fascia B: € 186,00
- fascia C: € 183,00

Le predette tariffe sono inserite nel sistema tariffario regionale e verranno periodicamente aggiornate, nell'ambito del sistema stesso.

Nel caso di ricoveri prolungati si applica quanto previsto nel punto 2.4.

Per le strutture provvisoriamente accreditate la tariffa giornaliera è quella prevista per la fascia C, ridotta del 5%.

3. Area di lungodegenza neuro-psichiatrica

L'area della lungodegenza neuro-psichiatrica è finalizzata al mantenimento del compenso clinico e delle abilità raggiunte nell'area di riabilitazione o in altro contesto.

A tale scopo si stabilisce che le case di cura provvisoriamente/definitivamente accreditate con il SSR con più di 50 posti letto, che hanno attivato l'area di acuzie, destinino il 20% dei posti letto rimanenti all'area di lungodegenza neuro-psichiatrica (con un minimo di 10 p.l. per ogni Unità Funzionale).

Per tutte le altre strutture si stabilisce che all'area di lungodegenza neuro-psichiatrica sia destinato il 30% del totale dei posti letto provvisoriamente/definitivamente accreditati.

3.1 Tipologia nosologica

Afferiscono a quest'area pazienti affetti da patologie neuro-psichiatriche, clinicamente stabilizzate, con la finalità di mantenere le autonomie funzionali conseguite, nonché pazienti con progetti di permanenza medio-lunga, finalizzati alla collocazione in situazione abitativa stabile (domicilio, comunità alloggio, RSA, RAF), su richiesta motivata dal DSM, in attesa di attivare posti letto alternativi al ricovero, come previsto dal PSSR 2007-2010.

3.2 Schema di intervento generale

In questa area è richiesto un impegno terapeutico caratterizzato da interventi di supporto educativo/assistenziali, finalizzati al mantenimento delle autonomie funzionali conseguite dal soggetto ed alla prevenzione delle possibili ulteriori involuzioni.

3.3 Modalità di accesso

L'invio può essere dal DEA (tramite lo psichiatra), dagli SPDC, dalle strutture del DSM, dal medico di medicina generale o per trasferimento dall'area di acuzie o di riabilitazione della stessa Struttura.

Nell'ipotesi di trasferimento nell'ambito della stessa struttura si dovrà comunque procedere alla chiusura della SDO di acuzie o riabilitazione ed alla contestuale apertura di una nuova SDO nella disciplina di ricovero di lungodegenza.

3.4 Tempi di ricovero

Nel caso di ricoveri prolungati, si presume un consumo di risorse minore per le giornate di degenza oltre un valore soglia di 60 giorni, quantificabile in una riduzione del 40% della tariffa giornaliera individuata dal presente accordo.

Nell'ambito dell'area di lungodegenza viene individuata una quota massima del 10% di pazienti che, sia per le caratteristiche cliniche sia per le necessità assistenziali, possono avere necessità di tempi di permanenza prolungati. Tali situazioni si configurano dal punto di vista clinico come patologie psichiatriche stabilizzate che necessitano di progetti di permanenza medio-lunga, con la finalità di mantenere le autonomie funzionali conseguite e finalizzate alla collocazione in una situazione abitativa stabile (domicilio, comunità-alloggio, RSA, RAF).

In queste situazioni possono essere previste proroghe oltre il 60° giorno di degenza, senza abbattimento tariffario e concordate col DSM, così come definito con la D.G.R. n. 34-251 del 19.06.2000 e s.m.i., fino ad un massimo di 120 giorni.

Dal 121° giorno, ovvero dalla scadenza del periodo concordato se inferiore a 120 giorni, nell'impossibilità di procedere alla ricollocazione del paziente e di intesa con il DSM territorialmente competente, il paziente deve essere preso in carico dalla ASL di riferimento dell'assistito e la tariffa è a carico della medesima (fatturazione diretta), senza abbattimento tariffario. In tale caso la SDO

deve essere chiusa e contemporaneamente aperta una SDE (Scheda di dimissione attività extraospedaliera), valorizzando con "A" il campo "Provenienza assistito".

