

Deliberazione della Giunta Regionale 2 luglio 2021, n. 21-3486

**Rete regionale di Cure Palliative per il paziente adulto. Ridefinizione del fabbisogno di posti letto hospice sul territorio regionale e aggiornamento delle relative procedure di autorizzazione ed accreditamento, ad integrazione e modifica della D.G.R. 2-976 del 04.02.2020 e della D.D. n. 262 del 07.04.2014. Integrazione della D.G.R. n. 31-8596 del 22.03.2019 e della D.G.R. n. 17-803 del 15 ottobre 2010. .**

A relazione dell'Assessore Icardi:

Premesso che:

con D.G.R. n. 17-24510 del 06.05.1998, sono state approvate, in anticipo sulla normativa nazionale, le prime “linee guida indicanti i requisiti organizzativi, tecnici e strutturali di tutto il sistema di cure palliative e domiciliari in Piemonte”, aggiornate con D.G.R. n. 15-7336 del 14.10.2002, di “approvazione delle nuove linee guida regionali, inerenti l’applicazione delle cure palliative in Piemonte, la formazione degli operatori e l’attuazione del Programma Regionale per le Cure Palliative”.

Con la suddetta deliberazione era stato stimato, sulla base di evidenze scientifiche nazionali, in circa 300 soggetti, ogni 100.000 abitanti, il numero dei malati di cancro in fase avanzata, di cui il 20% circa necessitava di ricovero in hospice (il che corrisponde a 1 posto letto hospice ogni 56 deceduti per cancro); pertanto, si era calcolato che in Piemonte, per almeno 2.500 persone affette da neoplasia in fase terminale, ogni anno sarebbe stato indicato il ricovero. Poiché, contestualmente, si era previsto anche lo sviluppo delle cure domiciliari, si era ritenuto di poter individuare un fabbisogno stimato di 0,05 posti letto hospice ogni 1.000 abitanti (pari a 214 posti letto da attivarsi sul territorio regionale).

La successiva D.G.R. n. 15-7336 del 14.10.2002, aveva poi aggiornato il fabbisogno – stimato sulla popolazione residente – indicando la necessità di circa 230 posti letto sul territorio regionale, modificando, così, il calcolo effettuato in precedenza (da 214 a 230 p.l) ed approvato con D.G.R. 32-29522 del 01.03.2000, inerente alle modalità ed ai termini per la richiesta ed il rilascio dell’autorizzazione alla realizzazione di strutture e all’esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie.

Il Tavolo Tecnico nazionale per la verifica degli adempimenti regionali ed il Comitato Permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza hanno rilevato un’inadempienza a carico della Regione Piemonte, specificamente per quanto riguarda l’adempimento LEA “AO. Cure palliative e terapia del dolore”, in particolare all’indicatore 2, del punto 1.2, “numero posti letto in Hospice su numero deceduti per causa di tumore”, individuando il valore dello standard per il territorio regionale pari a 254 posti letto hospice, sulla base dei parametri già illustrati ai punti precedenti.

Con D.G.R. n. 2-976 del 04.02.2020 è stato approvato l’aggiornamento del fabbisogno di posti letto hospice sul territorio regionale, in attuazione della normativa nazionale e regionale in merito, in particolare della Legge 15 marzo 2010, n. 38 e s.m.i.; il dettaglio dei posti letto hospice attualmente operativi sul territorio regionale e la programmazione dei posti letto ulteriori sono illustrati, suddivisi per Provincia, agli Allegati A e A1, parti sostanziali ed integranti della deliberazione suddetta.

Nella citata deliberazione n. 2-976 del 04.02.2020 è stato riportato, per mero errore materiale, il numero di 192 posti letto hospice ad oggi autorizzati sul territorio regionale, a fronte di un numero reale di 190, tutti con onere a carico del SSN, a costituire la carenza di 64 posti letto hospice da

rendere operativi in regione, sulla base del parametro nazionale a tutt'oggi vigente, di 1 posto letto ogni 56 deceduti per cancro (190 vs 254).

Con la medesima D.G.R. n. 2-976 del 04.02.2020, la Giunta regionale ha previsto di demandare ai Settori competenti della Direzione Sanità l'adozione degli atti necessari per l'attuazione di quanto disposto con la deliberazione stessa, in conformità alle normative nazionale e regionale vigenti in materia di cure palliative ed, in specifico, per l'apertura ed il funzionamento degli hospice sul territorio regionale, con particolare riguardo alla dislocazione territoriale presso le singole AASSRR.

Con l'atto di cui al paragrafo precedente, si è inoltre demandato a successiva deliberazione di Giunta l'approvazione di ogni eventuale, successivo aggiornamento del fabbisogno di posti letto hospice sul territorio regionale, rinviando ai Settori competenti della Direzione Sanità, la valutazione di compatibilità con la programmazione regionale, nelle singole Aziende Sanitarie.

In ottemperanza al disposto della D.G.R. n. 2-976 del 04.02.2020, il Settore Programmazione dei Servizi Sanitari e Sociosanitari della Direzione Sanità ha organizzato una serie di incontri con le Aziende Sanitarie regionali, svoltisi in videoconferenza nei giorni 4 e 11 febbraio 2021 – le cui sintesi sono conservate presso gli uffici competenti del Settore suddetto – durante i quali si è effettuato un confronto diretto sulla programmazione dei posti letto hospice sul territorio regionale ed è stata verificata la situazione per ogni singola Asl.

Preso atto che:

già il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, nel determinare che le cure palliative si rivolgono ai pazienti colpiti da una malattia che non risponde più a trattamenti specifici e la cui diretta conseguenza è la morte e che, pertanto, il controllo del dolore e degli altri sintomi, come pure l'attenzione agli aspetti psicologici, spirituali e sociali sono di fondamentale importanza, evidenzia che "...La fase terminale non è caratteristica esclusiva della malattia oncologica, ma rappresenta una costante della fase finale di vita di persone affette da malattie ad andamento evolutivo, spesso cronico, a carico di numerosi apparati e sistemi, quali quello respiratorio (ad es. insufficienza respiratoria refrattaria in persone affette da malattie polmonari croniche), cardiocircolatorio (ad es. persone affette da miocardiopatie dilatative), neurologico (ad es. malattie degenerative quali la sclerosi multipla), epatico (ad es. cirrosi) e di persone colpite da particolari malattie infettive, in primo luogo l'A.I.D.S [...]";

la legge n. 38/2010 definisce il percorso assistenziale in materia di cure palliative e terapia del dolore, tutelando il diritto del cittadino ad accedere a tali forme di assistenza nell'ambito dei livelli essenziali di cui al D.P.C.M. 29 novembre 2001, al fine di garantire il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze;

il decreto del Ministero della Salute n. 43/2007, nel definire all'Allegato 1, tra gli altri, lo standard di un posto residenziale ogni 56 deceduti a causa di tumore, in riferimento all'indicatore relativo al numero di posti residenziali in hospice, evidenzia, altresì, all'Allegato 2 che:

“[...]”

a) gli standard [...] riportati nell'Allegato 1 sono da intendersi come requisiti minimi (ovvero come valori minimi accettabili) delle attività delle strutture dedicate alle cure palliative e della rete di assistenza ai pazienti terminali in età adulta e pediatrica [...];

b) gli standard riportati nell'Allegato 1 sono stati definiti con esclusivo riferimento ai malati oncologici, in quanto, attualmente, solo in questo settore è disponibile un solido riferimento di esperienza e di letteratura. Si ricorda, tuttavia, anche con riferimento al decreto ministeriale 28 settembre 1999 ed all'Accordo Stato-Regioni 19 aprile 2001 citato nelle premesse, che le cure palliative sono rivolte a tutti i malati inguaribili in fase avanzata e terminale, indipendentemente dalla patologia di base (malati cardiologici, neurologici, pneumologici, metabolici, ecc.); ciò nella consapevolezza che “l'utenza potenziale di cure palliative, secondo quanto indicato dalle normative nazionali, dovrebbe tener conto anche dell'utenza affetta da malattie inguaribili non oncologiche in fase terminale”.

Preso, inoltre, atto che:

L'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 25 luglio 2012 identifica i requisiti organizzativi per le reti regionali e locali di cure palliative. In particolare l'Intesa sottolinea l'esigenza di estendere l'assistenza palliativa anche a pazienti non oncologici. Per fornire una risposta concreta a tale richiesta si rende necessaria una riprogrammazione della struttura delle reti regionali di cure palliative, inizialmente, alla luce dei dettami della Legge 39/99, strutturate prevalentemente per pazienti oncologici.

Considerato il progressivo aumento delle aspettative di vita della popolazione e delle patologie cronico-degenerative che hanno portato come conseguenza l'incremento e la diversificazione dei bisogni assistenziali, anche a lungo termine, nonché la necessità di garantire le correlate prestazioni sanitarie, sia in regime residenziale che domiciliare, come peraltro espressamente previsto dal D.P.C.M. 12 gennaio 2017, recante “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza” (LEA) che:

▲ all'art. 22 “Cure domiciliari” articola le cure domiciliari in quattro livelli caratterizzati da un grado crescente di complessità del bisogno e di necessità dell'intervento assistenziale, espresso in termini di “Coefficiente di intensità assistenziale” – CIA;

▲ all'art. 23 “Cure palliative domiciliari” prevede che:

“1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce le cure domiciliari palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38, nell'ambito della Rete di cure palliative a favore di persone affette da patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Le cure sono erogate dalle Unità di Cure Palliative (UCP) sulla base di protocolli formalizzati nell'ambito della Rete e sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale, da aiuto infermieristico, assistenza tutelare professionale e sostegno spirituale. Le cure palliative domiciliari si articolano nei seguenti livelli:

a) livello base: costituito da interventi coordinati dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta, secondo quanto previsto dall'art. 2, comma 1, lettera f) della legge 15 marzo 2010, n. 38, che garantiscono un approccio palliativo attraverso l'ottimale controllo dei sintomi e una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia; sono erogate da medici e infermieri con buona conoscenza di base delle cure palliative e si articolano in interventi programmati caratterizzati da un CIA minore di 0,50 in funzione del progetto di assistenza individuale;

b) livello specialistico: costituito da interventi da parte di equipe multiprofessionali e multidisciplinari dedicate, rivolti a malati con bisogni complessi per i quali gli interventi di base sono inadeguati; richiedono un elevato livello di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare. In relazione al livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, sono garantiti la continuità assistenziale, interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50 definiti dal progetto di assistenza individuale nonché pronta disponibilità medica e infermieristica sulle 24 ore.

2. Le cure domiciliari palliative richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e dei familiari e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI). Le cure domiciliari palliative sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale”.

▲ all’art. 31, “Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita” dispone che:

“ 1. Il Servizio sanitario nazionale, nell'ambito della rete locale di cure palliative, garantisce alle persone nella fase terminale della vita affette da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, il complesso integrato delle prestazioni mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, mediche specialistiche, infermieristiche, riabilitative, psicologiche, gli accertamenti diagnostici, l'assistenza farmaceutica e la fornitura di preparati per nutrizione artificiale, le prestazioni sociali, tutelari e alberghiere, nonché di sostegno spirituale. Le prestazioni sono erogate da equipe multidisciplinari e multiprofessionali nei Centri specialistici di cure palliative□Hospice che, anche quando operanti all'interno di una struttura ospedaliera, si collocano nell'ambito dell'assistenza sociosanitaria territoriale.

Gli Hospice assicurano l'assistenza medica e infermieristica e la presenza di operatori tecnici dell'assistenza sette giorni su sette, sulle 24 ore, e dispongono di protocolli formalizzati per il controllo del dolore e dei sintomi, per la sedazione, l'alimentazione, l'idratazione e di programmi formalizzati per l'informazione, la comunicazione e il sostegno al paziente e alla famiglia, l'accompagnamento alla morte e l'assistenza al lutto, l'audit clinico ed il sostegno psico□emotivo all'equipe.

