

**ATTO DD 496/A1413C/2022**

**DEL 24/03/2022**

**DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE**

**A1400A - SANITA' E WELFARE**

**A1413C - Programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari**

**OGGETTO:** Rettifica, per mero errore materiale, della D.D. n. 487/A1413C/2022 del 23.03.2022. Sostituzione dell'Allegato B.

Premesso che:

con D.D. n. 487/A1413C/2022 del 23.03.2022 è stata disposta la revoca della D.D. n. 1533/A1413C/2021 del 13.10.2021 e sono state approvate le nuove indicazioni operative e la modulistica per l'espletamento delle procedure di certificazione del possesso dei requisiti (dell'esperienza professionale e delle competenze) ai fini dell'idoneità, di cui all'art. 2 del D.M. 30.06.2021, ad operare nelle reti pubbliche e private accreditate dedicate alle cure palliative, ai sensi della D.G.R. n. 19-4782 del 18.03.2022, di attuazione del disposto dell'art. 1, comma 270 della L. 234/2021.

In specifico, all'Allegato B, parte integrante e sostanziale della determinazione suddetta, è stata dettagliata la modulistica per l'espletamento delle procedure di certificazione di cui all'alinea precedente.

Considerato che:

per mero errore materiale, al punto 3 dei documenti da presentarsi a corredo dell'istanza, elencati nell'Allegato B suddetto, è stato riportato il riferimento all'art. 1, comma 2, del D.M. 4 giugno 2015, invece che all'art. 4, comma 2 del D.M. 30 giugno 2021.

Ritenuto dunque necessario, per tutto quanto sopra, di:

- rettificare, per mero errore materiale, la D.D. n. 487/A1413C/2022 del 23.03.2022, sostituendone l'Allegato B con l'Allegato A al presente provvedimento, per farne parte integrante e sostanziale, nel quale, al punto 3 dei documenti da presentarsi a corredo dell'istanza, è riportato il corretto riferimento all'art. 4, comma 2 del D.M. 30 giugno 2021.

Precisato che l'attuazione di quanto previsto dal presente provvedimento non comporta nuovi, o maggiori oneri a carico del bilancio regionale.

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 14.06.2021.

## **IL DIRIGENTE**

Richiamati i seguenti riferimenti normativi:

- Legge n. 145/2018; L. n. 234/2021; Decreto del Ministro della Salute del 30.06.2021; L.R. 23 del 28.07.2008 artt. 17 e 18; D.G.R. n. 13-3853 del 01.10.2021; D.G.R. n. 19-4782 del 18.03.2022; D.D. n. 487/A1413C/2022 del 23.03.2022.

## **DETERMINA**

- di rettificare, per mero errore materiale, la D.D. n. 487/A1413C/2022 del 23.03.2022, sostituendone l'Allegato B, con l'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

- di precisare che l'attuazione di quanto previsto dal presente provvedimento non comporta nuovi, o maggiori oneri a carico del bilancio regionale.

La presente determinazione sarà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte, ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e 16 del DPGR 8/R/2002.

Avverso la presente determinazione è ammesso ricorso entro il termine di 60 giorni innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale.

IL DIRIGENTE (A1413C - Programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari)

Firmato digitalmente da Franco Ripa

Allegato A

Modello di istanza per la certificazione dei requisiti  
(dell'esperienza professionale e delle competenze),  
in possesso dei medici in servizio presso la Rete regionale di Cure Palliative

Marca da  
bollo

Spettabile  
Settore Programmazione  
dei Servizi Sanitari e Sociosanitari  
Direzione Sanità e Welfare  
Regione Piemonte

corso Regina Margherita 153bis  
10122 Torino

*oppure*

[programmazione.sanitaria@cert.regione.piemonte.it](mailto:programmazione.sanitaria@cert.regione.piemonte.it)

**OGGETTO: ISTANZA PER IL CONSEGUIMENTO DELLA CERTIFICAZIONE ATTESTANTE L'ESPERIENZA PROFESSIONALE NEL SETTORE DELLE CURE PALLIATIVE, DI CUI ALL'ART. 1, COMMA 522 DELLA L. 30 DICEMBRE 2018, N. 145 E S.M.I., AL DECRETO DEL MINISTRO DELLA SALUTE DEL 30.06.2021 ED ALL'ART. 1, COMMA 270 DELLA L. 30 DICEMBRE 2021, N. 234.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, e residente in \_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_, in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito il \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_, iscritto all'albo dell'ordine dei medici-chirurghi della Provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

## RICHIEDE

a codesta spettabile Regione il rilascio della certificazione attestante l'esperienza professionale nel settore delle cure palliative, ai sensi dell'art. 1, comma 522 della L. 30 dicembre 2018, n. 145, del Decreto del Ministro della Salute del 30.06.2021 e dell'art. 1, comma 270 della L. 30 dicembre 2021, n. 234.

