

Codice A1414B

D.D. 23 ottobre 2019, n. 711

Approvazione modulistica ai sensi della D.G.R. n.31-8596 del 22/03/2019 (Strutture sanitarie e sociosanitarie soggette a verifica di compatibilit  di cui all'art.8ter, c.3, del D.lgs. 502/92 e s.m.i. Aggiornamento e semplificazione delle deliberazioni vigenti in materia.Approvazione disciplina di carattere generale e disciplina di dettaglio per le singole tipologie di strutture.Revoca deliberazioni)–Allegati E e F.

(omissis)

IL DIRIGENTE

(omissis)

determina

- di approvare, per le motivazioni espresse in premessa, la nuova modulistica per la presentazione delle istanze di cui all'art. 8/ter, comma 3 e 8 quater 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 sanitarie di ricovero e ambulatoriali ai sensi art. 8 ter, comma 3 del d. lgs.502/92 e s.m.i.;
 - **Modello 2:** per interventi che non necessitano di Permesso di Costruire relativi a strutture sanitarie di ricovero e ambulatoriali ai sensi art. 8 ter, comma 3 del d. lgs.502/92 e s.m.i.;
 - **Modello 3:** per richieste di accreditamento ai sensi art. 8 quater del d. lgs. 502/92 e s.m.i. relative a strutture di ricovero e ambulatoriali.
- di stabilire che la modulistica sopra descritta sostituisce, a decorrere dalla pubblicazione della presente determinazione sul B.U.R.P., la modulistica approvata con la D.D. n. 252 del 10 aprile 2017 e che le istanze inerenti gli interventi suddetti devono essere redatte utilizzando i modelli sopraindicati.

Avverso la presente determinazione   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 sar  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 DIRIGENTE DEL SETTORE
Franca DALL'OCCO

Il funzionario estensore
Piera Rocca

Allegato

(Nota di trasmissione del Modello 1 per interventi che necessitano di Permesso di Costruire
relativi a strutture sanitarie di ricovero e ambulatoriali)

Comune di

.

prot. n.....

Data

Alla Direzione Sanità
Settore Regole del SSR nei rapporti con i soggetti erogatori
regole.soggettierogatori@cert.regione.piemonte.it

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

OGGETTO: Strutture sanitarie di ricovero e/o strutture sanitarie ambulatoriali - 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.

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)

.....

marca da bollo (ai sensi della normativa vigente, salvo eventuali esclusioni previste

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 AMBULATORIALE** nelle sottoelencate discipline:

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

☐ **STRUTTURA DI CHIRURGIA AMBULATORIALE COMPLESSA** nelle sottoelencate discipline:

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

☐ **ALTRE STRUTTURE :**

.....

☐ **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 di RICOVERO/DAY SURGERY nelle sottoelencate discipline:**

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

☐ **STRUTTURA AMBULATORIALE nelle sottoelencate discipline:**

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

☐ **STRUTTURA DI CHIRURGIA AMBULATORIALE COMPLESSA nelle sottoelencate discipline:**

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

NUMERO COMPLESSIVO DI POSTI LETTO (struttura di ricovero e /o Day surgery) DELL'INTERA STRUTTURA A FINE INTERVENTO, SUDDIVISI PER DISCIPLINA

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

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 inserita in un contesto urbano ed è in zona baricentrica rispetto al bacino d'utenza.
- ☐ 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.

ALLEGATO A

**(Nota di trasmissione del Modello 2 per interventi che non necessitano di Permesso di Costruire
relativi a strutture sanitarie di ricovero e ambulatoriali)**

prot. n.....

Data.....

Alla Direzione Sanità
Settore regole del SSR nei rapporti con i soggetti
erogatori
regole.soggettierogatori@cert.regione.piemonte.it

e p.c.

Al Comune territorialmente competente
(indirizzo PEC)

OGGETTO: Strutture sanitarie di ricovero e/o strutture sanitarie ambulatoriali - 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.

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

.

Modello 2 – Per interventi che necessitano di Permesso di Costruire relativi a strutture sanitarie di ricovero e ambulatoriali

marca da bollo (ai sensi della normativa vigente, salvo eventuali esclusioni previste)

D.G.R. n. 31-8596 del 22 marzo 2019

**RICHIESTA DI VERIFICA DI COMPATIBILITA' AI SENSI DELL'ART. 8/TER DEL
DECRETO LEGISLATIVO 30 DICEMBRE 1992 N. 502 E S.M.I.
da compilare a cura del Legale Rappresentante dell'Ente/Società richiedente**

1 – DATI DEL RICHIEDENTE

Cognome _____ Nome _____
codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| sesso |_|_|
Nato/a a _____ prov. |_|_| Stato _____
il |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_|_|_|_| cittadinanza _____
estremi del documento di soggiorno _____ (se cittadino non UE)
rilasciato da _____ il |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_|_|_|_|
scadenza |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_|_|_|_|
residente in _____ prov. |_|_| Stato _____
indirizzo _____ n. _____ C.A.P. |_|_|_|_|_|_|_|_|
PEC / posta elettronica _____ Telefono fisso / cellulare _____
in qualità di ☐ Titolare ☐ Legale rappresentante ☐ Altro _____

