

Oggetto: Avviso interno per prestazioni aggiuntive rivolto a personale Dirigente Medico

Si rende noto che, al fine di assicurare la funzionalità delle UU.OO. sotto evidenziate è intendimento di questa Azienda procedere attraverso l'utilizzo di prestazioni aggiuntive sulla base del presente avviso, nelle more della revisione della disciplina aziendale e limitatamente al mede di agosto 2019 per far fronte alle esigenze assistenziali.

Il Coordinamento dei turni sarà effettuato dal Direttore di ciascuna delle strutture interessate

L'utilizzo delle prestazioni aggiuntive di cui sopra è prevista con decorrenza dalla data di pubblicazione del presente avviso e la relativa gestione sarà effettuata sulla base delle seguenti modalità:

1. UU.OO. interessate:
 - a. Pediatria del P.O. di Canicattì
 - b. Ortopedia del P.O. di Sciacca
 - c. Ortopedia del P.O. di Licata
2. L'adesione al presente avviso avviene esclusivamente su base volontaria, utilizzando personale già in servizio presso l'Azienda, sulla base della turnazione di volta in volta predisposta dai Responsabili di ciascuna struttura;
3. Il personale interessato potrà effettuare prestazioni aggiuntive solo previa copertura del debito orario; eventuali debiti orari non coperti comporteranno la decurtazione delle ore di prestazioni aggiuntive rese da remunerare.
4. Le tipologie di prestazioni aggiuntive effettuabili sono le seguenti:
 - a. Attività libero professionale ex art. 55 co. 2 CCNL 8 giugno 2000 come modificato dall'art. 14 CCNL 3 novembre 2005 , richiesta in via eccezionale e temporanea, ad integrazione dell'attività istituzionale, con una tariffa oraria di € 60,00;
 - b. Attività libero professionale ex art. 55 co. 2 CCNL 8 giugno 2000 come modificato dall'art. 18 CCNL 3 novembre 2005 finalizzata alla copertura di turni notturni con una tariffa fissata in € 480 lordi
5. Il Responsabile di struttura formulerà apposita istanza, utilizzando lo schema allegato alla presente (all. A), sottoscritta dal Direttore di Dipartimento cui la struttura afferisce e dal Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero di appartenenza, indirizzata:
 - a. Al Direttore Sanitario Aziendale, per la necessaria autorizzazione preventiva;
 - b. Al Responsabile dell'Ufficio ALPI;
 - c. Al Direttore del Servizio Risorse Umane;
6. Il Responsabile di struttura predisporrà, nei limiti dell'autorizzazione di cui al punto precedente, la documentazione necessaria per la rendicontazione e la liquidazione delle prestazioni e la trasmetterà all'Ufficio ALPI.
7. Il limite massimo di ore complessivamente autorizzabili a livello mensile e per struttura è pari al numero di ore che non è risultato possibile coprire attraverso il ricorso ad incarichi a tempo determinato o a comandi ponendo come riferimento i posti di dotazione organica espressamente previsti.
8. La copertura di un posto di dotazione organica attraverso qualsiasi forma di reclutamento comporta l'automatico obbligo di ridurre il numero di ore di prestazioni aggiuntive in relazione alle ore disponibili grazie alle risorse immesse in servizio.
9. Gli interessati dovranno presentare istanza al Responsabile della struttura presso la quale sono interessati a svolgere le prestazioni aggiuntive; tali istanze potranno essere prese in considerazione

sin da subito, in considerazione dell'urgenza di reperire risorse umane per la copertura dei turni, fermo restando che, ove il numero di istanze consentisse la copertura di un numero di turni superiore rispetto alle esigenze sarà data la priorità al personale di ruolo, al fine di limitare il ricorso a prestazioni il cui costo sarà rilevato sui conti del personale a tempo determinato, garantendo tuttavia un'adeguata rotazione da parte dei diversi professionisti utilizzati.

**Il Direttore del Servizio
Risorse Umane**
Dott.ssa Beatrice Salvago

**Il Direttore
Sanitario**
Dott. Gaetano Mancuso

**Il Direttore
Amministrativo**
Dott. Alessandro Mazzara

Il Direttore Generale
Dott. Giorgio Giulio Santonocito
F.TO DIGITALMENTE

Modulo di richiesta autorizzazione di prestazioni aggiuntive:

U.O. di riferimento: _____ Indicare le UU.OO. Singolarmente

Mese/anno di riferimento: _____

Figura professionale: Dirigente Medico

Ore richieste per il mese: _____

Motivazioni:

Il responsabile di struttura:

Data:

Firma:

Il Direttore di Dipartimento:

Data:

ANSWER *See page 10.*

Data: