

Allegato B

Alla Direzione della ASL n. 8 Cagliari

Al Dipartimento di Prevenzione

S.C. Prevenzione e Promozione della Salute**DIRETTORE: Dott.ssa Silvana Tilocca****CENTRO DI RILEVAZIONE: DPS010105****PERIODO DI RIFERIMENTO: ANNO 2023**

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 _____

FIRMA DIGITALE

PROGRAMMAZIONE 2023

Profilo professionale	N. ore	Tipologia di prestazioni*	Fonte di finanziamento **
Dirigente Medico	200	Servizi essenziali – LEA	Progetto Finanziato Codice Progetto 200501
Dirigente Anatomia Patologica	500	Servizi essenziali – LEA	Progetto Finanziato Codice Progetto 200501

*Indicare una delle seguenti tipologie di prestazioni da svolgere in regime di prestazioni aggiuntive:

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

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

**Indicare una delle seguenti tipologie di Fonte di finanziamento:

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

¹ La presente richiesta deve essere inviata al Direttore Assl/Dip. dopo aver acquisito tutti i pareri necessari. ² Selezionare 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*.

Motivazioni, finalità generali e descrizione sintetica delle attività.

Il progetto persegue il Corretto ed efficace svolgimento delle operazioni previste dal Piano Regionale della Prevenzione, mediante espletamento delle attività correlate con il primo e secondo livello dello screening del tumore della cervice uterina, così come previsto dalla Pianificazione Sanitaria Regionale ed in armonia con la Pianificazione Strategica Aziendale.

Persegue inoltre gli obiettivi annuali stabiliti dall'Assessorato Regionale dell'Igiene e della Sanità.

Nell'ambito delle attività previste nel primo e nel secondo livello di screening, vengono impiegate figure professionali afferenti alla dirigenza, quali dirigenti medici e biologi, e al comparto, quali tecnici di laboratorio medico e di anatomia patologica, infermieri professionali, assistenti e collaboratori amministrativi. Tali figure danno vita a una vera e propria filiera di produzione che le rende interdipendenti, impegnate in un processo unitario e integrato che non può prescindere dal pieno impiego di ciascuna delle figure citate.

Sono coinvolte nel Progetto le seguenti strutture:
 Centro Screening Aziendale – Servizio Prevenzione e Promozione della Salute
 Laboratorio Anatomia Patologica P.O. SS, Trinità – Cagliari
 Centro Donna
 P.O. SS. Trinità
 Consultori

Le attività relative alla realizzazione del progetto verranno eseguite al di fuori del normale orario di lavoro, mediante il ricorso agli istituti contrattuali ovvero con l'autorizzazione all'effettuazione di Prestazioni aggiuntive per le dirigenza e, per quanto riguarda il comparto, con l'autorizzazione allo svolgimento di lavoro straordinario per le figure professionali interessate.

PARERE SC Controllo di Gestione(per le richieste provenienti dai Dipartimenti di Prevenzione/ Salute Mentale/Farmaco)

Budget Macrostruttura	Capienza Budget (SI/NO)	Anticipazione trimestre (SI/NO) *
MACRO 1		
MACRO 4		
MACRO 90		

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

Richiesta incremento budget (riportare motivazione fornita dalla Macrostruttura):

DATA _____

FIRMA DIGITALE

PARERE SC Programmazione e Controllo dell'Area _____ (per le richieste provenienti dalle ASL)

Budget Macrostruttura	Capienza Budget (SI/NO)	Anticipazione trimestre (SI/NO) *
MACRO 1		
MACRO 4		
MACRO 90		

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

Richiesta incremento budget (riportare motivazione fornita dalla Macrostruttura):

DATA _____

FIRMA DIGITALE

PARERE DIREZIONE DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Favorevole _____ (firma digitale)

Contrario _____ (firma digitale)

Motivazioni Diniego