

Definizione del fabbisogno autorizzativo di posti residenziali e semiresidenziali in ambito delle Macroaree della riabilitazione e del sociosanitario in Regione Campania.

1. QUADRO NORMATIVO

Il procedimento amministrativo su cui si basa il sistema dell'accreditamento con il SSN è composto di quattro distinti sub-procedimenti, tutti a matrice amministrativo-pubblicistica:

- ✓ autorizzazione, subordinata alla verifica del fabbisogno (ex artt. 8-bis e 8-ter, D.Lgs. n.502/92 e ss.mm.ii.);
- ✓ accreditamento, subordinato alla verifica del fabbisogno (ex art. 8-quater, D.Lgs. n. 502/92 e ss.mm.ii.);
- ✓ fissazione del limite di spesa per l'acquisito delle prestazioni annuali acquistate da parte della regione, cioè il "budget" per singola struttura accreditata (art. 32, co. 8, L. n. 449/97);
- ✓ sottoscrizione del contratto annuale di fornitura delle prestazioni (ex art. 8-quinquies, D.Lgs. n. 502/92 e ss.mm.ii.).

L'art. 8 bis del Decreto Legislativo n. 502/92 e ss.mm.ii. (Autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali) stabilisce "1. Le regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza di cui all'articolo 1 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, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'articolo 8- quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8 - quinquies. 2. I cittadini esercitano la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito dei soggetti accreditati con cui siano stati definiti appositi accordi contrattuali. L'accesso ai servizi è subordinato all'apposita prescrizione, proposta o richiesta compilata sul modulario del Servizio sanitario nazionale. 3. La realizzazione di strutture sanitarie e l'esercizio di attività sanitarie, l'esercizio di attività sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale e l'esercizio di attività sanitarie a carico del Servizio sanitario nazionale sono subordinate, rispettivamente, al rilascio delle autorizzazioni di cui all'articolo 8- ter, dell'accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8- quater, nonché alla stipulazione degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8- quinquies. La presente disposizione vale anche per le strutture e le attività socio-sanitarie".

L'art. 8 ter del D.lgs. n.502/92 (Autorizzazioni alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie) prevede "1. La realizzazione di strutture e l'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie sono subordinate ad autorizzazione. Tali autorizzazioni si applicano alla costruzione di nuove strutture, all'adattamento di strutture già esistenti e alla loro diversa utilizzazione, all'ampliamento o alla trasformazione nonché al trasferimento in altra sede di strutture già autorizzate, con riferimento alle seguenti tipologie: a) strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti; b) strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio; c) strutture sanitarie e socio-sanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale, a ciclo continuativo o diurno. ... 3. Per la realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie il comune acquisisce, nell'esercizio delle proprie competenze in materia di autorizzazioni e concessioni di cui all'art. 4 del decreto-legge 5 ottobre 1993, n. 398, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 1993, n. 493 e successive modificazioni, la verifica di compatibilità del progetto da parte della regione. Tale verifica è effettuata in rapporto al fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale, anche al fine di meglio garantire l'accessibilità ai servizi e valorizzare le aree di insediamento prioritario di nuove strutture [...].5. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, le regioni determinano: a) le modalità e i termini per la richiesta e l'eventuale rilascio della autorizzazione alla realizzazione di strutture e della autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria e socio-sanitaria, prevedendo la possibilità del riesame dell'istanza, in caso di esito negativo o di prescrizioni contestate dal soggetto richiedente; b) gli ambiti territoriali in cui si riscontrano carenze di strutture o di capacità produttiva, definendo idonee procedure per selezionare i nuovi soggetti eventualmente interessati";

L'art. 8 quater "Accreditamento istituzionale" dispone che "1. **L'accREDITAMENTO istituzionale è rilasciato dalla regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private ed ai professionisti che ne facciano richiesta, nonché alle organizzazioni pubbliche e private autorizzate per l'erogazione di cure domiciliari, 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 ed uniformi di assistenza, nonché gli eventuali livelli integrativi locali e le esigenze connesse all'assistenza integrativa di cui all'art. 9. La regione provvede al rilascio dell'accREDITAMENTO ai professionisti, nonché a tutte le strutture pubbliche ed equiparate che soddisfano le condizioni di cui al primo periodo del presente comma, alle strutture private non lucrative di cui all'art. 1, comma 18, e alle strutture private lucrative"; il comma 2 stabilisce "La qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8- quinquies"; il comma 8 del citato art. 8, comma quater prevede "in presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno determinato in base ai criteri di cui al comma 3, lettera b), le regioni e le unità sanitarie locali attraverso gli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies, sono tenute a porre a carico del Servizio sanitario nazionale un volume di attività comunque non superiore a quello previsto dagli indirizzi della programmazione nazionale".