Specifico monitoraggio sarà effettuato al riguardo e nel caso in cui tale tipologia di attività risultasse superiore alla percentuale sopra individuata, si procederà all'abbattimento del 40% della tariffa giornaliera dopo il 60° giorno di ricovero per i ricoveri effettuati in eccedenza alla quota del 10% prevista.

3.5 Modalità di dimissione

Le dimissioni devono essere comunicate al DSM competente, ai sensi del successivo § 3.6.

3.6 Protocolli operativi

La casa di cura e i DSM mantengono un fattivo scambio informativo relativo all'andamento del trattamento del paziente e stabiliscono in accordo le modalità di dimissione.

3.7 Parametri organizzativo funzionali

In rapporto a 60 posti letto si individuano i seguenti parametri (così come già previsto dalla D.G.R. n. 41-15180 del 23.03.2005):

- n° 1 responsabile di raggruppamento;
- n° 6 unità di personale medico, di cui almeno 3 specialisti in psichiatria o disciplina equipollente o affine (per ogni Unità Funzionale è ammesso un medico non specializzato, iscritto nell'elenco regionale ex D.G.R. n. 58/2004);
- n° 1 caposala;
- n° 12 unità di personale infermieristico;
- n° 24 unità di altro personale (OTA, OSS, ADEST, ausiliari, educatori/animatori, ecc.).

Per una Unità Funzionale minima di 10 posti letto, non inserita in un raggruppamento di neuropsichiatria, devono essere assicurati almeno 2 unità mediche, specialisti in psichiatria o disciplina equipollente (è ammesso un medico non specializzato, iscritto nell'elenco regionale ex D.G.R. n. 58/2004), 6 infermieri, 4 ausiliari.

La dotazione organica sopra riportata si riferisce a strutture accreditate in fascia C mentre, per le strutture accreditate in fascia B ed in fascia A, il personale infermieristico deve essere incrementato rispettivamente di una e di due unità.

3.8 Sistema di remunerazione

Per la tipologia di ricovero di lungodegenza la remunerazione è a tariffa giornaliera, con un tasso standard di occupazione posti letto del 98%. Il budget pertanto sarà determinato moltiplicando il numero dei posti letto per 365 x 98% per il valore tariffa di riferimento.

Nel caso in cui il valore di produzione risultasse superiore al 98%, si procederà all'abbattimento pari al 60 % sulla eccedenza budget.

3.9 Tariffe

Per i ricoveri attribuiti al cod. 60.40 in strutture pubbliche, equiparate e private definitivamente accreditate si applicano le seguenti tariffe giornaliere.

- fascia A: € 150,00
- fascia B: € 147,00
- fascia C: € 144,00

Le predette tariffe sono inserite nel sistema tariffario regionale e verranno periodicamente aggiornate, nell'ambito del sistema stesso.

Nel caso di ricoveri prolungati si applica quanto previsto nel punto 3.4.

Per le strutture provvisoriamente accreditate la tariffa giornaliera è quella attualmente in vigore per la fase clinica estensiva.

4. Ricoveri di natura giudiziaria

I ricoveri disposti dall'Autorità Giudiziaria, ovvero le modalità e le procedure per le dimissioni, esulano dai vincoli del presente accordo, salvo che per l'abbattimento relativo al superamento del budget.

Le parti si riservano di formalizzare successivamente specifica regolamentazione.

5. Servizi interni di diagnostica per immagini e di laboratorio analisi

Le strutture monospecialistiche neuropsichiatriche, nelle more dell'approvazione del nuovo provvedimento regionale sulla disciplina delle case di cura private, opportunamente documentando alle Commissioni di Vigilanza competenti, possono sottoscrivere specifici protocolli con strutture esterne pubbliche o private accreditate con il SSR atte a garantire ai propri ricoverati prestazioni di diagnostica per immagini ed esami di laboratorio, in deroga a quanto previsto dalla normativa regionale vigente.

