

## DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

Determinazione n.ro	Data di Adozione
0012035	19/10/2020

Struttura Aziendale	Centro di Costo
Stab. Osp. San Paolo - Direzione Amministrativa	131010102

**OGGETTO:**

AREA OSPEDALIERA BARI NORD – P.O. SAN PAOLO –

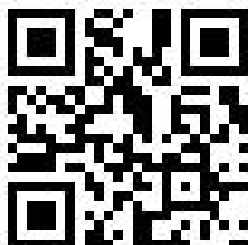
Dipendente. Sig.C.T. – Matricola.4060483;

Concessione benefici ai sensi del comma 3 – art.33 – L.104/92 e ss.mm.ii.

RUOLO	NOME E COGNOME	FIRMA
Estensore	Di Marzo Filippo	15/10/2020 11:47
Responsabile del Procedimento ai sensi della L. 241/1990	Di Marzo Filippo	15/10/2020 11:47
Direttore/Responsabile di Struttura	Popolizio Rachele	15/10/2020 14:52

*Con la sottoscrizione in calce al presente provvedimento, i firmatari di cui sopra, ciascuno in relazione al proprio ruolo come indicato e per quanto di rispettiva competenza, attestano che il procedimento istruttorio è stato espletato nel rispetto della normativa regionale e nazionale applicabile e che il provvedimento predisposto è conforme alle risultanze istruttorie agli atti d'ufficio.*

*I medesimi soggetti dichiarano, inoltre, di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, Legge 241/90 e art. 1, comma 9, lettera e), Legge 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale, dal vigente PTPCT – tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis, D. L.gs. 165/2001.*



L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente è conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.

Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.

Il Direttore della Struttura Operativa U.O.C.  
Direzione Amministrativa Area Ospedaliera Bari Nord

VISTA la l. 241/1990, recante “*Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi*”;

VISTO il d. lgs. 502/92, recante “*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*”;

VISTA la l. r. Puglia 36/1994, avente ad oggetto “*Norme e principi per il riordino del Servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517*”;

VISTA la l. r. Puglia 38/1994, avente ad oggetto “*Norme sull' assetto programmatico, contabile, gestionale e di controllo delle Unità sanitarie locali in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*”;

VISTO il d.lgs. n. 165/2001, recante “*Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche*”;

VISTA la l. r. Puglia 25/2006, avente ad oggetto “*Principi e organizzazione del Servizio sanitario regionale*”;

VISTA la l. r. Puglia 39/2006, ed in particolare l'art. 5, recante istituzione ed individuazione dell'ambito territoriale dell'ASL Bari;

VISTO il d.lgs. 33/2013, recante “*Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni*”, così come recentemente modificato dal d. lgs. 97/2016;

VISTA la deliberazione del Direttore Generale N.2798 DEL 30/12/2009

VISTA la deliberazione del Direttore Generale N.504 del 29/4/2020 “*Approvazione Regolamento per la predisposizione, adozione e pubblicazione delle determinazioni dirigenziali all'albo pretorio aziendale e relativo manuale utente*”.

#### **PREMESSO**

- che il dipendente Sig. C.T. matricola n. 4060483 in servizio presso il P.O. San Paolo a tempo indeterminato – ha presentato istanza (**con modello A**) in data 14/10/2020, acquisita al prot.n. 58443 del 15/10/2020, intesa a fruire dei benefici ai sensi *dell'art 33, comma 3, della Legge del 5 febbraio 1992 n.104 e ss.mm.ii*, per assistere la propria madre Sig.ra L.M. invalida Portatrice di handicap in situazione di gravità ai sensi *dell'art.3, comma 3, Legge 104/92 e ss.mm.ii.*;

#### **DATO ATTO**

- che alla predetta istanza il dipendente in parola ha allegato fotocopia autocertificata del verbale di Visita Medico-Collegiale del 14/09/2020 della Commissione Medica per l'Accertamento dell'Handicap della ASL/Ba di Modugno da cui risulta che la Sig.ra L.M. è stata riconosciuta invalida Portatrice di handicap in situazione di gravità (*art.3, comma 3 Legge 104/92*) **rivedibile settembre 2021**;

## ACCERTATO

- che il dipendente Sig. C.T. con il modello “A” allegato al Regolamento Aziendale con il quale ha presentato l’istanza, ha dichiarato:
  - che la Sig.ra L.M. portatrice di handicap grave è in vita;
  - non è ricoverata a tempo pieno presso Struttura Pubblica o Privata che assicurano assistenza sanitaria, ad eccezione dei casi indicati dal punto 5 della Circolare del Ministero della Funzione Pubblica n.13/2010;
  - è parente o affine entro il 2° grado (*art.24 Legge 183/2010*) del dipendente;
  - che nessun altro familiare della Sig.ra L.M. fruisce dei benefici della Legge 104/92 (unica eccezione per genitori che assistono i figli, anche adottivi, per i quali possono fruirne alternativamente);
  - di essere il familiare Referente Unico indicato dall’invalida predetta quale punto di riferimento di tutta l’attività di assistenza;
  - di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza al portatore di handicap grave che comportano la conferma dell’impegno, morale oltre che giuridico, a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
  - di essere consapevole che fruire dei benefici della Legge 104/92 comporta un onere per l’Azienda e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano per la tutela dei portatori di handicap grave;
  - di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni;

## VISTA

- la dichiarazione sostitutiva di responsabilità’ della Sig.ra L.M. portatrice di handicap grave resa ai sensi *del D.P.R. 28/12/2000 n.445*, con la quale dichiara:
  - di essere in condizione di” handicap grave “;
  - di non essere ricoverata a tempo pieno;
  - di non essere impegnata in attività’ lavorative;
  - di aver prescelto il familiare Sig. C.T. per l’assistenza in qualità di “Referente Unico”;