L'art. 8 quinquies (Accordi contrattuali) prescrive che: "1. *Le regioni, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, e successive modificazioni, definiscono l'ambito di applicazione degli accordi contrattuali ed individuano i soggetti interessati ...* 2. *In attuazione di quanto previsto dal comma 1, la regione e le unità sanitarie locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, comprese le aziende ospedaliere universitarie, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, nonché con le organizzazioni pubbliche e private accreditate per l'erogazione di cure domiciliari, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale*".

L'art. 32 comma 8 della legge 449/1997 prescrive inoltre: "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, ivi compresi i presidi ospedalieri di cui al comma 7, o per gruppi di istituzioni sanitarie, i limiti massimi annuali di spesa sostenibile con il Fondo sanitario e i preventivi annuali delle prestazioni, nonché gli indirizzi e le modalità per la contrattazione di cui all'articolo 1, comma 32, della legge 23 dicembre 1996, n. 662".

L'impianto normativo statale è tale per cui l'autorizzazione all'esercizio e l'accREDITAMENTO istituzionale sono due titoli affatto differenti, seppur complementari e necessari per sottoscrivere gli accordi contrattuali ex art. 8 quinquies del d.lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. e poter erogare prestazioni con onere a carico del SSR.

Come chiarito dalla Corte Costituzionale (*sent. 28 febbraio 2023, n. 32*), la differenza che intercorre tra l'autorizzazione e l'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, in base al sistema delineato dagli artt. 8-bis, 8-ter e 8-quater del d.lgs. n. 502 del 1992, come interpretati dalla giurisprudenza amministrativa, è che **per l'autorizzazione i profili rilevanti sono quelli inerenti il fabbisogno complessivo di prestazioni sanitarie nel territorio e in particolare quelli concernenti la localizzazione delle strutture già presenti**, così da garantire la corretta distribuzione sul territorio in modo che siano adeguatamente servite tutte le zone, anche quelle a bassa redditività, che in mancanza di tale strumento non sarebbero coperte, mentre **ai fini dell'accREDITAMENTO rileva il fabbisogno di assistenza programmato per garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza**.

Gli operatori privati che erogano prestazioni in materia sanitaria forniscono servizi agli utenti.

A tutela dell'interesse pubblico la loro attività deve essere conformata rispetto di parametri di professionalità e sicurezza previsti dall'Amministrazione e, al contempo, deve essere comunque assicurato a tali operatori un margine di profitto.

Il legislatore, dunque, ha ritenuto che il vincolo della programmazione sia il mezzo più idoneo, da un lato, a garantire la equa distribuzione sul territorio di varie tipologie di centri di cura e, dall'altro, ad evitare il fenomeno deteriore di un'offerta di prestazioni sanitarie con alta remunerazione, che risulti sovradimensionata rispetto al fabbisogno effettivo della collettività e, quindi, dia luogo anche a processi di eccessiva concorrenza, che potrebbero portare ad una inaccettabile caduta del livello di prestazione sanitaria o, comunque, alla utilizzazione di tecniche non virtuose di orientamento della scelta dell'assistito, parimenti non compatibili con la tutela del diritto alla salute del cittadino.

Proprio per queste essenziali ragioni, che attengono non solo alla tutela della salute, quale irrinunciabile interesse della collettività (art. 32 Cost.), ma anche alla tutela della concorrenza, l'autorizzazione per la realizzazione delle strutture sanitarie e sociosanitarie, ai sensi dell'art. 8-ter, comma 3, del d.lgs. n. 502 del 1992, deve necessariamente restare inserita nell'ambito della programmazione regionale, in quanto la verifica di compatibilità, effettuata dalla Regione, ha proprio il fine di accertare l'armonico inserimento della struttura in un contesto di offerta sanitaria rispondente al fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale, anche al fine di garantire meglio l'accessibilità ai servizi e di valorizzare le aree di insediamento prioritario delle nuove strutture (*Cons. St., sez. III, 4 settembre 2017, n. 4187; Cons. St., sez. III, 11 ottobre 2016, n. 4190, Cons. Stato, sez. III, 10 settembre 2018 n. 5310; Cons. Stato, sez. III, 7 marzo 2019 n. 1589*).

