

Codice DB2016

D.D. 9 gennaio 2013, n. 18

D.G.R. n. 36-5090 del 18 dicembre 2012 (Art. 8/ter D.lgs. 502/1992 e s.m.i. Strutture socio-sanitarie. Nuove disposizioni). Modulo di richiesta di autorizzazione alla realizzazione senza possibilità di accreditamento dei posti letto oggetto dell'autorizzazione.

Con D.G.R. n. 36-5090 del 18 dicembre 2012 sono stati approvati i requisiti e le procedure per l'autorizzazione alla realizzazione di posti letto in strutture residenziali socio sanitarie per anziani non autosufficienti presenti nei distretti sanitari in cui l'indice è compreso fra il 3% (3 posti letto ogni 100 anziani ultrasessantacinquenni nell'ambito distrettuale) e il 6%, fermo restando che il relativo parere favorevole di compatibilità permette l'autorizzazione al funzionamento, ma non permette la possibilità di richiedere l'accreditamento dei posti letto oggetto dell'autorizzazione.

La summenzionata Deliberazione di Giunta Regionale demanda al Dirigente del Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali della Direzione Sanità – responsabile regionale dei procedimenti di verifica di compatibilità e di autorizzazione alla realizzazione, ai sensi della D.G.R. 46-528 del 4 agosto 2010 - la predisposizione del modulo di richiesta per l'autorizzazione al funzionamento senza possibilità di richiesta dell'accreditamento dei posti letto oggetto dell'autorizzazione.

Il modulo succitato si sostanzia nell'Allegato 1 e nell'Allegato 2, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento. L'Allegato 1 deve essere inoltrato agli uffici regionali (Direzione Sanità - Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali) dal Comune dove è sita la struttura oggetto della richiesta, se necessita il Permesso di Costruire; l'Allegato 2 deve essere inoltrato agli uffici regionali (Direzione Sanità - Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali) dal legale rappresentante della struttura succitata, se l'intervento necessita di Denuncia di Inizio Attività (D.I.A.) o di Segnalazione Certificata di Inizio Attività (S.C.I.A.) o di nessuna autorizzazione edilizia.

Tutto ciò premesso

IL DIRIGENTE

Visti gli artt. 4 e 17 del D.Lgs n. 165/2001 e s.m.i.;

Visto l'art. 17 del L.R. 23/2008;

Vista la D.G.R. n. 46-528 del 4 agosto 2010;

Vista la D.G.R. n. 36-5090 del 18 dicembre 2012.

determina

- di adottare il Modulo di richiesta di autorizzazione alla realizzazione, ai sensi dell'art. 8/ter D. lgs. 502/1992 e s.m.i., senza possibilità di accreditamento dei posti letto oggetto dell'autorizzazione, come da Allegato 1 e da Allegato 2, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento.

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

Contro la presente Determinazione è ammesso ricorso al T.A.R. entro 60 giorni, ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro 120 giorni, dalla notificazione o dall'intervenuta piena conoscenza.

Il Dirigente
Daniela Nizza

Allegato

**RICHIESTA DI VERIFICA DI COMPATIBILITA' AI SENSI DELL'ART. 8/TER DEL
DECRETO LEGISLATIVO 30 DICEMBRE 1992 N. 502 E S.M.I.**

Comune di

.....

prot. n.

Data

Alla Direzione Sanità
Settore Organizzazione
Servizi Sanitari
Ospedalieri e Territoriali
C.so Regina Margherita, 153 bis
10122 TORINO

e p.c. Al Legale Rappresentante
dell'Ente/Società richiedente
l'autorizzazione alla realizzazione

**Oggetto: Art. 8 ter, comma 3, d. lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.
Richiesta di autorizzazione alla costruzione, adattamento,
diversa utilizzazione, ampliamento, trasformazione, trasferimento
in altra sede di struttura già autorizzata all'esercizio, di strutture
socio-sanitarie per anziani non autosufficienti.**

Il Legale Rappresentante dell'Ente/Società sotto indicato ha presentato a questo Comune richiesta di autorizzazione alla realizzazione per:

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

pertanto, ai fini dell'articolo in oggetto citato, si richiede la verifica di compatibilità del progetto.

I dati riportati nei successivi quadri, compilati a cura del Legale Rappresentante dell'Ente/Società richiedente, sono stati verificati da questa Amministrazione e risultano rispondenti al progetto presentato e conformi agli strumenti urbanistici vigenti.

Il suddetto progetto, ai sensi del D.P.R. n. 380 del 06.06.01 e della L. 241/90 e s.m.i., necessita di permesso di costruire.

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)

.....

