

Codice A1414C

D.D. 13 agosto 2021, n. 1223

**D.G.R. n. 21-3486 del 2 luglio 2021 - Approvazione modulistica relativa a strutture HOSPICE soggette a verifica di compatibilità di cui all'art. 8 ter, comma 3, e all'art. 8 quater del D. Lgs. 502/92 e s.m.i.**



**ATTO DD 1223/A1414C/2021**

**DEL 13/08/2021**

**DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE**

**A1400A - SANITA' E WELFARE**

**A1414C - Regole del SSR nei rapporti con i soggetti erogatori**

**OGGETTO:** D.G.R. n. 21-3486 del 2 luglio 2021 - Approvazione modulistica relativa a strutture HOSPICE soggette a verifica di compatibilità di cui all'art. 8 ter, comma 3, e all'art. 8 quater del D. Lgs. 502/92 e s.m.i.

Con D.G.R. n. 31-8596 del 22 marzo 2019 e s.m.i. sono state aggiornate le deliberazioni vigenti in materia di modalità e ambiti di applicazione e riformati i procedimenti in materia di verifica di compatibilità di cui all'art. 8 ter, comma 3 del D. Lgs. 502/92 e s.m.i., approvando la disciplina di carattere "generale" (allegato A) e la disciplina di "dettaglio" per le singole tipologie di strutture soggette a verifica di compatibilità (allegati da B a H).

Con D.G.R. n. 21-3486 del 2 luglio 2021 ad oggetto "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" è stato specificato 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., demandando alla Direzione Sanità e Welfare di approvare, ad integrazione della D.G.R. n. 31-8596 del 22/3/2019 e s.m.i., l'adozione della modulistica da utilizzare per la presentazione delle istanze di cui agli artt. 8 ter, comma 3 e 8 quater del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i..

In ottemperanza a quanto previsto dalla D.G.R. n. 31-8596/2019 e dalla D.G.R. n. 21-3486/2021 il Settore regionale "Regole del SSR nei rapporti con i soggetti erogatori" della Direzione Sanità e Welfare ha predisposto la nuova modulistica per le strutture Hospice, allegato A alla presente determinazione per farne parte integrante e sostanziale, prevedendo un modello di istanza per ogni fattispecie di intervento, come di seguito specificato:

- **Modello 1:** per interventi che necessitano di Permesso di Costruire relativi a strutture HOSPICE;

- **Modello 2:** per interventi che non necessitano di Permesso di Costruire relativi a strutture HOSPICE;
- **Modello 3:** per strutture HOSPICE ai sensi dell'art. 8 quater del D. Lgs. 502/92 e s.m.i..

Ritenuto pertanto necessario approvare la nuova modulistica per le istanze di cui all'art. 8 ter, comma 3 e all'art. 8 quater del D. Lgs. 502/1992 e s.m.i. relative alle strutture Hospice.

Attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della D.G.R. n. 1-4046 del 17 ottobre 2016, come modificata dalla D.G.R. n. 1-3361 del 14 giugno 2021

Tutto ciò premesso,

#### **LA DIRIGENTE**

Richiamati i seguenti riferimenti normativi:

- D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e smi
- D. Lgs. 30 marzo 2001 n. 165, art. 4 e 17 e s.m.i.
- L.R. 28 luglio 2008 n. 23, art. 17
- D.G.R. n. 31-8596 del 22 marzo 2019 e smi
- D.G.R. n. 21-3486 del 2 luglio 2021

#### **DETERMINA**

- di approvare, per le motivazioni espresse in premessa, la nuova modulistica per la presentazione delle istanze per la verifica di compatibilità delle strutture Hospice ai sensi degli artt. 8 ter, comma 3 e 8 quater del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., allegato A alla presente determinazione per farne parte integrante e sostanziale, prevedendo un modello di istanza per ogni fattispecie di intervento, come di seguito specificato:

- **Modello 1:** per interventi che necessitano di Permesso di Costruire relativi a strutture HOSPICE;
- **Modello 2:** per interventi che non necessitano di Permesso di Costruire relativi a strutture HOSPICE;
- **Modello 3:** per strutture HOSPICE ai sensi dell'art. 8 quater del D. Lgs. 502/92 e s.m.i. .