In altri termini, mentre nel procedimento di autorizzazione è richiesta una valutazione complessiva, che considera anche le prestazioni ulteriori rispetto a quelle rientranti nei livelli essenziali di assistenza (LEA) e le strutture private non accreditate, nel caso dell'accREDITAMENTO di strutture sanitarie, la valutazione ha ad oggetto unicamente i LEA e prevede il coinvolgimento solo 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, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'articolo 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies, senza quindi considerare le strutture private non accreditate.

Compito dell'Ente regionale è quello di definire il fabbisogno di assistenza sanitaria e socio-sanitaria onde garantire i livelli essenziali ed uniformi di assistenza, gli eventuali livelli integrativi locali e le esigenze connesse all'assistenza integrativa, nonché la quantità di prestazioni accreditabili in eccesso rispetto al suddetto fabbisogno, in modo da assicurare un'efficace competizione tra le strutture accreditate, aggiornandolo periodicamente sulla base delle esigenze di salute o del mutato quadro epidemiologico.

2. FABBISOGNO REGIONALE DI CUI AL D.C.A. n.83/2019 e ss.mm.ii.

Con il D.C.A n.83/2019 e ss.mm.ii. della Regione Campania è stato approvato il "*Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021*", con cui è stata definita l'offerta pubblica e privata accreditata di assistenza territoriale ai fini del soddisfacimento del fabbisogno di assistenza programmato per garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (*in sigla LEA*), in coerenza con il DPCM del 12 gennaio 2017.

Detto provvedimento ha stabilito i criteri di ripartizione del fabbisogno per vari servizi di assistenza residenziale e semiresidenziale, basati sulla popolazione residente (a sua volta suddivisi, di regola, su base aziendale) nelle macroaree della riabilitazione e del sociosanitario, e ha definito il fabbisogno di posti letto per l'assistenza riabilitativa, anche extraospedaliera.

Il predetto DCA dava atto che *“considerata l’offerta già esistente, che risulta non omogeneamente distribuita sul territorio e che satura quasi completamente il fabbisogno programmato, è necessario che le nuove strutture da autorizzare e accreditare nell’ambito del fabbisogno, siano localizzate nell’ambito di aree territoriali in cui non vi siano già altri servizi della stessa tipologia, al fine di ottenere per quanto possibile un riequilibrio territoriale, facile accessibilità, universalità, equità ed appropriatezza”*.

Con successiva nota prot. 2021.0385477 del 21.07.2021 avente ad oggetto “Pianificazione aziendale dell’offerta territoriale delle strutture sociosanitarie RSA residenziali”, si chiariva che *“l’area territoriale introdotta dal DCA 83/2019 in tema di fabbisogno delle strutture sociosanitarie RSA, ai fini della valutazione della localizzazione territoriale residenziali di nuova realizzazione, è finalizzato a garantire, per quanto possibile, una distribuzione territoriale più omogenea di tali servizi. Il DCA 83/2019, infatti, diversamente da quanto indicato nella DGRC 7301/2001 che indicava quale ambito territoriale di riferimento per le strutture residenziali RSA l’intero territorio dell’ASL, ha inteso prevedere una suddivisione del territorio dell’ASL. Tale suddivisione delinea dei sub territori, definiti appunto aree territoriali.*

Pertanto per ambito territoriale può essere intesa quell’area territoriale costituita dall’aggregazione significativa di più distretti sanitari contigui

L’offerta di posti letto pianificati ed eventualmente disponibili per l’area territoriale risultante da tale aggregazione di distretti sanitari contigui, va calcolata considerando l’incidenza del numero dei residenti in tale area territoriale, rispetto al totale dei residenti dell’intera ASL.

L’ASL può attuare un’adeguata pianificazione dell’offerta territoriale dei servizi, nei limiti del fabbisogno programmato e residuo di ciascun setting RSA residenziale, al fine di ottenere un riequilibrio territoriale, facile accessibilità alle cure, universalità, equità ed appropriatezza”

Con DGRC n. 127 del 20/03/2025 – approvazione documento tecnico di uscita dal piano di rientro - capitolo Rete territoriale - si enunciavano, tra l’altro, le modalità dell’implementazione dell’assistenza residenziale e semiresidenziale; detta implementazione scaturisce dalla sussistenza di una progressiva crescita della domanda per alcuni servizi di assistenza socio-sanitaria sul territorio regionale, dovuta principalmente a un significativo invecchiamento della popolazione e a un aumento delle patologie croniche e della non autosufficienza.

