

# Alla Direzione di Distretto Alla Direzione di Presidio di Area Omogenea

SC/SSD: SIAOA ZONA NORD - SEDE OPERATIVA TERRITORIALE DI OLBIA

REFERENTE PER IL DIRETTORE F.F. DEL SIAOA NORD SEDE OPERATIVA TERRITORIALE DI OLBIA: DR. ANTONGIULIO TEMPESTA
CENTRO DI RILEVAZIONE (1)

TRIMESTRE DI RIFERIMENTO (dal mese al mese) AGOSTO – OTTOBRE

Dichiara, sotto la propria responsabilità, che ha effettuato una programmazione congrua ed appropriata dell'orario di servizio e che ciononostante, per rispondere alle esigenze assistenziali volte ad assicurare i livelli essenziali di assistenza, risultano necessarie ore in prestazioni aggiuntive, avendo utilizzato ogni altro istituto contrattuale disponibile (straordinario, turnazione, orario flessibile, etc.).

Dichiara altresì di non utilizzare l'istituto delle prestazioni aggiuntive per colmare l'eventuale esubero di ore di straordinario dei propri collaboratori.

#### DATA 11/08/2021

**FIRMA** 

Profilo	N. ore	Tipologia di prestazioni *	Fonte di finanziamento **
professionale		<b>T</b>	
DIRIGENZA	102	Servizi essenziali – LEA – Con-	Fondi d.lvo 194/2008
VETERINARIA		trolli previsti da Piano Regionale	
VLILNINANIA		di controllo e eradicazione della	
		Peste Suina Africana	
COMPARTO -	11	Servizi essenziali – LEA – Con-	Fondi d.lvo 194/2008
TECNICI DELLA		trolli previsti da Piano Regionale	·
TECNICI DELLA		di controllo e eradicazione della	
PREVENZIONE		Peste Suina Africana	

PROGRAMMAZIONE 1° MESE AGOSTO

- Servizi essenziali LEA;
- Abbattimento liste di attesa;
- Emergenza sanitaria per COVID;
- Emergenza COVID somministrazione vaccini;
- Emergenza COVID screening.

Se per un profilo professionale si prevedono più tipologie di prestazioni, specificare in righe distinte.

1Selezionare il Centro dall'elenco di Piano dei Centri di Rilevazione, presente nell'Intranet Aziendale alla sezione Dipartimento di Staff – Controllo di Gestione – Documenti e tabelle di supporto.

<sup>\*</sup>Indicare una delle seguenti tipologie di prestazioni da svolgere in regime di prestazioni aggiuntive:

<sup>\*\*</sup> Indicare una delle seguenti tipologie di Fonte di finanziamento:



- Progetto finanziato (indicando il codice progetto);
- Emergenza COVID (indicando il codice progetto);
- Bilancio Aziendale.

Prestazioni	Previsione di incremento % rispetto al mese precedente
Visite ambulatoriali	
Ricoveri ospedalieri RO	
Ricoveri ospedalieri DH	
Altre prestazioni *	Incremento del 100% Controlli previsti da Piano Regionale di controllo e eradicazione della Peste Suina Africana - Verifiche Ispettive presso Porti e Aeroporti in funzione dei flussi di transito di persone e merci presso Porti e Aeroporti

<sup>\*</sup> Specificare Tipologia

#### PROGRAMMAZIONE 2° MESE SETTEMBRE

Profilo	N. ore	Tipologia di prestazioni	Fonte di finanziamento
professionale			
DIRIGENZA	110	Servizi essenziali – LEA – Con-	Fondi d.lvo 194/2008
VETERINARIA		trolli previsti da Piano Regionale	
		di controllo e eradicazione della	
		Peste Suina Africana	
COMPARTO -	12	Servizi essenziali – LEA – Con-	Fondi d.lvo 194/2008
TECNICI DELLA		trolli previsti da Piano Regionale	
TECNICI DELLA		di controllo e eradicazione della	
PREVENZIONE		Peste Suina Africana	

Prestazioni	Previsione di incremento % rispetto al mese precedente
Visite ambulatoriali	
Ricoveri ospedalieri RO	
Ricoveri ospedalieri DH	
Altre prestazioni *	Incremento del 0 % Controlli previsti da Piano Regionale di controllo e eradicazione della Peste Suina Africana - Verifiche Ispettive presso Porti e Aeroporti in funzione dei flussi di transito di persone e merci presso Porti e Aeroporti