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

Presidio ospedaliero:

per acuti posti letto
post acuti posti letto

Poliambulatorio:

medico posti utente medi giornalieri
chirurgico posti utente medi giornalieri
laboratoristico posti utente medi giornalieri
radiodiagnostico posti utente medi giornalieri

Day hospital se psichiatrico specificare:

ospedaliero posti letto equivalenti
semiresidenziale posti utente medi giornalieri

- Comunità protetta psichiatrica posti letto
- Comunità alloggio psichiatrica posti letto
- Gruppi appartamento per psichiatrici posti letto
- Centro Diurno per psichiatrici posti letto
- Centro di terapie psichiatriche posti letto posti utente
- Comunità alloggio per disabili posti letto
- Residenza assistenziale flessibile (R.A.F.) per disabili posti letto
- Residenza sanitaria assistenziale (R.S.A.) per disabili posti letto
- Centro diurno per disabili posti utente
- Gruppo appartamento per disabili posti letto
- Nucleo per Stato Vegetativo/Stato di Minima Coscienza (NSV) posti letto
- Nucleo di Alta Complessità neurologica Cronica (NAC) posti letto
- Nucleo Alzheimer Temporaneo (NAT) posti letto
- Residenza sanitaria assistenziale (R.S.A.) per anziani posti letto
- Residenza assistenziale (R.A.) per anziani posti letto
- Residenza assistenziale flessibile (R.A.F.) per anziani posti letto
- Centro Diurno Integrato per anziani posti utente
- Centro Diurno Alzheimer posti utente
- Hospice posti letto
- CTM (Comunità Terapeutica per Minori) posti letto
- CRP (Comunità Riabilitative Psico-sociale per minori) posti letto
- Casa famiglia ad accoglienza mista posti letto

Altro (specificare)
.....
.....

Estremi dei provvedimenti autorizzativi al funzionamento:

.....
.....

richiede

ai fini dell'articolo in oggetto citato, l'Autorizzazione alla realizzazione per:

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

Dichiara altresì che il suddetto intervento, ai sensi del D.P.R. n. 380 del 06.06.01 e della L. 241/90 e s.m.i.:

- necessita di Denuncia di Inizio Attività.
- non necessita di autorizzazione edilizia. **Si allegano gli elaborati progettuali inerenti l'intervento per la verifica dei requisiti strutturali.**

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che la presente istanza di richiesta di autorizzazione alla realizzazione, se accolta con parere favorevole, permetterà di richiedere l'autorizzazione al funzionamento ma non l'accreditamento.

Altresì, dichiara di impegnarsi ad informare gli ospiti della struttura, che si inseriscono con risorse economiche proprie, che i posti letto oggetto del parere favorevole di verifica di compatibilità non sono accreditabili; tale informazione sarà presente nella "carta dei servizi" della struttura.

Firma del richiedente l'autorizzazione alla realizzazione

.....

Ulteriori dati inerenti la localizzazione 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)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

- Presidio ospedaliero:
- per acuti posti letto
- post acuti posti letto
- Poliambulatorio:
- medico posti utente medi giornalieri
- chirurgico posti utente medi giornalieri
- laboratoristico posti utente medi giornalieri
- radiodiagnostico posti utente medi giornalieri
- Day hospital se psichiatrico specificare:
- ospedaliero posti letto equivalenti
- semiresidenziale posti utente medi giornalieri
- Comunità protetta psichiatrica posti letto
- Comunità alloggio psichiatrica posti letto
- Gruppi appartamento per psichiatrici posti letto
- Centro Diurno per psichiatrici posti letto
- Centro di terapie psichiatriche posti letto posti utente
- Comunità alloggio per disabili posti letto
- Residenza assistenziale flessibile (R.A.F.) per disabili posti letto
- Residenza sanitaria assistenziale (R.S.A.) per disabili posti letto
- Centro diurno per disabili posti utente
- Gruppo appartamento per disabili posti letto
- Nucleo per Stato Vegetativo/Stato di Minima Coscienza (NSV) posti letto
- Nucleo di Alta Complessità neurologica Cronica (NAC) posti letto
- Nucleo Alzheimer Temporaneo (NAT) posti letto
- Residenza sanitaria assistenziale (R.S.A.) per anziani posti letto
- Residenza assistenziale (R.A.) per anziani posti letto
- Residenza assistenziale flessibile (R.A.F.) per anziani posti letto
- Centro Diurno Integrato per anziani posti utente
- Centro Diurno Alzheimer posti utente
- Hospice posti letto
- CTM (Comunità Terapeutica per Minori) posti letto
- CRP (Comunità Riabilitative Psico-sociale per minori) posti letto
- Casa famiglia ad accoglienza mista posti letto
- Altro (specificare)
-
-

Estremi dei provvedimenti autorizzativi al funzionamento:

.....

.....