- di stabilire che, a decorrere dalla pubblicazione della presente determinazione sul B.U.R.P., le istanze inerenti gli interventi suddetti devono essere redatte utilizzando la modulistica sopra descritta.

Avverso la presente determinazione è ammesso ricorso giurisdizionale avanti al Tribunale Amministrativo Regionale entro 60 giorni dalla data di comunicazione o piena conoscenza dell'atto, ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro 120 giorni dalla suddetta data, ovvero l'azione innanzi al Giudice Ordinario, per tutelare un diritto soggettivo, entro il termine di prescrizione previsto dal Codice Civile.

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

Il funzionario estensore

Rosella Albarello

LA DIRIGENTE (A1414C - Regole del SSR nei rapporti con i  
soggetti erogatori)  
Firmato digitalmente da Silvia Martinetto

Allegato

(Nota di trasmissione del Modello 1 per interventi che necessitano di Permesso di Costruire relativi a strutture HOSPICE)

Comune di

.....

prot. n.....

Data .....

Alla Direzione Sanità  
Settore Programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari  
programmazione.sanitaria@cert.regione.piemonte.it

Al Legale Rappresentante  
dell'Ente/Società richiedente la verifica di compatibilità  
(indirizzo PEC)

**OGGETTO:** Strutture HOSPICE - Art. 8 *ter*, comma 3, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. "Autorizzazione alla costruzione di nuove strutture sanitarie e socio-sanitarie, adattamento di strutture esistenti, loro diversa utilizzazione, ampliamento, trasformazione, trasferimento in altra sede di struttura già autorizzata" - D.G.R. n. 31-8596 del 22 marzo 2019 come modificata dalla D.G.R. n. 21-3486 del 2 luglio 2021

Il/la sig/sig.ra.....

Legale Rappresentante di.....

.....  
ha presentato a questo Comune in data.....prot. n....., un progetto relativo a:

- costruzione di una nuova struttura sanitaria
- adattamento e diversa utilizzazione di struttura sanitaria esistente
- ampliamento, trasformazione di struttura sanitaria già autorizzata all'esercizio
- trasferimento in altra sede di struttura sanitaria già autorizzata all'esercizio.

Tale progetto necessita di:

- Permesso di Costruire**

e, pertanto, si richiede la verifica di compatibilità di cui al **Modello 1** allegato alla presente, ai sensi dell'articolo citato in oggetto.

Il Comune ha verificato che il/la sig/sig.ra.....  
ha titolo a richiedere il Permesso di Costruire e che il progetto presentato è conforme agli  
strumenti urbanistici vigenti.

Ulteriori dati inerenti la localizzazione della struttura (esistente o costruenda):

ESTREMI CATASTALI DELL'AREA (mappale, foglio, particella).....

.....

DESTINAZIONE URBANISTICA DELL'AREA.....

.....

.....

DENSITÀ EDIFICATORIA (territoriale e fondiaria) .....

.....

.....

VINCOLI E PRESCRIZIONI URBANISTICHE ED EDILIZIE (riguardanti l'area e/o l'immobile)

.....

.....

.....

Firma e timbro del responsabile  
comunale del procedimento

.....

**PERSONA DA CONTATTARE DEL COMUNE (TEL - EMAIL)**

.....