2. I trattamenti di cui al comma 1 sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale”.

Dato atto che:

dall’istruttoria effettuata dagli uffici competenti della Direzione Sanità – le cui risultanze sono agli atti dei medesimi uffici - tramite la disamina di documenti di letteratura scientifica nazionale ed internazionale sull’argomento ed il confronto con le Società scientifiche e le Associazioni di riferimento, nell’ambito delle cure palliative (specificamente la Società di Cure Palliative e la Federazione di Cure Palliative, Sezioni della Regione Piemonte) è emerso che, con riguardo al fabbisogno minimo raccomandato di p.l. in hospice – di cui al già citato decreto ministeriale n. 43/2007, pari a un p.l. ogni 56 deceduti per tumore - alle persone affette da cancro che necessitano di cure palliative devono essere aggiunte quelle affette da patologie non oncologiche, che si stimano essere almeno 0.5/volta il numero di pazienti deceduti per tumore.

Considerata, altresì, l’esigenza di garantire, quanto più possibile, una razionale ed appropriata dislocazione sul territorio degli hospice, quali strutture di “prossimità”, nel rispetto dei bisogni degli assistiti e delle loro famiglie.

Ritenuto che l'iniziale incremento di 64 posti letto, così come previsto dalla già citata D.G.R. n. 2-976 del 04.02.2020, risulta insufficiente a garantire adeguatamente l'attuale fabbisogno assistenziale in materia di cure palliative, con particolare riferimento ai pazienti non oncologici.

Ritenuto, pertanto, necessario:

- ridefinire lo standard regionale di posti letto in hospice, attualmente pari a 1 posto letto ogni 56 deceduti per tumore, nella misura iniziale del +0.5;
- ridefinire ed aggiornare, a modifica ed integrazione della D.G.R. n. 2-976 del 04.02.2020, il fabbisogno regionale di posti letto in hospice, attualmente stabilito in 254, portandolo a 384 posti letto hospice, a copertura – arrotondata per eccesso di 0.5 ove necessario - del fabbisogno dei pazienti oncologici e non oncologici, rettificando contestualmente, per mero errore materiale, il numero di 192 posti letto hospice ad oggi autorizzati sul territorio regionale, a fronte di un numero reale di 190;
- stabilire che la programmazione di posti letto in hospice dovrà essere coerente con i livelli essenziali ed uniformi di assistenza, fermo restando che l'autorizzazione, l'accreditamento e la contrattualizzazione di tali posti dovranno necessariamente avvenire, fatte salve le procedure in corso, nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e degli obiettivi economico-finanziari assegnati alle singole Aziende Sanitarie Regionali;
- approvare la stima di fabbisogno regionale di posti letto in hospice, elaborata sulla scorta dei dati relativi ai decessi per cancro, di cui ai dati di mortalità forniti dall'ISTAT per l'anno 2016 e condivisi con il Tavolo Tecnico nazionale per la verifica degli adempimenti regionali ed il Comitato Permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza del Ministero della Salute, di cui alla tabella dettagliata all'Allegato 1, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione nella quale sono, altresì, riportati i dati relativi all'offerta dei posti letto hospice per pazienti oncologici, sia operativi, sia in programmazione, ai sensi della D.G.R. n. 2-976 del 04.02.2020;
- precisare che, per i posti letto a carico del Servizio Sanitario Regionale, vige la tariffa definita dalla D.G.R. n. 16-3259 del 18.06.2001, titolata "Revisione della tariffazione giornaliera a carico del Servizio Sanitario Regionale delle prestazioni di ricovero del Centro di Cure Palliative - Hospice- e determinazione tariffe in euro dei Servizi Sanitari residenziali extraospedalieri. Modifica alla D.G.R. n. 35-29525 del 01.03.2000".

Ritenuto opportuno, a modifica della D.G.R. n. 2-976 del 04.02.2020, relativamente alle tematiche autorizzatorie, specificare che:

- le modalità di autorizzazione e funzionamento delle strutture hospice pubbliche e private autorizzate e accreditate soggiacciono alle disposizioni autorizzative di cui all'art. 8 ter del D.Lgs. 502/92 e smi;
- è necessario disciplinare, ad integrazione della DGR n. 31-8596 del 22 marzo 2019 e smi, il procedimento di verifica di compatibilità di cui agli artt. 8 ter e 8 quater del D.Lgs. 502/1992 e smi delle strutture residenziali socio-sanitarie per persone nella fase terminale della vita (Hospice) contenuto nell'allegato 2 parte integrante e sostanziale del presente atto, titolato "Allegato L) alla DGR 22/3/2019 n. 31-8596"
- il procedimento di autorizzazione e il procedimento di accreditamento degli hospice, entrambi di competenza regionale, devono concludersi entro 120 giorni dal ricevimento dell'istanza con

provvedimento dirigenziale; tali procedimenti integrano l'elenco dei procedimenti di cui all'allegato B) alla D.G.R. n. 17-803 del 15 ottobre 2010.

- le strutture già autorizzate e accreditate ai sensi della normativa regionale vigente in tema di cure palliative e hospice, continuano ad espletare la propria attività in forza dei provvedimenti in loro possesso.

Considerato, inoltre, che:

ai sensi dell'art. 31 del D.P.C.M. del 12.01.2017, recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", i Centri specialistici di cure palliative- hospices rientrano tra le strutture eroganti assistenza socio-sanitaria territoriale, con onere interamente a carico del SSN.

Per quanto sopra, risulta necessario stabilire con il presente atto, a modifica della D.G.R. n. 2-976 del 04.02.2020, che le attività di vigilanza sui requisiti autorizzativi e di accreditamento delle strutture di cure palliative – hospice, siano affidate rispettivamente alle Commissioni di Vigilanza costituite ai sensi della D.G.R. 28/10/2013 n. 24-6579 nei termini e nei modi dalla stessa disciplinati e all'Arpa Piemonte ai sensi della D.G.R. n. 3-6019 del 28 giugno 2013 e della D.G.R. n. 32-2366 del 2 novembre 2015, sulla base della specifica normativa nazionale e regionale vigente in materia di cure palliative ed hospice.

