

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 2024**

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 2024

Profilo professionale	N. ore	Tipologia di prestazioni*	Fonte di finanziamento **
Dirigente Medico	500	Servizi essenziali – LEA	Progetto Finanziato Codice Progetto UP-08-2022-09
Infermiere Professionale	500	Servizi essenziali – LEA	Progetto Finanziato Codice Progetto UP-08-2022-09

*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 Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025, mediante l'azione 4 del Programma Libero 13, prevede la realizzazione delle attività di potenziamento del percorso di screening organizzato del tumore della cervice uterina, con la realizzazione di programmi di recupero delle vaccinazioni anti HPV e con l'offerta gratuita del vaccino alle donne già trattate per lesioni precancerose.

Stante la ormai cronica carenza di personale assegnato alle strutture interessate, al fine di procedere alla realizzazione delle operazioni di cui trattasi, si ritiene utile avvalersi del personale interno al Centro Screening e al Servizio Igiene e Sanità Pubblica, in possesso dell'esperienza sul campo abbondantemente maturata dagli operatori.

L'obiettivo del progetto è quello di Garantire il corretto ed efficace svolgimento delle operazioni previste dal Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025, mediante espletamento delle attività correlate con lo screening del tumore della cervice uterina, così come previsto dalla Pianificazione Sanitaria Nazionale e Regionale (PL13 Azione 4), in armonia con la Pianificazione Strategica Aziendale.

Partecipano all'attuazione del progetto risorse umane della dirigenza e del comparto afferenti al Centro Donna, al U.O.S. Igiene e Sanità Pubblica - Vaccinazioni, oltre al personale assegnato al Servizio Prevenzione e promozione della Salute – Centro Screening e allo staff amministrativo della Direzione del Dipartimento di Prevenzione.

Le linee operative di ciascuna struttura coinvolta, riferite alla richiesta in parola sono dettagliate nel progetto allegato alla delibera di approvazione dello stesso.

Le attività relative alla realizzazione del presente 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 gli infermieri professionali e, per quanto riguarda il comparto, con l'autorizzazione al lavoro straordinario per tutte le altre figure professionali.

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