Telefono fisso / cell. \_\_\_\_\_ fax. \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

Altro domicilio elettronico per invio  
delle comunicazioni inerenti la pratica \_\_\_\_\_

### 3 – DICHIARAZIONI

Il/la sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, dichiara:

- che dispone dell'immobile/terreno oggetto della presente richiesta a titolo di:

proprietario con Atto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

conduttore con contratto di locazione del \_\_\_\_\_ registrato il \_\_\_\_\_  
al n. \_\_\_\_\_ per n. anni \_\_\_\_\_

concessionario con contratto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per n. anni \_\_\_\_\_

altro (specificare tipologia e atto) \_\_\_\_\_

**N.B:** Il titolo di disponibilità dell'attività limitato nel tempo non è idoneo alla presentazione dell'istanza di verifica di compatibilità per il trasferimento dell'attività stessa ai sensi dell'art. 8 ter, comma 3, D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. (v. allegato A) punto 4.1 della D.G.R. n. 31-8596 del 22 marzo 2019)

**NOTIZIE GENERALI SULLA STRUTTURA ESISTENTE**  
**(PRIMA DELL'INTERVENTO RICHIESTO)**

**STRUTTURA di RICOVERO** nelle sottoelencate discipline:

.....	posti letto.....
.....	posti letto.....
.....	posti letto.....
.....	posti letto.....
.....	posti letto.....

**STRUTTURA RESIDENZIALE**

(descrizione della tipologia di struttura residenziale con indicazione n. posti)

.....  
.....  
.....

**ALTRE STRUTTURE :**

(descrizione della tipologia di struttura con indicazione n. posti)

.....  
.....  
.....

**Estremi dei provvedimenti autorizzativi al funzionamento/esercizio di cui sopra:**

.....  
.....

**Estremi degli eventuali provvedimenti di accreditamento di cui sopra:**

.....  
.....



**ATTIVITA' OGGETTO DELLA PRESENTE RICHIESTA**

**STRUTTURA HOSPICE**

- n. posti letto oggetto della richiesta .....
- n. posti letto complessivi a fine intervento .....

**ULTERIORI INFORMAZIONI**

NOME DELLA STRUTTURA.....  
.....  
.....

INDIRIZZO DELLA STRUTTURA.....  
.....  
.....

DESCRIZIONE SOMMARIA DELL'INTERVENTO (tipologia costruttiva, caratteristiche spaziali, funzionali, impiantistiche e tecnologiche con riferimento ai parametri previsti dalle norme, descrizione dei lavori, scelte progettuali).

.....  
.....  
.....

TEMPI PREVISTI DI REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO.....  
.....

- La struttura è raggiungibile dai mezzi di trasporto pubblico
- I percorsi di accesso sono privi di barriere architettoniche
- Disponibilità di adeguata area a parcheggio
- Disponibilità di adeguata area a verde attrezzata di pertinenza, o adiacente alla struttura
- Esistenza di accesso e viabilità indipendenti per i visitatori, il personale, le merci

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

## 5- DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

- fotocopia di un documento di identità in corso di validità
- planimetrie (in formato PDF e in scala non inferiore a 1:200) dell'intera struttura e con evidenziati: l'area oggetto dell'intervento, gli accessi da e verso l'esterno, destinazioni d'uso delle aree confinanti
- nell'ipotesi di richiesta presentata dal concessionario, dichiarazione di consenso del concedente alla realizzazione dell'intervento.

(Nota di trasmissione del Modello 2 per interventi che non necessitano di Permesso di Costruire relativi a strutture HOSPICE)

prot. n.....

Data.....

Alla Direzione Sanità  
Settore Programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari  
programmazione.sanitaria@cert.regione.piemonte.it

e p.c.

Al Comune territorialmente competente  
(indirizzo PEC)

**OGGETTO:** Strutture HOSPICE - Art. 8 *ter*, comma 3, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. "Autorizzazione alla costruzione di nuove strutture sanitarie e socio-sanitarie, adattamento di strutture esistenti, loro diversa utilizzazione, ampliamento, trasformazione, trasferimento in altra sede di struttura già autorizzata" - D.G.R. n. 31-8596 del 22 marzo 2019 come modificata dalla D.G.R. n. 21-3486 del 2 luglio 2021

Il/la sottoscritto/a .....