Ritenuto opportuno, al fine di assicurare la necessaria imparzialità e terzietà degli organismi di verifica, che per le strutture hospice gestite direttamente dalle ASL l'attività di vigilanza sui requisiti autorizzativi venga esercitata dalle Commissioni di vigilanza così come di seguito individuate:

<b>UBICAZIONE TERRITORIALE DELLA STRUTTURA HOSPICE PUBBLICA</b>	<b>COMMISSIONE DI VIGILANZA COMPETENTE ALLA VERIFICA DEI REQUISITI</b>
ASL CITTA' DI TORINO	ASL TO4
ASL TO3	ASL TO5
ASL TO4	ASL CITTA' DI TORINO
ASL TO5	ASL TO3
ASLVC	ASL BI
ASL BI	ASL VCO
ASL NO	ASL VC
ASL VCO	ASL NO
ASL CN1	ASL CN2
ASL CN2	ASL CN1
ASL AT	ASL AL
ASL AL	ASL AT

Ritenuto di:

- demandare alla Direzione Sanità e Welfare, l'adozione degli atti necessari all'attuazione di quanto disposto con la presente deliberazione e i relativi allegati, che sono parte sostanziale ed integrante - in conformità alla normativa nazionale e regionale vigente in materia di cure palliative e previa verifica della sostenibilità economica, e nello specifico:

- la modulistica per la presentazione dell'istanza ai sensi degli artt. 8 ter/8 quater del D.Lgs. 502 del 1992 e s.m.i.,
- l'aggiornamento dei requisiti di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento
- la predisposizione del bando, che avrà cadenza annuale, per la manifestazione da parte di soggetti privati di interesse all'apertura di un nucleo hospice sul territorio regionale, nel rispetto della programmazione sanitaria regionale.

Dato atto che gli oneri di cui al presente provvedimento devono trovare copertura nell'ambito delle risorse del Fondo Sanitario, assegnate annualmente alle Aziende Sanitarie regionali e stanziare nella Missione 13 Programma 1.

Visti:

il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" e successive modificazioni ed integrazioni;

il D.P.C.M. del 20 gennaio 2000 "Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative";

il D.P.C.M. 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie";

la L. 26 febbraio 1999, n. 39 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 28 dicembre 1998, n. 450, recante disposizioni per assicurare interventi urgenti di attuazione del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000", quale prima norma che sancisce il diritto del cittadino di accedere alle cure palliative e prevede un programma nazionale per la creazione di strutture residenziali di cure palliative (hospice) in tutte le regioni italiane;

l'Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in materia di cure palliative pediatriche - n. 138/CSR del 27 giugno 2007;

la L. 15 marzo 2010, n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore";

l'Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sulle linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore, finalizzato a garantire l'assistenza palliativa e la terapia del dolore in modo omogeneo e a pari livelli di qualità in tutto il Paese - n. 239/CSR del 16 dicembre 2010;

l'Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni, e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della Salute, di cui all'art. 5 della legge 15 marzo 2010 n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore - n. 151/CSR del 25 luglio 2012, nella quale si evidenzia che:

"[...] la definizione di requisiti minimi e delle modalità organizzative, risponde dunque all'esigenza primaria di fornire cure adeguate ai bisogni del malato e della sua famiglia per qualunque patologia evolutiva durante tutto il suo decorso, per ogni età e in ogni luogo di cura, sull'intero territorio

nazionale, garantendo equità nell'accesso ai servizi e qualità delle cure nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza [...]”, Intesa successivamente recepita con D.G.R. n. 29-4854 del 31.10.2012;

l’Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul documento recante “Disciplina per la revisione della normativa dell’accreditamento”, in attuazione dell’articolo 7, comma 1, del nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012 (Rep. Atti n. 243/CSR del 3 dicembre 2009) - n. 259/CSR del 20 dicembre 2012;

l’Intesa, ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016 - n. 82/CSR del 10 luglio 2014;

l’Accordo ai sensi dell’articolo 5, comma 2, della legge 15 marzo 2010, n. 38 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano di individuazione delle figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, nonché delle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, e assistenziali coinvolte nelle reti delle cure palliative e della terapia del dolore - n. 87/CSR del 10 luglio 2014; Accordo successivamente recepito con D.G.R. n. 14-2811 del 18.01.2016;

l’Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all’accreditamento delle strutture sanitarie - n. 32/CSR del 19 febbraio 2015, Intesa successivamente recepita con D.G.R. n. 2 novembre 2015, n. 32-2366

l’Intesa, ai sensi dell’art. 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sullo schema di D.P.C.M. di aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) - n. 157/CSR del 7 settembre 2016;

il decreto del Ministero della Salute 22 febbraio 2007, n. 43 “Regolamento recante: “Definizione degli standard relativi all’assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo, in attuazione dell’articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311”;

il decreto del Ministero della Salute del 6 giugno 2012 “Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell’assistenza erogata presso gli Hospice”;

il D.P.C.M. 12 gennaio 2017, recante “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017, la cui iniziale attuazione è stata approvata con D.G.R. n. 118-6310 del 22.12.2017;

la D.G.R. n. 30-866 del 25.10.2010, di formale istituzione della Rete regionale di Cure Palliative e della Rete regionale di Terapia del Dolore, a norma della L. 38 del 15 marzo 2010, integrando, rispettivamente, la D.G.R. n. 15-7336 del 14.10.2002 e la D.G.R. n. 31-1142 del 17.10.2005 e revocando le DD.G.R. n. 2-6025 del 4.06.2007 e n. 9-7872 del 21.12.2007.

la D.D. n. 262 del 07.04.2014, di approvazione dei criteri per l’accreditamento istituzionale dei Centri residenziali di Cure Palliative – Hospice, in attuazione di quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale sopra citata.