2 – DATI DELLA DITTA/SOCIETA'/IMPRESA/ENTE

Denominazione (nome della ditta/società/impresa/ente) _____
Forma giuridica _____
codice fiscale / p. IVA _____
con sede legale in:
Comune _____ prov. |_|_| Stato _____
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) _____

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 AMBULATORIALE** nelle sottoelencate discipline:

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

☐ **STRUTTURA DI CHIRURGIA AMBULATORIALE COMPLESSA** nelle sottoelencate discipline:

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

☐ **ALTRE STRUTTURE :**

.....

☐ **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 di RICOVERO/DAY SURGERY nelle sottoelencate discipline:**

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

☐ **STRUTTURA AMBULATORIALE nelle sottoelencate discipline:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

☐ **STRUTTURA DI CHIRURGIA AMBULATORIALE COMPLESSA nelle sottoelencate discipline:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NUMERO COMPLESSIVO DI POSTI LETTO (struttura di ricovero e /o Day surgery) DELL'INTERA STRUTTURA A FINE INTERVENTO, SUDDIVISI PER DISCIPLINA

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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 inserita in un contesto urbano ed è in zona baricentrica rispetto al bacino d'utenza.
- ☐ 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 3 per strutture sanitarie di ricovero e ambulatoriali ai sensi dell'art. 8/quarter del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i)

prot. n.....

Data

Alla Direzione Sanità
Settore regole del SSR nei rapporti con i soggetti erogatori
regole.soggettierogatori@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 *quarter* D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. - 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 *quarter* al fine di ottenere l'accreditamento delle attività sanitarie, indicate nell'allegato **Modello 3**, per la struttura di seguito indicata:

.....

.....

.....

Firma del richiedente

.

Modello 3 – Per strutture sanitarie di ricovero e ambulatoriali ai sensi dell'art. 8/quater del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i

marca da bollo (ai
sensi della normativa
vigente, salvo
eventuali esclusioni
previste)

D.G.R. n. 31-8596 del 22 marzo 2019

**RICHIESTA DI VERIFICA DI FUNZIONALITA' AI SENSI DELL'ART. 8/QUATER DEL
DECRETO LEGISLATIVO 30 DICEMBRE 1992 N. 502 E S.M.I.
da compilare a cura del Legale Rappresentante dell'Ente/Società richiedente**

1 – DATI DEL RICHIEDENTE

Cognome _____ Nome _____
codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| sesso |_|_|
Nato/a a _____ prov. |_|_| Stato _____
il |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_|_|_|_| cittadinanza _____
estremi del documento di soggiorno _____ (se cittadino non UE)
rilasciato da _____ il |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_|_|_|_|
scadenza |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_|_|_|_|
residente in _____ prov. |_|_| Stato _____
indirizzo _____ n. _____ C.A.P. |_|_|_|_|_|_|_|_|
PEC / posta elettronica _____ Telefono fisso / cellulare _____
in qualità di ☐ Titolare ☐ Legale rappresentante ☐ Altro _____

2 – DATI DELLA DITTA/SOCIETÀ/IMPRESA/ENTE

Denominazione (nome della ditta/società/impresa/ente) _____

Forma giuridica _____

codice fiscale / p. IVA _____

con sede legale in:

Comune _____ prov. |_|_| Stato _____

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 le seguenti attività ambulatoriali e/o di degenza (dettagliare specialità ambulatoriali e/o n. p.l. con discipline):

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 le seguenti attività ambulatoriali e/o di degenza (dettagliare specialità ambulatoriali e/o n. p.l. con discipline):

oppure:

- ☐ è titolare dell'Autorizzazione al funzionamento rilasciata da _____ con atto _____ n. _____ del _____ relativa alla presente istanza per le seguenti attività ambulatoriali e/o di degenza (dettagliare specialità ambulatoriali e/o n. p.l. con discipline):

Note:

.....

.....

.....

STRUTTURA SITA NEL COMUNE DI

INDIRIZZO.....

.....

.....

ATTIVITA' OGGETTO DELLA PRESENTE RICHIESTA

☐ **STRUTTURA di RICOVERO/DAY SURGERY nelle sottoelencate discipline:**

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

☐ **STRUTTURA AMBULATORIALE nelle sottoelencate discipline:**

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

☐ **STRUTTURA DI CHIRURGIA AMBULATORIALE COMPLESSA nelle sottoelencate discipline:**

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

NUMERO COMPLESSIVO DI POSTI LETTO (struttura di ricovero e /o Day surgery) DELL'INTERA STRUTTURA A FINE INTERVENTO, SUDDIVISI PER DISCIPLINA

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

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