Tale facoltà è prevista unicamente per le strutture che non svolgono attività di diagnostica per immagini e di laboratorio analisi in via ambulatoriale

6. Entrata in vigore

Il presente accordo entra in vigore a decorrere dalla data di approvazione della deliberazione di recepimento da parte della Giunta Regionale.

Le singole case di cura private presentano alla Regione e alla ASL competente territorialmente un piano di adesione all'accordo, dal punto di vista della capacità ricettiva (articolazione nelle aree di attività, con riferimento tendenziale alla tabella allegata), delle modalità di ricovero e di dimissione, e gestionale (parametri organizzativi e sistema di remunerazione), con il cronoprogramma relativo all'adeguamento rispetto all'attuale assetto organizzativo-funzionale.

Il programma deve prevedere la messa a regime della nuova articolazione funzionale entro il 31.12.2008, salvo proroga per consentire gli eventuali adeguamenti strutturali.

Il nuovo sistema di remunerazione entra in vigore a seguito della risultanza positiva del sopralluogo effettuato dalla Commissione di Vigilanza della ASL territorialmente competente sulla sussistenza dei requisiti organizzativi e funzionali previsti e decorre dalla richiesta del sopralluogo effettuata alla ASL dalla casa di cura, se confermata dalla ASL medesima, o dalla data accertata dalla ASL.

A seguito del verbale favorevole da parte della Commissione di Vigilanza, verrà recepita la variazione autorizzativa prevista per ognuna delle strutture mediante l'adozione di apposito provvedimento di Giunta Regionale.

Il nuovo sistema di remunerazione entra in vigore per i nuovi ricoveri disposti da tale data; pertanto i ricoveri in corso alla data di entrata in vigore del nuovo sistema vengono remunerati con il sistema previgente.

7. Norme transitorie e finali

Nelle more dell'entrata in vigore del nuovo sistema tariffario l'importo della tariffa giornaliera per l'assistenza intensiva è incrementato del 5% dal 1° gennaio 2007 fino alla data di applicazione delle nuove tariffe. Resta invariata la tariffa giornaliera in vigore per l'assistenza estensiva.

In sede di prima applicazione, per il biennio 2008-2009, il budget per l'attività di acuzie viene determinato con riferimento alla degenza media convenzionale di 11,6 giorni e con un valore medio di DRG di 2.354,00 per le case di cura classificate in fascia A; il budget delle altre case di cura è calcolato con le percentuali di riduzione previste nel precedente § 1.7.

ALLEGATO ACCORDO NEUROPSICHIATRIA
post letto neuropsichiatria

ASL	Denominazione	acuti	post-acuti Riabilitazioni e	post-acuti Lungodegenz a	post-acuti Lungodegenz totale	articolazione cdc con i seguenti parametri: acuzie =	PL TOTALI
103	CASA DI CURA VILLA CRISTINA	30	97	24	151	20% pl delle cdc	151
105	CASA DI CURA VILLE AUGUSTA	20	63	16	99	con > 50 pl; rrf =	99
105	CASA DI CURA VILLA PATRIZIA		29	12	41	80% pl rimanenti	41
106	CASA DI CURA VILLE "TURINA AMIONE"	29	94	24	147	nelle cdc > 50 pl e	147
108	CASA DI CURA VILLA DI SALUTE	13	42	10	65	70% pl tot nelle altre	65
112	CASA DI CURA SAN GIORGIO		28	12	40	cdc; lungod = 20%	40
118	CASA DI CURA SAN MICHELE	15	50	12	77	pl rimanenti nelle	77
118	CASA DI CURA CITTA' DI BRA		28	12	40	cdc con > 50 pl e	40
119	CASA DI CURA S. GIUSEPPE		20	8	28	30% pl tot nelle altre	28
TOTALE		108	450	130	688	cdc	688
				580			

19 SOSPESI
104-88=16*0,66=11