<sup>\*</sup> Specificare Tipologia



#### PROGRAMMAZIONE 3° MESE OTTOBRE

Profilo	N. ore	Tipologia di prestazioni	Fonte di finanziamento
professionale			
DIRIGENZA VETERINARIA	110	Servizi essenziali – LEA – Controlli previsti da Piano Regionale di controllo e eradicazione della Peste Suina Africana	Fondi d.lvo 194/2008
COMPARTO – TECNICI DELLA PREVENZIONE	12	Servizi essenziali – LEA – Controlli previsti da Piano Regionale di controllo e eradicazione della Peste Suina Africana	Fondi d.lvo 194/2008

Prestazioni	Previsione di incremento % rispetto al mese precedente
Visite ambulatoriali	
Ricoveri ospedalieri RO	
Ricoveri ospedalieri DH	
Altre prestazioni *	Incremento del 0 % Controlli previsti da Piano Regionale di controllo e eradicazione della Peste Suina Africana - Verifiche Ispettive presso Porti e Aeroporti in funzione dei flussi di transito di persone e merci presso Porti e Aeroporti

<sup>\*</sup> Specificare Tipologia

#### Motivazioni, finalità generali e descrizione sintetica delle attività.

Assicurare che presso i Porti e gli Aeroporti siano rispettati i requisiti esplicitati dal PIANO REGIONALE ERADICAZIONE PESTE SUINA AFRICANA vigente (nota ministeriale 0006912-17/03/2021-DGSAF-MDS-P) e recepire le indicazioni ricevute dal coordinatore ATS per il suddetto Piano. Uniformare, sul territorio di competenza della ASSL di Olbia, le modalità operative per il controllo nei Porti e Aeroporti previsto dal Piano Regionale PSA vigente. GARANTIRE LE VERIFICHE ISPETTIVE IN PREVISIONE DI AUDIT DA PARTE DEGLI ESPERTI DELLA COMMISSIONE UE IN TEMA DI GESTIONE DELL'ERADICAZIONE DELLA PESTE SUINA AFRICANA IN SARDEGNA.

I Dirigenti Veterinari , in collaborazione con le Autorità preposte, effettueranno:

- a) la verifica della presenza di un'apposita cartellonistica informativa relativa al divieto del trasporto di carne suina e derivati non consentiti dalla norma vigente, fuori dal territorio della Regione Sardegna;
- b) l'ispezione, presso i punti vendita oltre il check-in (Air Side lato volo lato imbarchi), per verificare la presenza di alimenti ottenuti da carni suine che provengono solamente da stabilimenti che utilizzano come materie prime carni suine provenienti da animali non detenuti o allevati in Regione Sardegna;
- c) l'apertura di uno stand informativo in collaborazione con la Geasar;
- d) la divulgazione ai passeggeri in attesa dell'imbarco delle limitazioni previste per il trasporto fuori regione di alimenti costituiti da carne suina e derivati;
- e) il controllo dei bagagli dei passeggeri per accertare l'idoneità al trasporto fuori regione degli alimenti eventualmente presenti;
- f) il sequestro dei prodotti non conformi, eventualmente in collaborazione con le Autorità di Polizia, e custodia presso i frigoriferi di Servizio;
- g) la compilazione del modulo allegato per la registrazione delle generalità del viaggiatore, della tipologia e quantità dei prodotti trattenuti, delle generalità di eventuale incaricato al ritiro dei prodotti per un consumo privato in ambito regionale.



PARERE DIREZIONE DI DIPARTIMENTO (solo per le strutture ospedaliere)
Favorevole (firma) Contrario (firma)
Motivazioni Diniego
DATA
PARERE DIREZIONE DI PRESIDIO OSPEDALIERO/DISTRETTO
Favorevole (firma) Contrario (firma)
Motivazioni Diniego
DATA
PARERE DIREZIONE DI ASSL/DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE/DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
Favorevole (firma) Contrario (firma)
Motivazioni Diniego
DATA



DATA \_\_\_\_\_

## **M**ODULISTICA PER LA RICHIESTA DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

PARERE SC Controllo di Gestione (per le richieste provenienti dai Dipartimenti di Prevenzione e dai

Budget	Capienz	Anticipazion e trimestre
Macrostruttura	Budget (SI/NO)	(SI/NO) *
MACRO 1		
MACRO 4		
MACRO 90		
DATA		
DATA PARERE SC Programma	zione e Control Capienz	
PARERE SC Programma		llo dell'Area Anticipazion e trimestre
	Capienz	Anticipazion
PARERE SC Programma Budget	Capienz a Budget	Anticipazion e trimestre
PARERE SC Programma Budget	Capienz	Anticipazion e trimestre
PARERE SC Programma Budget Macrostruttura	Capienz a Budget	Anticipazion e trimestre

\* Rispetto limite economico finanziario annuale del budget posto dal Bilancio Economico di Previsione

Richiesta incremento budget (riportare motivazione fornita dalla Macrostruttura):