

Codice A1414D

D.D. 21 novembre 2022, n. 2168

Approvazione della modulistica inerente alle richieste presentate ai sensi della D.G.R. n. 31-8596 del 22/03/2019 e s.m.i. per i procedimenti ex artt. 8 ter, comma 3 e 8 quater, D.lgs. n. 502/1992 e s.m.i. relativi agli interventi di cui all'allegato G (persone adulte affette da patologie psichiatriche).



ATTO DD 2168/A1414D/2022

DEL 21/11/2022

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

A1400A - SANITA' E WELFARE

A1414D - Rapporti con erogatori sanitari e socio-sanitari

OGGETTO: Approvazione della modulistica inerente alle richieste presentate ai sensi della D.G.R. n. 31-8596 del 22/03/2019 e s.m.i. per i procedimenti ex artt. 8 ter, comma 3 e 8 quater, D.lgs. n. 502/1992 e s.m.i. relativi agli interventi di cui all'allegato G (persone adulte affette da patologie psichiatriche).

Con D.G.R. n. 31-8596 del 22/03/2019 e s.m.i. si sono aggiornate le deliberazioni vigenti in materia di modalità e ambiti di applicazione delle verifiche di compatibilità di cui agli artt. 8 ter, comma 3 e 8 quater del D.lgs 502/1992 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).

La D.G.R. n. 31-8596/2019, inoltre, ha demandato ai Dirigenti regionali dei Settori competenti l'adozione della modulistica da utilizzare per la presentazione delle istanze di cui agli artt. 8 ter, comma 3 e 8 quater, D.lgs. n. 502/1992 e s.m.i..

Il Settore regionale Rapporti con erogatori sanitari e socio-sanitari della Direzione Sanità, ha predisposto, in ottemperanza di quanto previsto dalla D.G.R. n. 31-8596/2019 (Allegato G), la nuova modulistica, prevedendo un modello di istanza per ogni fattispecie di intervento e di tipologia di struttura, come di seguito specificato:

- **Modello A:** per interventi che necessitano il permesso di costruire o SCIA relativi a strutture residenziali e semi residenziali, sanitarie e socio-sanitarie, psichiatriche per soggetti adulti;
- **Modello B:** per interventi che non necessitano il permesso di costruire o SCIA relativi a strutture residenziali e semi residenziali, sanitarie e socio-sanitarie, psichiatriche per soggetti adulti.

Considerato che la modulistica sopra descritta sostituisce quella precedentemente approvata con le DD.GG.RR. revocate anche parzialmente dalla nuova disciplina regionale sulla verifica di compatibilità.

Ritenuto, pertanto, necessario approvare la nuova modulistica per le istanze di cui agli artt. 8 ter, comma 3 e 8 quater del D.lgs. n. 502/1992 e s.m.i. per gli interventi di cui all'Allegato G della D.G.R. n. 31-8596 del 22/03/2019;

Tutto ciò premesso,

LA DIRIGENTE

Richiamati i seguenti riferimenti normativi:

- D. lgs. 30 dicembre 1992 n. 502, art. 8/ter e s.m.i.;
- D. lgs. 30 marzo 2001 n. 165, artt. 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 s.m.i.;

DETERMINA

- di approvare, per le motivazioni espresse in premessa, la nuova modulistica per la presentazione delle istanze di cui agli artt. 8 ter, comma 3 e 8 quater, D.lgs. n. 502/1992 e s.m.i., prevedendo un modello di istanza per ogni fattispecie di intervento e di tipologia di struttura, come di seguito specificato:

- **Modello A:** per interventi che necessitano il permesso di costruire o SCIA relativi a strutture residenziali e semiresidenziali, sanitarie e socio-sanitarie, psichiatriche per soggetti adulti;
- **Modello B:** per interventi che non necessitano il permesso di costruire o SCIA relativi a strutture residenziali e semiresidenziali, sanitarie e socio-sanitarie, psichiatriche per soggetti adulti.

- di stabilire che la modulistica sopra descritta sostituisce quella precedentemente approvata con le DD.GG.RR. revocate anche parzialmente dalla nuova disciplina regionale sulla verifica di compatibilità e che le istanze inerenti gli interventi suddetti devono essere redatte utilizzando esclusivamente i modelli sopraindicati.

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.

LA DIRIGENTE (A1414D - Rapporti con erogatori sanitari e socio-sanitari)

Firmato digitalmente da Silvia Martinetto

Allegato

Comune di

.....

prot. n.

