

Alla Direzione di ASL/Dipartimento ⁽¹⁾

S.C.: CURE TERRITORIALI C.S.M. DI ORISTANO – DISTRETTO DI ALES-TERRALBA

DIRETTORE : Dr. Antonio Mignano

CENTRO DI RILEVAZIONE ⁽²⁾ SMC020103

TRIMESTRE DI RIFERIMENTO: FEBBRAIO-APRILE 2023 (n. 68 ore totali/per Operatore)

Dichiara, sotto la propria responsabilità, che ha effettuato una programmazione congrua e 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 09/02/2023 MIGNANO
FIRMA DIGITALE ANTONIO

Firmato digitalmente da
MIGNANO ANTONIO
Data: 2023.02.10 10:42:39
+01'00'

PROGRAMMAZIONE 1° MESE (FEBBRAIO)

| Profilo professionale | N. ore/mese | Tipologia di prestazioni * | Fonte di finanziamento ** |
|--------------------------|-------------|----------------------------|---------------------------|
| Dirigente Medico | 12 | Servizi Essenziali LEA | Bilancio Aziendale |
| Infermiere Professionale | 12 | Servizi Essenziali LEA | Bilancio Aziendale |

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

- 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.

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

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

La presente richiesta deve essere inviata al Direttore Asl/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.

| Prestazioni | Previsione di incremento % rispetto al mese precedente |
|-------------------------|--|
| Visite ambulatoriali | |
| Ricoveri ospedalieri RO | |
| Ricoveri ospedalieri DH | |
| Altre prestazioni * | |

* Specificare Tipologia

PROGRAMMAZIONE 2° MESE (MARZO)

| Profilo professionale | N. ore/Mese | Tipologia di prestazioni | Fonte di finanziamento |
|-----------------------------|-------------|--------------------------|------------------------|
| Dirigente Medico | 28 | Servizi Essenziali LEA | Bilancio Aziendale |
| Infermiere Professionale | 28 | Servizi Essenziali LEA | Bilancio Aziendale |
| | | | |

| Prestazioni | Previsione di incremento % rispetto al mese precedente |
|-------------------------|--|
| Visite ambulatoriali | |
| Ricoveri ospedalieri RO | |
| Ricoveri ospedalieri DH | |
| Altre prestazioni * | |

* Specificare Tipologia

PROGRAMMAZIONE 3° MESE (APRILE)

| Profilo professionale | N. ore/Mese | Tipologia di prestazioni | Fonte di finanziamento |
|-----------------------------|-------------|--------------------------|------------------------|
| Dirigente Medico | 28 | Servizi Essenziali LEA | Bilancio Aziendale |
| Infermiere Professionale | 28 | Servizi Essenziali LEA | Bilancio Aziendale |
| | | | |

| Prestazioni | Previsione di incremento % rispetto al mese precedente |
|-------------------------|--|
| Visite ambulatoriali | |
| Ricoveri ospedalieri RO | |
| Ricoveri ospedalieri DH | |
| Altre prestazioni * | |

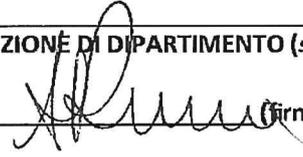
* Specificare Tipologia

Motivazioni, finalità generali e descrizione sintetica delle attività

A seguito delle dimissioni di n. 1 Dirigente Medico Psichiatra presso il Centro Salute Mentale di Ales-Terralba (Dr.ssa Lucia Sanna), intervenute a far data dal 30/09/2022, attualmente, la S.C. Cure Territoriali CSM di Oristano - Distretto di Ales-Terralba-, dispone di un unico Dirigente Medico Psichiatra, con una riduzione del 50% della dotazione organica ivi prevista per tale profilo professionale (Medico Psichiatra).

Per le ragioni di cui sopra, nelle more del reclutamento di ulteriore personale Medico, al fine di far fronte e garantire i livelli essenziali di assistenza, s'intende ricorrere a Prestazioni Aggiuntive per n. 28 ore/mese, per n. 1 Dirigente Medico Psichiatra e per n. 1 Infermiere Professionale.

PARERE DIREZIONE DI DIPARTIMENTO (solo per le strutture ospedaliere, se attivato)

Favorevole  (firma digitale)

Contrario _____ (firma digitale)

Motivazioni Diniego

ASL 5 ORISTANO
DIREZIONE GENERALE
Direttore Sanitario
Dot. Antonio Maria Pinna

PARERE DIREZIONE DI PRESIDIO OSPEDALIERO/DISTRETTO (solo per le strutture ospedaliere /distrettuali)

Favorevole _____ (firma digitale)

Contrario _____ (firma digitale)

Motivazioni Diniego

PARERE DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE (con riferimento al solo Personale del Comparto)

Favorevole _____ (firma digitale)

Contrario _____ (firma digitale)

Motivazioni Diniego

**PARERE S.C. 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 della ASL 5 di Oristano

| 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 DI ASL/DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE/DIPARTIMENTO SALUTE
MENTALE/FARMACO**

Favorevole MIGNANO ANTONIO Firma digitale da MIGNANO ANTONIO
Codice 2023.02.10 1042.21 + 0197 (firma digitale)

Contrario _____ (firma digitale)

Motivazioni Diniego