Tutto ciò premesso ed attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento, ai sensi della D.G.R. n. 1-4046 del 17.10.2016, come modificata dalla D.G.R. n. 1-3361 del 14 giugno 2021,

la Giunta Regionale, a voti unanimi

*delibera*

- di ridefinire lo standard regionale di posti letto in hospice, attualmente pari a 1 posto letto ogni ogni 56 deceduti per tumore, nella misura iniziale del +0.5;
- di ridefinire ed aggiornare, a modifica ed integrazione della D.G.R. n. 2-976 del 04.02.2020, il fabbisogno regionale di posti letto in hospice, attualmente stabilito in 254, portandolo a 384 posti letto hospice, a copertura – arrotondata per eccesso di 0.5, ove necessario - del fabbisogno dei pazienti oncologici e non oncologici, rettificando contestualmente, per mero errore materiale, il numero di 192 posti letto hospice ad oggi autorizzati sul territorio regionale, a fronte di un numero reale di 190;
- di stabilire che la programmazione di posti letto in hospice dovrà essere coerente con i livelli essenziali ed uniformi di assistenza, fermo restando che l'autorizzazione, l'accreditamento e la contrattualizzazione di tali posti dovranno necessariamente avvenire, fatte salve le procedure in corso, nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e degli obiettivi economico-finanziari assegnati alle singole Aziende Sanitarie Regionali;
- di approvare la stima di fabbisogno regionale di posti letto in hospice, elaborata sulla scorta dei dati relativi ai decessi per cancro, di cui ai dati di mortalità forniti dall'ISTAT per l'anno 2016 e condivisi con il Tavolo Tecnico nazionale per la verifica degli adempimenti regionali ed il Comitato Permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza del Ministero della Salute, di cui alla tabella dettagliata all'Allegato 1, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione nella quale sono, altresì, riportati i dati relativi all'offerta dei posti letto hospice per pazienti oncologici, sia operativi, sia in programmazione, ai sensi della D.G.R. n. 2-976 del 04.02.2020;
- di precisare che per i posti letto a carico del Servizio Sanitario Regionale, vige la tariffa definita dalla D.G.R. n. 16-3259 del 18.06.2001, titolata "Revisione della tariffazione giornaliera a carico del Servizio Sanitario Regionale delle prestazioni di ricovero del Centro di Cure Palliative - Hospice- e determinazione tariffe in euro dei Servizi Sanitari residenziali extraospedalieri. Modifica alla D.G.R. n. 35-29525 del 01.03.2000".
- di specificare che le modalità di autorizzazione e funzionamento delle strutture hospice pubbliche e private autorizzate e accreditate soggiacciono alle disposizioni autorizzative di cui all'art. 8 ter del D.Lgs. 502/92 e s.m.i.;
- di approvare, ad integrazione della DGR n. 31-8596 del 22 marzo 2019 e smi, il procedimento di verifica di compatibilità di cui agli artt. 8 ter e 8 quater del D.Lgs. 502/1992 e smi delle strutture residenziali socio-sanitarie per persone nella fase terminale della vita (Hospice) contenuto nell'Allegato 2 parte integrante e sostanziale del presente atto, titolato "Allegato L) alla DGR 22/3/2019 n. 31-8596";
- di disporre che il procedimento di autorizzazione all'esercizio e il procedimento di accreditamento degli hospice, entrambi di competenza regionale, devono concludersi entro 120 giorni dal

ricevimento dell'istanza con provvedimento dirigenziale; tali procedimenti integrano l'elenco dei procedimenti di cui all'allegato B) alla D.G.R. n. 17-803 del 15 ottobre 2010.

- di precisare che le strutture già autorizzate e accreditate ai sensi della normativa regionale vigente in tema di cure palliative e hospice, continuano ad espletare la propria attività in forza dei provvedimenti in loro possesso;

- di stabilire, a modifica della D.G.R. n. 2-976 del 04.02.2020, che le attività di vigilanza sui requisiti autorizzativi e di accreditamento delle strutture di cure palliative – hospice siano affidate rispettivamente alle Commissioni di Vigilanza costituite ai sensi della D.G.R. 28/10/2013 n. 24-6579 nei termini e nei modi dalla stessa disciplinati, e all'Arpa Piemonte, sulla base della specifica normativa nazionale e regionale vigente in materia di cure palliative ed hospice;

- di disporre che per le strutture hospice gestite direttamente dalle ASL l'attività di vigilanza sui requisiti autorizzativi venga esercitata dalle Commissioni di vigilanza così come di seguito individuate:

<b>UBICAZIONE TERRITORIALE DELLA STRUTTURA HOSPICE PUBBLICA</b>	<b>COMMISSIONE DI VIGILANZA COMPETENTE ALLA VERIFICA DEI REQUISITI</b>
ASL CITTA' DI TORINO	ASL TO4
ASL TO3	ASL TO5
ASL TO4	ASL CITTA' DI TORINO
ASL TO5	ASL TO3
ASL VC	ASL BI
ASL BI	ASL VCO
ASL NO	ASL VC
ASL VCO	ASL NO
ASL CN1	ASL CN2
ASL CN2	ASL CN1
ASL AT	ASL AL
ASL AL	ASL AT

- di demandare alla Direzione Sanità e Welfare, l'adozione degli atti necessari all'attuazione di quanto disposto con la presente deliberazione e i relativi allegati che sono parte sostanziale ed integrante - in conformità alla normativa nazionale e regionale vigente in materia di cure palliative e previa verifica della sostenibilità economica, e nello specifico:

- la modulistica per la presentazione dell'istanza ai sensi degli artt. 8 ter/8 quater del D.Lgs. 502 del 1992 e smi,
- l'aggiornamento dei requisiti di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento
- la predisposizione del bando, che avrà cadenza annuale, per la manifestazione da parte di soggetti privati di interesse all'apertura di un nucleo hospice sul territorio regionale, nel rispetto della programmazione sanitaria regionale.

- di dare atto che gli oneri di cui al presente provvedimento devono trovare copertura nell'ambito delle risorse del Fondo Sanitario, assegnate annualmente alle Aziende Sanitarie regionali e stanziare nella Missione 13 Programma 1.