Data

Alla Direzione Sanità
Settore Rapporti con erogatori sanitari e socio-sanitari
regole.soggettierogatori@cert.regione.piemonte.it

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

OGGETTO: 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 e s.m.i.

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 residenziale psichiatrica
- 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 residenziale psichiatrica già autorizzata all'esercizio.

L'istanza in oggetto richiede un parere di compatibilità:

- senza possibilità di accreditamento con il SSN/SSR ai sensi dell'art 8 quater del D. Lgs n. 502/1992 e s.m.i.*
- con possibilità di accreditamento con il SSN/SSR ai sensi dell'art 8 quater del D. Lgs n. 502/1992 e s.m.i.

*Per attività in esclusivo regime privatistico senza alcuna possibilità di accreditamento della struttura con il SSN/SSR (costi a carico del paziente che provvede con proprie risorse economiche)

Tale progetto necessita di:

- Permesso di Costruire**
- Segnalazione Certificata Inizio Attività (SCIA)**

e, pertanto, si richiede la verifica di compatibilità di cui al **Modello a)** 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 o a presentare la SCIA 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)

.....

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) _____

L'istanza in oggetto richiede un parere di compatibilità:

senza possibilità di accreditamento con il SSN/SSR ai sensi dell'art 8 quater del D. Lgs n. 502/1992 e s.m.i.*

con possibilità di accreditamento con il SSN/SSR ai sensi dell'art 8 quater del D. Lgs n. 502/1992 e s.m.i.

*Per attività in esclusivo regime privatistico senza alcuna possibilità di accreditamento della struttura con il SSN/SSR (costi a carico del paziente che provvede con proprie risorse economiche)

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.

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
- progetto gestionale
- nell'ipotesi di richiesta presentata dal concessionario, dichiarazione di consenso del concedente alla realizzazione dell'intervento

Nota di trasmissione del Modello b) per interventi che non necessitano di Permesso di Costruire o SCIA relativi a strutture residenziali e semi-residenziali sanitarie e socio sanitarie psichiatriche per soggetti adulti.

prot. n.....

Data

Alla Direzione Sanità
Settore Rapporti con erogatori sanitari e socio-sanitari
regole.soggettierogatori@cert.regione.piemonte.it

e p.c. Al Comune territorialmente competente
(indirizzo PEC)

OGGETTO: Art. 8 *ter*, comma 3, 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 e s.m.i.

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 b)** allegato alla presente, inerente il seguente intervento:

- costruzione di una nuova struttura residenziale psichiatrica
- 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 residenziale psichiatrica già autorizzata all'esercizio

L'istanza in oggetto richiede un parere di compatibilità:

- senza possibilità di accreditamento con il SSN/SSR ai sensi dell'art 8 quater del D. Lgs n. 502/1992 e s.m.i.*
- con possibilità di accreditamento con il SSN/SSR ai sensi dell'art 8 quater del D. Lgs n. 502/1992 e s.m.i.

*Per attività in esclusivo regime privatistico senza alcuna possibilità di accreditamento della struttura con il SSN/SSR (costi a carico del paziente che provvede con proprie risorse economiche)

Dichiara che tale intervento non richiede il rilascio del Permesso di Costruire o la presentazione della Segnalazione Certificata Inizio Attività (SCIA).

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.

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

- | | |
|--|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Struttura Residenziale Psichiatrica (S.R.P.* _____) | posti letto..... |
| <input type="checkbox"/> Centro Diurno Psichiatrico | capacità ricettiva..... |
- * Specificare Tipologia

ALTRO (specificare)

.....

.....

Estremi dei provvedimenti autorizzativi al funzionamento/esercizio relativi ai posti letto/utente di cui sopra:

.....

.....

.....

Estremi degli eventuali provvedimenti di accreditamento relativi ai posti letto/utente di cui sopra:

.....

.....

.....

NUMERO DI POSTI LETTO/POSTI UTENTE OGGETTO DELLA PRESENTE RICHIESTA

- | | |
|--|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Struttura Residenziale Psichiatrica (S.R.P.* _____) | posti letto..... |
| <input type="checkbox"/> Centro Diurno Psichiatrico | capacità ricettiva..... |
- * Specificare Tipologia

NUMERO COMPLESSIVO DI POSTI LETTO DELL'INTERA STRUTTURA A FINE INTERVENTO, SUDDIVISI PER TIPOLOGIA DI ASSISTENZA/STRUTTURA

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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).

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