Legale Rappresentante dell'Ente/Società .....

richiede la verifica di compatibilità, ai sensi dell'articolo citato in oggetto, di cui al

**Modello 2** allegato alla presente, inerente il seguente intervento:

- realizzazione di una nuova struttura sanitaria
- adattamento e diversa utilizzazione di struttura sanitaria esistente
- ampliamento, trasformazione di struttura sanitaria già autorizzata all'esercizio
- trasferimento in altra sede di struttura sanitaria già autorizzata all'esercizio

**Dichiara che tale intervento non richiede il rilascio del Permesso di Costruire.**

**Firma del richiedente**

.....



Telefono fisso / cell. \_\_\_\_\_ fax. \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_  
Altro domicilio elettronico per invio  
delle comunicazioni inerenti la pratica \_\_\_\_\_

### 3 – DICHIARAZIONI

Il/la sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, dichiara:

- che dispone dell'immobile/terreno oggetto della presente richiesta a titolo di:
  - proprietario con Atto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
  - conduttore con contratto di locazione del \_\_\_\_\_ registrato il \_\_\_\_\_  
al n. \_\_\_\_\_ per n. anni \_\_\_\_\_
  - concessionario con contratto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per n. anni \_\_\_\_\_
  - altro (specificare tipologia e atto) \_\_\_\_\_

**N.B:** Il titolo di disponibilità dell'attività limitato nel tempo non è idoneo alla presentazione dell'istanza di verifica di compatibilità per il trasferimento dell'attività stessa ai sensi dell'art. 8 ter, comma 3, D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. (v. allegato A) punto 4.1 della D.G.R. n. 31-8596 del 22 marzo 2019)

**NOTIZIE GENERALI SULLA STRUTTURA ESISTENTE**  
**(PRIMA DELL'INTERVENTO RICHIESTO)**

**STRUTTURA di RICOVERO** nelle sottoelencate discipline:

.....	posti letto.....
.....	posti letto.....
.....	posti letto.....
.....	posti letto.....
.....	posti letto.....

**STRUTTURA RESIDENZIALE**

(descrizione della tipologia di struttura residenziale con indicazione n. posti)

.....  
.....  
.....

**ALTRE STRUTTURE :**

(descrizione della tipologia di struttura con indicazione n. posti)

.....  
.....  
.....

**Estremi dei provvedimenti autorizzativi al funzionamento/esercizio di cui sopra:**

.....  
.....

**Estremi degli eventuali provvedimenti di accreditamento di cui sopra:**

.....  
.....

**ATTIVITA' OGGETTO DELLA PRESENTE RICHIESTA**

**STRUTTURA HOSPICE**

- n. posti letto oggetto della richiesta .....
- n. posti letto complessivi a fine intervento .....

**ULTERIORI INFORMAZIONI**

NOME DELLA STRUTTURA.....  
.....  
.....

INDIRIZZO DELLA STRUTTURA.....  
.....  
.....

ESTREMI CATASTALI DELL'AREA (mappale, foglio, particella).....  
.....

DESTINAZIONE URBANISTICA DELL'AREA.....  
.....  
.....

DENSITÀ EDIFICATORIA (territoriale e fondiaria) .....  
.....  
.....

VINCOLI E PRESCRIZIONI URBANISTICHE ED EDILIZIE (riguardanti l'area e/o l'immobile)  
.....  
.....  
.....

DESCRIZIONE SOMMARIA DELL'INTERVENTO (tipologia costruttiva, caratteristiche spaziali, funzionali, impiantistiche e tecnologiche con riferimento ai parametri previsti dalle norme, descrizione dei lavori, scelte progettuali).

.....  
.....  
.....  
.....

TEMPI PREVISTI DI REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO.....

