

Codice DB2016

D.D. 23 settembre 2013, n. 730

Definizione delle modalita' per la presentazione delle istanze di autorizzazione ex art. 8 ter d.lgs. 502/92 e s.m.i. da parte delle strutture eroganti prestazioni di specialistica ambulatoriale in regime privatistico.

La D.G.R. n 12-6338 del 09 settembre 2013 ha modificato l'allegato C) alla D.G.R. 98-9422 del 1° agosto 2008, limitatamente ai capoversi dei capitoli 2.2 "Radiologia", 3 "Prestazioni di recupero e rieducazione funzionale" e 4 "Altre prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale" inerenti i criteri per la verifica, da parte della Regione, della compatibilità, in rapporto al fabbisogno complessivo ed alla localizzazione territoriale della capacità produttiva, delle istanze di autorizzazione presentate da soggetti erogatori privati ex art. 8 ter d.lgs. 502/92 e s.m.i..

La summenzionata deliberazione ha inoltre demandato al Dirigente del Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali la ridefinizione delle modalità per la presentazione dell'istanza di autorizzazione ex art 8 ter da parte delle strutture eroganti prestazioni di specialistica ambulatoriale in regime privatistico e l'approvazione del relativo modulo di richiesta.

In conformità alle indicazioni di cui al citato provvedimento deliberativo il competente Settore della Direzione Sanità ha provveduto alla definizione delle modalità di presentazione delle istanze individuando due differenti procedure a seconda che la struttura abbia o meno necessità di acquisire da parte del competente Comune il Permesso di Costruire oppure in alternativa sia sufficiente una Denuncia di Inizio Attività (D.I.A.) o una Segnalazione Certificata di Inizio Attività (S.C.I.A.) o non necessiti di alcuna autorizzazione edilizia.

Quando sia necessario il Permesso di Costruire l'istanza dovrà essere inoltrata dal Comune dove è situata la struttura agli uffici regionali (Direzione Sanità – Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali) utilizzando il modulo di cui all'Allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento; in tutti gli altri casi l'istanza dovrà essere presentata ai medesimi uffici regionali dal legale rappresentante della struttura suddetta utilizzando il modulo di cui all'Allegato 2, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Il modulo viene riportato negli Allegati 1 e 2, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento. L'Allegato 1 dovrà essere inoltrato agli uffici regionali (Direzione Sanità – Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali) dal Comune dove è situata la struttura oggetto della richiesta, se necessita di Permesso di Costruire; l'Allegato 2 dovrà essere inoltrato ai medesimi uffici regionali dal legale rappresentante della struttura suddetta, 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.

Le istanze e le eventuali successive comunicazioni relative all'iter di verifica di compatibilità ex art. 8 ter dovranno essere inoltrate a tutti i soggetti coinvolti nell'iter stesso (Regione - Direzione Sanità – Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali; Azienda Sanitaria Locale e Comune territorialmente competenti).

Nei moduli allegati al presente provvedimento è inoltre previsto, in coerenza alle indicazioni di cui alla D.G.R. n. 12-6338 del 09 settembre 2013, che il legale rappresentante della struttura si impegni espressamente allo svolgimento dell'attività oggetto dell'istanza in via esclusivamente privatistica e a non presentare domanda per l'accreditamento.

Tutto ciò premesso,

IL DIRIGENTE

visto il d.lgs. 502/1992 e successive modifiche e integrazioni;

visti gli artt. 4 e 16 del d.lgs. 165/2001;

visti gli artt. 17 e 18 L.R. n. 23 del 28 luglio 2008;

vista la D.G.R. n. 98-9422 del 1° agosto 2008

vista la D.G.R. n. 12-6338 del 09 settembre 2013

determina

– di approvare gli Allegati 1 e 2 alla presente determinazione, a farne parte integrante e sostanziale, contenenti la definizione delle modalità per la presentazione dell'istanza per la verifica di compatibilità ai sensi art. 8 ter d.lgs. 502/92 e s.m.i., da parte di strutture eroganti prestazioni di specialistica ambulatoriale in regime privatistico.

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.

Avverso 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.
(PER IL RILASCIO DI PERMESSO DI COSTRUIRE A STRUTTURE AMBULATORIALI)**

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 eroganti prestazioni di specialistica
ambulatoriale.**

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

pertanto, ai fini delle verifica di compatibilità di cui all'articolo in oggetto citato, si richiede a codesto Ente l'espressione del parere sul 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)

.....