3. Ridefinizione del fabbisogno autorizzativo di posti residenziali e semiresidenziali. Criteri

Una maggiorazione del fabbisogno autorizzativo per erogare servizi residenziali e semiresidenziali in ambito della macroarea della riabilitazione e del sociosanitario rappresenta quindi uno strumento strategico per colmare il divario tra la domanda e l'offerta, fornendo soluzioni immediate di assistenza ed una maggiore possibilità di accesso ai servizi sul territorio.

In tal senso, al fine di garantire una presenza omogenea del numero di posti in tutte le aree territoriali favorendo, al contempo, anche un'efficace competizione tra le strutture, è opportuno stabilire che il numero di posti residenziali e semiresidenziali in regime autorizzativo dovrà essere fissato nella misura del numero di posti attualmente programmati per il soddisfacimento dei LEA, incrementati di una percentuale compresa tra il 10 ed il 20% per i posti residenziali e tra il 5 ed il 10% per i posti semiresidenziali, in relazione ad una valutazione della specifica domanda sanitaria sul territorio, da svolgersi in ambito territoriale da parte della Azienda Sanitaria territorialmente competente.

Inoltre, ai sensi dell'art. 8 quater del D.lgs. 502/92 e ss.mm.ii., sarà possibile accreditare una percentuale di prestazioni accreditabili in eccesso rispetto al fabbisogno programmato – da individuarsi in quella massima del 10% di posti residenziali e 5% di posti semiresidenziali - in modo da assicurare un'efficace competizione tra le strutture accreditate; i vincoli per l'accreditamento di strutture sanitarie private in esubero rispetto al fabbisogno programmato dovranno tenere conto dei criteri di cui all'art. 3, comma 7 del Regolamento regionale n.1/2007, da rivedere sulla scorta della novella introdotta dalla Legge 18 dicembre 2025, n.190 recante "Legge annuale per il mercato e la concorrenza 2025", con la precisazione che saranno posti a carico del S.S.R. esclusivamente volumi di attività comunque non superiori a quelli definiti dagli indirizzi della programmazione nazionale e regionale.

In coerenza con quanto già stabilito dal D.C.A. n.83/2019 e ss.mm.ii., come richiamato con la citata nota prot. 2021.0385477 del 21.07.2021, al fine di ottenere un riequilibrio territoriale, facile accessibilità alle cure, universalità, equità ed appropriatezza, l'ulteriore offerta di posti disponibili dovrà essere assegnata, in via prioritaria, su ambito territoriale carente, come risultante dall'aggregazione di distretti sanitari contigui.

In fase di prima applicazione, da svolgersi entro un termine di 60 gg. dalla pubblicazione del presente provvedimento sul BURC, compito di ciascuna Azienda Sanitaria sarà individuare i setting assistenziali maggiormente carenti, in cui possono essere realizzate/ampliate nuove strutture da autorizzare nell'ambito dell'ulteriore fabbisogno di posti residenziali e semiresidenziali.

Al fine di garantire uniformità di applicazione, vengono individuati, nei limiti del fabbisogno autorizzativo calcolato come sopra riportato, i seguenti criteri:

- ✓ *Avvio dell'esercizio delle attività riabilitative e/o sociosanitarie entro il termine perentorio di 12 mesi, dal rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione, pena la decadenza del titolo autorizzativo rilasciato;*
- ✓ *Priorità agli ambiti territoriali carenti; ove all'interno dell'ambito territoriale vi siano più istanze, troverà applicazione il criterio cronologico di presentazione;*
- ✓ *Ove non ci siano istanze per gli ambiti territoriali carenti, si procederà come da DGRC 7301/01.*

Le aziende hanno la facoltà di individuare ulteriori criteri tesi sempre a garantire una migliore accessibilità, universalità, equità ed appropriatezza delle cure dei cittadini residenti nel proprio territorio.

Entro 60 gg. dalla adozione della Deliberazione aziendale che abbia individuato gli ambiti carenti, i soggetti interessati potranno presentare le istanze di autorizzazione /ampliamento presso il Comune dove si trova la sede operativa della struttura sociosanitaria; le istanze saranno poi trasmesse dal Comune alla ASL territorialmente competente, che le instruirà secondo i criteri riportati al precedente punto.