.....

- La struttura è raggiungibile dai mezzi di trasporto pubblico
- I percorsi di accesso sono privi di barriere architettoniche
- Disponibilità di adeguata area a parcheggio
- Disponibilità di adeguata area a verde attrezzata di pertinenza, o adiacente alla struttura
- Esistenza di accesso e viabilità indipendenti per i visitatori, il personale, le merci.

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

i

\_\_\_\_\_

**5- DOCUMENTAZIONE ALLEGATA**

- fotocopia di un documento di identità in corso di validità
- planimetrie (in formato PDF e in scala non inferiore a 1:200) dell'intera struttura e con evidenziati: l'area oggetto dell'intervento, gli accessi da e verso l'esterno, destinazioni d'uso delle aree confinanti
- nell'ipotesi di richiesta presentata dal concessionario, dichiarazione di consenso del concedente alla realizzazione dell'intervento.



(Nota di trasmissione del Modello 3 per strutture HOSPICE ai sensi dell'art. 8/quarter del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i)

prot. n.....

Data .....

Alla Direzione Sanità  
Settore Programmazione dei servizi sanitari e socio-  
sanitari  
programmazione.sanitaria@cert.regione.piemonte.it

e p.c.

All'ASL di riferimento territoriale  
.....  
.....

**OGGETTO:** Verifica di funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione sanitaria regionale ai sensi dell'art. 8 *quater* D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. - D.G.R. n. 21-3486 del 2 luglio 2021 e D.G.R. n. 31-8596 del 22 marzo 2019

Il/la sottoscritto/a .....

Legale Rappresentante dell'Ente/Società .....

.....

richiede la verifica di funzionalità ex art. 8 *quater* al fine di ottenere l'accreditamento delle attività sanitarie, indicate nell'allegato **Modello 3**, per la struttura di seguito indicata:

.....

.....

.....

Firma del richiedente

.....



Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. | | | | | |

Telefono fisso / cell. \_\_\_\_\_ fax. \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

Altro domicilio elettronico per invio delle comunicazioni inerenti la pratica  
\_\_\_\_\_

### 3 – DICHIARAZIONI

Il/la sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, dichiara che:

- dispone dell'immobile/terreno oggetto della presente richiesta a titolo di:
  - proprietario con Atto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
  - conduttore con contratto di locazione del \_\_\_\_\_ registrato il \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ per n. anni \_\_\_\_\_
  - concessionario con contratto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per n. anni \_\_\_\_\_
  - altro (specificare tipologia e atto) \_\_\_\_\_
  
- per le attività sanitarie oggetto della presente istanza è stata richiesta la verifica di compatibilità ex art. 8 ter D.Lgs 502/92 e s.m.i. in data \_\_\_\_\_ per n. p.l. \_\_\_\_\_  
oppure:
- per le attività sanitarie oggetto della presente richiesta è stata rilasciata la verifica di compatibilità ex art. 8 ter D.Lgs 502/92 e s.m.i. con D.D. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per per n. p.l. \_\_\_\_\_  
oppure:
  
- è titolare dell'Autorizzazione all'esercizio rilasciata da \_\_\_\_\_ con atto \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ relativa alla presente istanza per n. p.l. \_\_\_\_\_

Note:

.....  
.....  
.....

**4 – RICHIESTA ATTIVITA' SANITARIA ACCREDITABILE**

STRUTTURA SITA NEL COMUNE DI .....

INDIRIZZO.....

.....

**ATTIVITA' OGGETTO DELLA PRESENTE RICHIESTA**

**STRUTTURA HOSPICE**

n. posti letto oggetto della richiesta .....

n. posti letto complessivi a fine intervento .....

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

## 5- DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

- fotocopia di un documento di identità in corso di validità
- nell'ipotesi di richiesta presentata dal concessionario, dichiarazione di consenso del concedente alla richiesta di accreditamento