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)

Allegato

## FABBISOGNO STIMATO E OFFERTA DI POSTI LETTO HOSPICE PER PAZIENTI ONCOLOGICI E PAZIENTI NON ONCOLOGICI ANNO 2021

Parametro: 1.5 posti letto ogni 56 morti per cancro (arrotondato per eccesso di 0.5, ove necessario)

Fonte dati: ISTAT – dati mortalità 2016 ([http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS\\_MORTALITA1](http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_MORTALITA1))

PROVINCIA	FABBISOGNO	AZIENDA SANITARIA	OFFERTA COMPLESSIVA			DIFFERENZA FABBISOGNO/OFFERTA
			POSTI LETTO GIA' OPERATIVI A CARICO DEL SSR	POSTI LETTO IN PROGRAMMAZIONE A CARICO DEL SSR	TEMPISTICHE MASSIME DI REALIZZAZIONE	
TORINO	195	ASL CDT	10	86	Biennio 2021/2022	195 vs 166 = - 29
		ASL TO3	0			
		ASL TO4	28			
		ASL TO5	0			
		AOU CDS	34			
		AOU SAN LUIGI	8			
		AO MAURIZIANO	0			
		PRESIDIO GRADENIGO	0			
		PRESIDIO COTTOLENGO	0			
		IRCCS CANDIOLO	0			
	<b>Totale</b>	<b>80</b>				
ALESSANDRIA	45	ASL AL	24	8	Biennio 2021/2022	45 vs 32 = -13
ASTI	18	ASL AT	7	9	Biennio 2021/2022	18 vs 16 = -2
NOVARA	32	ASL NO	10	1	Biennio 2021/2022	32 vs 21 = -11
		AOU MAGGIORE CARITA'	10			
		<b>Totale</b>	<b>20</b>			
VERCELLI	17	ASL VC	10	0		17 vs 10 = -7
BIELLA	17	ASL BI	10	0		17 vs 10 = -7
VCO	15	ASL VCO	20	0		15 vs 20 = +5
CUNEO	45	ASL CN1	11	11	Biennio 2022/2023	45 vs 30 = -15
		ASL CN2	8			
		<b>Totale</b>	<b>19</b>			
<b>PIEMONTE</b>	<b>384</b>		<b>190</b>	<b>115</b>		<b>384-305= -79</b>

## FABBISOGNO POSTI LETTO HOSPICE PER PAZIENTI ONCOLOGICI

Parametro: 1 posto letto ogni 56 morti per cancro

Fonte dati: ISTAT – dati mortalità 2016 ([http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS\\_MORTALITA1](http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_MORTALITA1))

PROVINCIA	DECEDUTI PER CANCRO	FABBISOGNO	POSTI LETTO GIA' OPERATIVI A CARICO DEL SSR
TORINO	7293	130	80
ALESSANDRIA	1665	30	24
ASTI	675	12	7
NOVARA	1177	21	20
VERCELLI	587	11	10
BIELLA	631	11	10
VCO	501	9	20
CUNEO	1688	30	19
<b>PIEMONTE</b>	<b>14217</b>	<b>254</b>	<b>190</b>

**ALLEGATO L) alla DGR n. 31-8596 del 22 marzo 2019**

**Procedimento previsto ex art. 8 ter D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. relativo agli interventi per la realizzazione di strutture residenziali socio-sanitarie destinate a persone nella fase terminale della vita (Hospice)**

***1. STRUTTURE, INTERVENTI ED ATTIVITÀ SOGGETTI A VERIFICA DI COMPATIBILITÀ***

La realizzazione, l'ampliamento con aumento dei posti letto, la trasformazione con modifica di tipologia dei posti, la diversa utilizzazione (cambio d'uso) ed il trasferimento di sede (per quelle già autorizzate all'esercizio/funzionamento) delle strutture residenziali socio-sanitarie denominate Hospice che erogano prestazioni sanitarie e socio-sanitarie alle persone nella fase terminale della vita ai sensi dell'art. 31 del DPCM 14 gennaio 2017, sono soggette alla verifica di compatibilità di cui all'art. 8-ter, comma 3, del d.lgs. 502/1992, e s.m.i.

Gli atti normativi regionali che disciplinano i requisiti gestionali e strutturali degli Hospice sono le DD.G.R. n. 17-24510 del 06.05.1998, n. 15-7336 del 14.10.2002, n. 30- 866 del 25.10.2010 e n. 29-4854 del 31.10.2012, per quanto concerne i requisiti autorizzativi e la D.D. n. 262 del 07.04.2014 per quel che riguarda i requisiti di accreditamento

***2. DESCRIZIONE DEL PROCEDIMENTO***

Nell'ambito del procedimento suddetto sono previste due fattispecie:

- parere di compatibilità di cui all'art. 8-ter, comma 3, del D.Lgs n. 502/1992 e s.m.i. richiesto senza accreditamento regionale ex art. 8-quater del D.Lgs. medesimo (con esercizio di attività non a carico del Servizio Sanitario Regionale)
- parere di compatibilità di cui all'art. 8-ter, comma 3, del D.Lgs n. 502/1992 e s.m.i. richiesto con accreditamento regionale ex art. 8-quater del D.Lgs. medesimo (con esercizio di attività a carico del Servizio Sanitario Regionale).

L'istanza deve indicare con chiarezza se il parere viene richiesto senza o con accreditamento regionale.

## ***2.1 Istanza, avvio ed espressione del parere***

Hanno titolo idoneo a presentare l'istanza di verifica di compatibilità del progetto i soggetti, pubblici o privati, intestatari del titolo di disponibilità - proprietà, affitto, locazione, contratto pubblico di concessione, diritto di superficie, comodato d'uso, o equipollenti - del bene immobile dove si intende realizzare l'intervento di cui al punto "Istanza, avvio e espressione del parere" dell'allegato A alla DGR n. 31-8596 del 22 marzo 2019 e s.m.i.

La verifica di compatibilità deve essere acquisita anche nel caso in cui il soggetto richiedente sia un'Amministrazione Pubblica (Comune, ASL, ASO, Ente gestore dei servizi socio-assistenziali, ecc.).

Il titolo di disponibilità dell'attività limitato nel tempo non è idoneo alla presentazione dell'istanza di verifica di compatibilità del trasferimento dell'attività stessa ai sensi dell'art. 8 ter, comma 3, D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.