A tal fine, consapevole delle sanzioni previste per le dichiarazioni false, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,

## DICHIARA

- di aver svolto attività nel campo delle cure palliative per almeno tre anni, alla data del 31.12.2021, presso:

- \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;
- \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;
- \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;

- di avere esercitato attività professionale in cure palliative, nei predetti periodi per un numero di ..... ore/settimana, pari al .....% dell'orario previsto per il rapporto di lavoro del contratto della sanità pubblica;

- di avere preso in carico n. .... pazienti in cure palliative, per un numero di casi/anno pari a .....

- di avere acquisito specifica formazione in cure palliative, come di seguito dettagliato:

Corsi ECM:

.....  
.....

.....

conseguendo un totale di ..... crediti ECM nella disciplina Cure Palliative

Master Universitario: .....

Conseguito nell'anno accademico .....

presso l'Università di: .....

Corsi di formazione in cure palliative, organizzati da Regione Piemonte o ASR, per l'acquisizione delle competenze di cui all'Accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano il 10 luglio 2014 (rep. Atti n. 87/CSR):

§ corso ..... organizzato da Regione Piemonte o ASR ..... svolto nell'anno .....

§ corso ..... organizzato da Regione Piemonte o ASR ..... svolto nell'anno .....

§ corso ..... organizzato da Regione Piemonte o ASR ..... svolto nell'anno .....

## **A L L E G A**

alla presente istanza:

- 1) fotocopia di documento di identità in corso di validità, ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445;
- 2) curriculum vitae datato e firmato;
- 3) attestazione/i dell'esperienza professionale in cure palliative di cui all'art. 4, comma 2 del D.M. 30 giugno 2021, rilasciata/e dal direttore sanitario della/e ..... (struttura pubblica o privata accreditata, od operante in regime assimilabile) o dal rappresentante legale dell'organizzazione no profit ..... della rete delle cure palliative nella quale il sottoscritto ha svolto la propria attività;

- 4) attestazione relativa all'attività professionale esercitata, di cui all'art. 4, comma 1 del D.M. 30 giugno 2021, rilasciata dal datore di lavoro, dal committente, o dal rappresentante legale della struttura ..... o dell'organizzazione no-profit ..... in cui il sottoscritto era in servizio alla data del 31 dicembre 2021;
- 5) *[eventuale]* fotocopia di un documento di identità in corso di validità (fronte e retro) del legale rappresentante dell'organizzazione no-profit ....., presso la quale il sottoscritto era in servizio alla data del 31 dicembre 2021;
- 6) *[eventuale]* autocertificazione a firma del legale rappresentante dell'organizzazione no-profit ....., che attesta quanto disposto dalla D.G.R. n. 13-3853 del 01.10.2021, come aggiornata con D.G.R. n. 19-4782 del 18.03.2022 ed in specifico:
  - § sede legale
  - § data di istituzione dell'organizzazione no profit
  - § mission di assistenza e sostegno in cure palliative dichiarata nel proprio atto istitutivo, o nel proprio statuto
  - § elenco (con data e durata) delle convenzioni, o degli accordi formali stipulati con le Aziende Sanitarie regionali, che devono essere vigenti, da almeno tre anni al 31.12.2021, per l'espletamento di funzioni assistenziali o di supporto in cure palliative, nei vari settings assistenziali.
- 7) *[solo in caso di invio dell'istanza tramite PEC]* dichiarazione di avere adempiuto con modalità telematica all'onere dell'imposta di bollo, ai sensi dell'art. 6, comma 1, del Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze 17.06.2014.

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali sopra riportati, ai sensi del D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196

Luogo e data

.....

Firma

.....