4. Disposizioni Operative

Tutto ciò esposto, sulla scorta delle ragioni soprariportate, si stabilisce quanto segue:

- 1) il fabbisogno in regime autorizzativo ai sensi dell'art. 8 ter del D.lgs. 502/92 e ss.mm.ii. di posti residenziali e semiresidenziali nelle macroaree della Riabilitazione e del sociosanitario è stabilito nel numero di posti programmati per il soddisfacimento dei LEA, incrementati di una percentuale compresa tra il 10% ed il 20% per i posti residenziali, e tra il 5 ed il 10% per i posti semiresidenziali, in relazione alla valutazione della specifica domanda sanitaria sul territorio, da svolgersi in ambito territoriale da parte della Azienda Sanitaria territorialmente competente;
- 2) in fase di prima applicazione, da svolgersi entro un termine di 60 gg dalla pubblicazione del presente provvedimento sul BURC, compito di ciascuna Azienda Sanitaria individuerà i setting riabilitativi e sociosanitari maggiormente carenti, dove potranno essere autorizzate nuove strutture o ampliamento delle preesistenti nell'ambito dell'ulteriore fabbisogno di posti residenziali e semiresidenziali, nei limiti di cui al punto precedente;
- 3) nel rispetto dei limiti del fabbisogno autorizzativo calcolato come sopra riportato, al fine di garantire uniformità di applicazione delle presenti disposizioni, vengono individuati i seguenti criteri cui i Comuni e le Aziende Sanitarie Locali dovranno attenersi nel rilascio delle autorizzazioni alla realizzazione:
 - a) *Avvio dell'esercizio delle attività riabilitative e/o sociosanitarie dovrà avvenire entro il termine perentorio di 12 mesi dal rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione, pena la decadenza del titolo autorizzativo rilasciato;*
 - b) *Deve essere data priorità agli ambiti territoriali carenti; ove all'interno dell'ambito territoriale vi siano più istanze, troverà applicazione il criterio cronologico di presentazione dell'istanza;*
 - c) *Ove non ci siano istanze per gli ambiti territoriali carenti, si procederà come da DGRC 7301/01.*Le Aziende hanno la facoltà di individuare ulteriori criteri, tesi sempre a garantire una migliore accessibilità, universalità, equità ed appropriatezza delle cure dei cittadini residenti nel proprio territorio;
- 4) entro 60 gg. dalla adozione della Deliberazione aziendale che abbia individuato gli ambiti carenti, i soggetti interessati potranno presentare le istanze di autorizzazione /ampliamento presso il Comune dove si trova la sede operativa della struttura sociosanitaria; le istanze saranno poi trasmesse dal Comune alla ASL territorialmente, che le istruirà secondo i criteri riportati al precedente punto.
- 5) le AA.SS.LL. potranno istruire le istanze ancora in istruttoria al momento dell'adozione della Deliberazione aziendale (secondo il principio del "*tempus regit actum*") nonché le istanze pervenute dopo l'approvazione della Delibera aziendale di individuazione dei settings carenti;
- 6) ai sensi dell'art. 8 quater del D.lgs. 502/92 e ss.mm.ii., è consentito accreditare una percentuale – da individuarsi in quella del 10% di posti residenziali e 5% di posti semiresidenziali - di prestazioni accreditabili in eccesso rispetto al fabbisogno programmato, in modo da assicurare un'efficace competizione tra le strutture accreditate; i vincoli per l'accreditamento di strutture sanitarie private in esubero rispetto al fabbisogno programmato dovranno tenere conto dei criteri di cui all'art. 3, comma 7 del Regolamento regionale n.1/2007, da rivedere sulla scorta della novella introdotta dalla Legge 18 dicembre 2025, n.190 recante "Legge annuale per il mercato e la concorrenza 2025", con la dovuta precisazione che, ai sensi del comma 8 dell'art. 8 quater, saranno posti a carico del S.S.R. esclusivamente volumi di attività comunque non superiori a quelli definiti dagli indirizzi della programmazione nazionale e regionale;
- 7) le disposizioni di cui ai punti precedenti non comportano oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale, in quanto l'autorizzazione non implica l'automatico accreditamento ed accesso al sistema di rimborso a carico del Servizio Sanitario Regionale;
- 8) la Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale provvederà al monitoraggio costante dell'andamento del fabbisogno e dell'effettiva apertura/ampliamento delle strutture sociosanitarie autorizzate.