L'istanza è presentata ai seguenti soggetti:

2.1.a) nel caso in cui l'intervento richieda il rilascio del permesso di costruire o la presentazione della SCIA (ex art. 19 bis Legge n. 241/1990 e s.m.i.), l'istanza è presentata al Comune nell'ambito della domanda di permesso di costruire o nell'ambito della SCIA. L'istanza viene trasmessa alla Regione da parte del Comune. Il Comune entro trenta dal ricevimento dell'istanza, dopo aver valutato le condizioni di ammissibilità, i requisiti di legittimazione e i presupposti, richiede alla Regione la verifica di compatibilità esclusivamente tramite PEC (all'indirizzo [sanita@cert.regione.piemonte.it](mailto:sanita@cert.regione.piemonte.it)) - allegando gli elaborati progettuali e le planimetrie inerenti l'intervento che si intende realizzare, predisposti sulla base e nel rispetto dei requisiti fissati dalla normativa vigente che disciplina la materia (DD.G.R. n. 17-24510 del 06.05.1998, n. 15-7336 del 14.10.2002, n. 30-866 del 25.10.2010 e n. 29-4854 del 31.10.2012, per quanto concerne i requisiti autorizzativi e D.D. n. 262 del 07.04.2014).

L'avvio del procedimento è comunicato al Comune richiedente, al soggetto che intende realizzare l'intervento di cui al punto 1 e all'A.S.L. competente per territorio. L'esame dell'istanza prevede anche il coinvolgimento, con richiesta di parere obbligatorio ma non vincolante, dell'ASL competente per territorio.

Il parere è rilasciato al soggetto intestatario del titolo di disponibilità del bene immobile in cui si intende realizzare l'intervento ed è trasmesso al Comune e all'A.S.L. competente, nel caso di permesso di costruire e di SCIA di cui all'art. 19 bis Legge n. 241/1990 e s.m.i.

Il rilascio del permesso di costruire è subordinato all'espressione della verifica positiva di compatibilità di cui all'art. 8 ter, comma 3, D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. Nel caso della SCIA (ex art. 19 bis Legge n. 241/1990 e s.m.i.) l'inizio dei lavori è subordinato all'espressione della verifica di compatibilità positiva di cui all'art. 8 ter, comma 3, D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.

2.1.b) Nel caso in cui l'intervento non richieda il rilascio del permesso di costruire o la presentazione della SCIA (ex art. 19 bis Legge n. 241/1990 e s.m.i.), l'istanza è presentata dall'interessato direttamente alla Direzione Regionale Sanità - esclusivamente tramite PEC (all'indirizzo [sanita@cert.regione.piemonte.it](mailto:sanita@cert.regione.piemonte.it)) - allegando gli elaborati progettuali e le planimetrie inerenti l'intervento che si intende realizzare, predisposti sulla base dei requisiti fissati dalla normativa vigente in materia ((DD.G.R. n. 17-24510 del 06.05.1998, n. 15-7336 del 14.10.2002, n. 30- 866 del 25.10.2010 e n. 29-4854 del 31.10.2012, per quanto concerne i requisiti autorizzativi e D.D. n. 262 del 07.04.2014).

L'avvio del procedimento è comunicato al richiedente, al Comune e all'A.S.L. competenti per territorio. L'esame dell'istanza prevede anche il coinvolgimento, con richiesta di parere obbligatorio ma non vincolante, dell'ASL competente per territorio.

Il parere è rilasciato al soggetto intestatario del titolo di disponibilità del bene immobile in cui si intende realizzare l'intervento, ed è trasmesso anche al Comune e all'A.S.L. competente.

2.1.c) Nel caso in cui l'intervento sia richiesto da un Comune o un'Unione di Comuni, l'istanza di verifica di compatibilità ex art. 8 ter, comma 3, D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. è inviata alla Regione e presuppone l'approvazione del progetto dell'intervento ai sensi del T.U. dell'edilizia e del Codice dei contratti pubblici.

## ***2.2. Oggetto della valutazione del parere 8 ter e del parere 8 quater***

Gli elementi oggetto di valutazione riguardano:

- compatibilità dell'intervento rispetto alle esigenze di inserimento evidenziate negli atti programmatori regionali, laddove si richieda l'accreditamento istituzionale (parere 8 quater D.Lgs. 502/1992 e smi).
- la localizzazione territoriale anche in termini di accessibilità e di fruibilità della struttura in questione (raggiungibilità con i mezzi di trasporto ordinari, raggiungibilità e distanza da ospedale idonea a garantire la tutela della salute della persona assistita, con particolare riguardo alle situazioni di emergenza/urgenza per

cui si stabilisce una distanza percorribile nel tempo massimo di 60 minuti) (parere 8 ter D.Lgs. 502/1992 e smi).

Relativamente all'analisi e alla valutazione degli elaborati progettuali presentati, corredati di planimetrie, che devono prevedere i requisiti strutturali indicati dalla disciplina di settore, i soggetti competenti sono gli uffici tecnici e di vigilanza delle AA.SS.LL. competenti per territorio.

### ***2.3. Responsabile del procedimento***

Il responsabile del procedimento è il Dirigente del Settore Programmazione dei Servizi sanitari e socio-sanitari

### ***2.4. Termine di conclusione del procedimento***

Il termine di conclusione del procedimento è fissato in un massimo di 90 giorni dal ricevimento della richiesta, nel rispetto delle previsioni di cui alla L.R. n. 14/2014.

## ***3. ACCREDITAMENTO AI SENSI DELL'ART. 8-QUATER D.LGS. 502/1992 e S.M.I.***

L'accreditamento istituzionale è rilasciato dalla Regione, ai sensi dell'art. 8-quater del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., alle strutture autorizzate e sulle quali sia stato espresso parere favorevole di compatibilità di cui all'art. 8-ter, comma 3, con possibilità di accreditamento, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale ed alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti.

