

Prot. n. N.P./2020/51667  
dell'11-12 - 2020

Al Direttore del Dipartimento  
di Prevenzione Zona Sud

**Oggetto:** Richiesta di autorizzazione di attività per le quali sono previste retribuzioni aggiuntive – **Area Comparto.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ **Dott. Antonio Frailis** \_\_\_\_\_  
Direttore della S.C. - \_\_\_\_\_ **IGIENE E SANITA' PUBBLICA ZONA SUD** \_\_\_\_\_

- **Visto il D.L. n. 402/2001 convertito nella L. N. 1/2002**  
chiede

ai sensi del Regolamento approvato con Deliberazione ATS n. 1325 del 28/12/2017, Sezione VI, (di seguito "Regolamento") l'autorizzazione ad effettuare attività in prestazioni aggiuntive.

A tal fine, dichiaro quanto segue:

**Struttura richiedente:**

**IGIENE E SANITA' PUBBLICA ZONA SUD**

**Motivazioni, finalità generali e descrizione sintetica delle attività comprendente:**

Esecuzione tempestiva dei tamponi rinofaringei nei casi sospetti di Covid19 negli ambiti indicati a seconda della esigenza comunicata dalla Direzione Aziendale anche per il tramite della UCL e/o del Dirigente coordinatore delle attività specifiche nei territori del sud Sardegna, in via diretta o in collaborazione con gli operatori delle ASSL di competenza, individuazione tempestiva e monitoraggio dei pazienti con esito positivo al tampone.

**Modalità e tempistica nello sviluppo delle attività:**

durata dell'intero processo \_\_\_\_\_ **TRE**

**MESI** \_\_\_\_\_

data di inizio 01/10/2020 data di fine 31/12/2020

Dichiaro, sotto la mia responsabilità, di aver effettuato una programmazione congrua ed appropriata dell'orario di lavoro e di aver utilizzato ogni altro istituto contrattuale disponibile (straordinario, turnazione, orario flessibile, etc.); ciò nonostante, per rispondere alle esigenze assistenziali ed assicurare i LEA, risultano necessarie ore in regime di prestazione aggiuntiva.

**Indicazione del personale necessario, con indicazione del profilo professionale e/o della disciplina di appartenenza:**

n. personale 21 qualifica Assistente Sanitario

n. personale 1 qualifica Infermiera Professionale

n. personale 14 qualifica Personale Tecnico Amm.vo

**Obiettivi e impegni orari previsti per ciascuna categoria professionale di personale coinvolta:**

**Il Progetto sarà così articolato :**

- Fase ricognitiva: richiesta disponibilità del Personale del SISP Sud Sardegna (Cagliari-Sanluri-

Carbonia).

- Acquisita la disponibilità, attività formativa di supporto.
- Prestazione/telefonata, che consiste nell'effettuazione di interviste sanitarie nei confronti di soggetti risultati positivi al COVID 19, che dovranno essere trascritte su un modello di "**Scheda di primo Contatto**", che rappresenterà, dal punto di vista amministrativo e numerico, una prestazione sanitaria.
- Inoltro delle schede al Servizio Igiene e Sanità Pubblica.

**durata dell'intero processo: tre mesi a decorrere dal momento della sua approvazione salvo eventuale prolungamento a causa del perdurare della pandemia.**

Dichiaro, sotto la mia responsabilità, di aver effettuato una programmazione congrua ed appropriata dell'orario di lavoro e di aver utilizzato ogni altro istituto contrattuale disponibile (straordinario, turnazione, orario flessibile, etc.); ciò nonostante, per rispondere alle esigenze assistenziali ed assicurare i LEA, risultano necessarie ore in regime di prestazione aggiuntiva.

**Indicazione del numero di ore necessarie per figura professionale e loro distribuzione mensile:** saranno necessarie massimo n. 2 ore settimanali per operatore per un massimo di n. 8 ore mensili per un totale complessivo di n. 24 ore nell'arco dei tre mesi previsti.

**Indicazione del numero di prestazioni da realizzare a fronte del numero di ore richieste:**

saranno realizzate n° 12 prestazioni settimanali equivalenti a n° 48 prestazioni mensili per un totale complessivo di n° 144 prestazioni rese in Extra Orario nel trimestre previsto.

Con riferimento alla presente richiesta, dichiaro di essere consapevole che assumerò il ruolo di Responsabile della realizzazione delle attività (RRA) e che pertanto effettuerò i controlli di cui all'art. 4 della sezione VI del Regolamento, nonché provvederò al rispetto delle disposizioni dell'art. 5 della stessa Sezione VI del Regolamento.

Infatti  $24 \text{ (ore)} \times 36 \text{ (operatori)} = 864 \text{ (ore)} \times 24 \text{ €} = 20.736,00$

Previsti 576€ lordi per ogni operatore.

Quindi, ogni ora costa 24€ lordi. Il numero degli operatori è di 36 unità.

Le ore concesse sono 24 nei tre mesi.

**Indicazione dei costi eventualmente sostenuti nell'anno precedente con specificazione del periodo:**

Spesa complessiva prevista: € 20.736,00

Eventuale fonte di finanziamento:  budget aziendale;  finanziamento RAS;  altro (specificare)

Si attesta che la presente richiesta di prestazioni aggiuntive non viene prodotta al fine di conseguire il raggiungimento di obiettivi di budget.

Cagliari 29.12.2020

Il Direttore struttura complessa  
Dott. Antonio Frailis



Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione

(dott. Angelo Biggio)

Parere

FAVO NEGATIVO



---

**SPAZIO RISERVATO ALLA S.C. PROFESSIONI SANITARIE AREA CAGLIARI**

(Il parere sarà richiesto a cura della SC Area Giuridico Amministrativa ASSL Cagliari)

Il Direttore della SC Professioni Sanitarie Area Cagliari

Parere \_\_\_\_\_

Motivazione (se parere negativo):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_