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA COSTRUZIONE, ADATTAMENTO, DIVERSA UTILIZZAZIONE, AMPLIAMENTO, TRASFORMAZIONE, TRASFERIMENTO IN ALTRA SEDE DI STRUTTURA GIÀ AUTORIZZATA ALL'ESERCIZIO, DI STRUTTURE EROGANTI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE.

da compilare a cura del Legale Rappresentante dell'Ente/Società richiedente

Cognome e nome		
__ __ __ __	_____	_____
Data di nascita	Luogo di nascita	codice fiscale
_____		_____
Comune di residenza	C.a.p.	Prov.

Indirizzo		
in qualità di (1) _____		

denominazione società		
_____	_____	
codice fiscale o partita iva	indirizzo completo della sede legale	
_____	_____	_____
persona da contattare	telefono / cell	fax

e-mail		

1) Titolare dell'impresa individuale o legale rappresentante della società

Il sottoscritto dichiara di impegnarsi a svolgere l'attività oggetto dell'istanza esclusivamente in via privatistica e a non presentare richiesta di accreditamento.

Firma del richiedente l'autorizzazione alla realizzazione

.....

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

Poliambulatorio:

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

Altro (specificare)
.....

Branche Specialistiche:

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

Estremi dei provvedimenti autorizzativi al funzionamento:

.....
.....

**POSTI UTENTE OGGETTO DELLA PRESENTE
RICHIESTA DI VERIFICA DI COMPATIBILITA'**

.

Poliambulatorio:

medico posti utente medi giornalieri

chirurgico posti utente medi giornalieri

laboratoristico posti utente medi giornalieri

radiodiagnostico posti utente medi giornalieri

Altro (specificare)
.

L'intervento è inserito in accordi di programma o strumenti di programmazione? sì no

Se sì, indicare quali (ex. Bandi di finanziamento, piani di zona, ecc.)

.
.

RELAZIONE TECNICA

DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA
.

INDIRIZZO DELLA STRUTTURA
.
.

TIPOLOGIA DELL'INTERVENTO

- 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

POTENZIALE BACINO D'UTENZA (con riferimento alle esigenze del territorio)
.
.
.

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.

.....

.....

ALLEGATI : TAVOLE GRAFICHE RELATIVE ALLA STRUTTURA

- 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.

Firma del richiedente l'autorizzazione alla realizzazione

.....

**RICHIESTA DI VERIFICA DI COMPATIBILITA' AI SENSI DELL'ART. 8/TER DEL DECRETO
 LEGISLATIVO 30 DICEMBRE 1992 N. 502 E S.M.I.
 (AI FINI DI PRESENTAZIONE DI D.I.A./S.C.I.A. O RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE DA PARTE DI STRUTTURE
 AMBULATORIALI)**

prot. n.

Data

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

**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 eroganti prestazioni
 di specialistica ambulatoriale.**

Il Legale Rappresentante dell'Ente/Società sotto indicato

_____ |
 Cognome e nome

____|____|_____ || _____ | | _____ |
 Data di nascita Luogo di nascita codice fiscale

_____ | | _____ |
 Comune di residenza C.a.p. Prov.

_____ |
 Indirizzo

in qualità di (1) | _____ |

_____ |
 denominazione società

_____ | _____ |
 codice fiscale o partita iva indirizzo completo della sede legale

_____ | | _____ | | _____ |
 persona da contattare telefono / cell fax

_____ |
 e-mail

1) Titolare dell'impresa individuale o legale rappresentante della società

richiede

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

- adattamento e diversa utilizzazione di struttura sanitaria esistente
- ampliamento, trasformazione di struttura 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/ Segnalazione Certificata di Inizio Attività
- non necessita di autorizzazione edilizia

Il sottoscritto dichiara di impegnarsi a svolgere l'attività oggetto dell'istanza esclusivamente in via privatistica e a non presentare richiesta di accreditamento.

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)**

Poliambulatorio:

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

Altro (specificare)
.....

Branche Specialistiche:

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

Estremi dei provvedimenti autorizzativi al funzionamento:

.....
.....

**POSTI UTENTE OGGETTO DELLA PRESENTE
RICHIESTA DI VERIFICA DI COMPATIBILITA'**

.....

Poliambulatorio:

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

Altro (specificare)

.....

Branche Specialistiche:

.....

.....

.....

.....

.....

L'intervento è inserito in accordi di programma o strumenti di programmazione? sì no

Se sì, indicare quali (ex. Bandi di finanziamento, piani di zona, ecc.)

.....

.....

RELAZIONE TECNICA

DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA

INDIRIZZO DELLA STRUTTURA

.....

TIPOLOGIA DELL'INTERVENTO

- 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 già autorizzata all'esercizio

POTENZIALE BACINO D'UTENZA (con riferimento alle esigenze del territorio).

.

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.

.

.

ALLEGATI : TAVOLE GRAFICHE RELATIVE ALLA STRUTTURA

- 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.

Firma del richiedente l'autorizzazione alla realizzazione

.