Nel caso in cui l'interessato intenda richiedere l'accreditamento regionale ex art. 8-quater D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., l'intervento in oggetto dovrà rientrare nel limite quantitativo prestabilito dalle deliberazioni che, di volta in volta, individuano il fabbisogno regionale.

Qualora l'incremento di offerta prospettato con l'intervento non rientri nella programmazione, in quanto superiore agli standard regionali evidenziati nei fabbisogni, il procedimento si concluderà con un parere negativo.



#### **4. MODULISTICA**

L'istanza va redatta su apposita modulistica predisposta dal Settore regionale competente, che sarà adottata con successivo provvedimento dirigenziale.

L'istanza deve indicare se il parere viene richiesto senza possibilità o con possibilità di accreditamento regionale.

Nel caso in cui venga richiesto con possibilità di accreditamento regionale l'istante deve dichiarare, altresì, la volontà o meno di realizzare l'intervento anche nel caso in cui sia possibile ottenere solo il parere di compatibilità senza possibilità di accreditamento.

#### **5. RINVIO ALLA DISCIPLINA DI CARATTERE GENERALE**

Per tutto quanto non richiamato nel presente allegato, si rinvia alla disciplina di carattere generale di cui all'allegato A della DGR 31-8596 del 22 marzo 2019 e smi nei limiti della compatibilità.

**SCHEMA RIASSUNTIVO DEL PROCEDIMENTO EX ART 8 TER, COMMA 3 D.LGS. N. 502/1992 E S.M.I. RELATIVO AGLI INTERVENTI PER LA REALIZZAZIONE DI STRUTTURE RESIDENZIALI SOCIO-SANITARIE DESTINATE A PERSONE NELLA FASE TERMINALE DELLA VITA (HOSPICE)**

<p>QUALI SONO LE STRUTTURE, INTERVENTI ED ATTIVITÀ SOGGETTI A VERIFICA DI COMPATIBILITÀ</p>	<p>Strutture residenziali socio-sanitarie destinate a persone nella fase terminale della vita (Hospice)</p>
<p>CHI HA TITOLO IDONEO A PRESENTARE L'ISTANZA DI VERIFICA DI COMPATIBILITÀ DEL PROGETTO</p>	<p>I soggetti, pubblici o privati, intestatari del titolo di disponibilità - proprietà, affitto, locazione, contratto pubblico di concessione, diritto di superficie, comodato d'uso, o equipollenti - del bene immobile dove si intende realizzare l'intervento di cui al punto precedente.</p> <p>Il richiedente deve essere in possesso dei seguenti requisiti soggettivi:</p> <p>a) della personalità giuridica di Ente o Società con finalità commerciali in regola con le norme vigenti;</p> <p>b) della qualifica di ONLUS ai sensi del D.Lgs. n. 460/1997 o delle qualifiche equiparate, ai sensi dell'art. 10, comma 8, del medesimo decreto.</p>
<p>A CHI VA PRESENTATA L'ISTANZA</p>	<p>- Nel caso in cui l'intervento richieda il rilascio del permesso di costruire o la presentazione della SCIA (ex art. 19 bis Legge n. 241/1990 e s.m.i.), l'istanza è presentata al Comune nell'ambito della domanda di permesso di costruire o nell'ambito della SCIA. L'istanza viene trasmessa alla Regione da parte del Comune.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nel caso in cui l'intervento non richieda il rilascio del permesso di costruire o la presentazione della SCIA (ex art. 19 bis Legge n. 241/1990 e s.m.i.), l'istanza è presentata dall'interessato direttamente alla Regione.</li> <li>- Nel caso in cui l'intervento sia richiesto da un Comune o un'Unione di Comuni, l'istanza di verifica di compatibilità ex art. 8 ter, comma 3, D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. è inviata alla Regione e presuppone l'approvazione del progetto dell'intervento ai sensi del T.U dell'edilizia e del codice dei contratti pubblici.</li> </ul>
QUALI SONO LE MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELL'ISTANZA IN REGIONE	<p>L'istanza deve essere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- redatta su apposita modulistica predisposta dal Settore regionale competente;</li> <li>- inviata esclusivamente tramite PEC (all'indirizzo <a href="mailto:sanita@cert.regione.piemonte.it">sanita@cert.regione.piemonte.it</a>) allegando gli elaborati progettuali e le planimetrie dell'intervento che si intende realizzare, predisposti sulla base dei requisiti fissati dalla normativa vigente in materia.</li> </ul>
A CHI VIENE COMUNICATO L'AVVIO DEL PROCEDIMENTO	Al soggetto richiedente, al Comune e all'A.S.L. competente per territorio
CHI È IL RESPONSABILE REGIONALE DEL PROCEDIMENTO	Il responsabile del procedimento è il Dirigente responsabile del Settore Programmazione dei Servizi sanitari e socio-sanitari
IN QUANTO TEMPO SI CONCLUDE	Entro 90 giorni dal ricevimento

IL PROCEDIMENTO	dell'istanza, nel rispetto delle previsioni di cui alla L.R. n. 14/2014.
A CHI VIENE RILASCIATO IL PARERE	Al soggetto intestatario del titolo di disponibilità del bene immobile in cui si intende realizzare l'intervento Il parere viene trasmesso anche al Comune e all'A.S.L. competente per territorio.
QUALE NATURA GIURIDICA HA IL PARERE REGIONALE	Il parere di compatibilità di cui all'art. 8-ter, comma 3, D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. è rilasciato dalla Regione ed è obbligatorio e vincolante.
CHE COSA VALUTA LA REGIONE PRIMA DI ESPRIMERE IL PARERE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- compatibilità dell'intervento rispetto alle esigenze di inserimento evidenziate negli atti programmatori regionali, laddove si richieda l'accreditamento istituzionale;</li> <li>- la localizzazione territoriale;</li> <li>- valutazione preliminare elaborati progettuali presentati su requisiti strutturali tramite le Commissioni di vigilanza/Uffici Tecnici delle AA.SS.LL.</li> </ul>
QUAL È LA DURATA DI EFFICACIA DEL PARERE	Si richiama quanto previsto nella parte generale della DGR n. 31-8596 del 22 marzo 2019 (allegato A)