## VISTI

- ✓ *l’art.3 comma 3 e l’art 33 della Legge del 5 febbraio 1992 n.104;*
- ✓ *la Legge del 8 marzo 2000 n.53;*
- ✓ *la Legge del 4 novembre 2010 n.183;*
- ✓ *il Decreto Legislativo del 26 marzo 2001 n.151;*
- ✓ *il Decreto Legislativo del 18 luglio 2011 n.119;*
- ✓ *la Circolare Dipartimento della Funzione pubblica n.13 del 6 dicembre 2010;*
- ✓ *la Circolare INPS n.45 del 1 marzo 2011;*
- ✓ *la Circolare INPS n.32 del 6 marzo 2012;*
- ✓ *la Circolare INPS n.100 del 13 giugno 2016;*
- ✓ *la Circolare INPS n.168 del 30 dicembre 2011;*

## VISTE

- la Deliberazione nr. 885/2015 con la quale si approva il Regolamento Aziendale per l’utilizzo dei permessi retribuiti dalla Legge 104/92;
- la modifica apportata al Regolamento Aziendale sull’utilizzo dei permessi retribuiti previsti dalla Legge 104/92 con Deliberazione del Direttore Generale nr. 1102/2016;

## DATO ATTO

- che la presente determinazione non comporta alcun onere a carico del Bilancio dell’Azienda;

## VERIFICATO

- che vi sono tutti i requisiti necessari per il riconoscimento del diritto alla fruizione dei benefici richiesti (*art. 33, comma 3, L. 104/92 e ss.mm.ii*);

## RITENUTO

- pertanto di dover accogliere l'istanza presentata dal dipendente Sig. C.T. e di concedere **TRE** giorni di permessi retribuiti mensili fruibile anche in maniera continuativa, non cumulabili così come previsto *dall'art.33, comma 3 della Legge 104/92 e ss.mm.ii.*;

## D E T E R M I N A

Per i motivi espressi in narrativa e che qui di seguito si intendono tutti trascritti:

- **di concedere** al dipendente Sig. C.T. matricola n. 4060483 in servizio presso il P.O. San Paolo a tempo indeterminato, **TRE** giorni di permessi mensili fruibili anche in maniera continuativa, non cumulabili ai sensi *dell'art. 33 - comma 3 della Legge 104/92 e ss.mm.ii*;
- **di stabilire** che i benefici dei permessi richiesti verranno riconfermati ogni anno solo dopo che il dipendente (**entro il 15 gennaio di ogni anno**) avrà' presentato una apposita autocertificazione (**con modello D**) alla Direzione Amministrativa di appartenenza, attestante l'esistenza in vita del portatore dell'handicap, che nulla è variato rispetto alle condizioni previste per la legittima fruizione dei permessi ex Legge 104/92 così come modificata dalla Legge 181/10;
- **di dare atto** che la presente determinazione non comporta alcun onere a carico del Bilancio dell'Azienda;
- **di precisare** che il mantenimento del diritto ai predetti permessi è subordinato al permanere delle condizioni in base alle quali sono concessi, restando a carico del dipendente l'obbligo di comunicare tempestivamente ogni ed eventuali variazioni che possano modificare il diritto riconosciuto con il presente provvedimento;
- **di dare atto** che il dipendente dovrà concordare preventivamente i tempi e i modi per fruire dei benefici ai sensi *dell'art 33, comma 3, della Legge del 5 febbraio 1992 n.104 e ss.mm.ii*, con i Direttori/Dirigenti Medici Responsabili della Struttura e della Unità Operativa presso cui presta servizio, ai quali è riservata la concessione dei permessi, dandone comunicazione all'Ufficio Rilevazioni Presenze del P.O. "San. Paolo" in maniera tempestiva per gli adempimenti di competenza;
- **di stabilire** che del presente provvedimento sia data comunicazione al Dipendente, al Direttore Medico del P.O. "San Paolo", ai Direttori/Dirigenti Medici Responsabili della Struttura e della Unità Operativa presso cui presta servizio il Dipendente e all'Ufficio Rilevazioni Presenze del P.O. "San. Paolo";
- **di trasmettere** copia del presente provvedimento unitamente all'istanza con tutta la documentazione allegata - all'Area Gestione Risorse Umane - U.O - Trattamento Giuridico Economico Previdenziale.

## PROFILI CONTABILI

- NON rilevante  
 RILEVANTE, a valere su:  
 CONTIENE liquidazione  
 NON Contiene Liquidazione

## ONERI DI PUBBLICAZIONE OBBLIGATORIA EX D. LGS. 33/2013:

- NON soggetta ad oneri di pubblicazione obbligatoria  
 SOGGETTA ad oneri di pubblicazione obbligatoria nella sezione Amministrazione Trasparente:

## DESTINATARI NOTIFICA/TRASMISSIONE

Centro di Costo	Struttura Aziendale
1120101	Area Gestione Risorse Umane
131010101	Stab. Osp. San Paolo - Direzione Sanitaria

**IL PRESENTE PROVVEDIMENTO E' COMPOSTO DA 5 (cinque) PAGINE  
DI 0 (zero) ALLEGATI SOGGETTI A PUBBLICAZIONE PER UN TOTALE DI 0 (zero) PAGINE  
DI 1 (uno) ALLEGATI NON SOGGETTI A PUBBLICAZIONE PER UN TOTALE DI 11 (undici) PAGINE**

### ATTESTAZIONE DI AVVENUTA PUBBLICAZIONE

Si attesta che il presente provvedimento viene pubblicato all'albo pretorio *on-line* della ASL BA, ai sensi dell'art. 31, c. 1, l. 69/2009, per la durata di 30 giorni naturali, decorrenti dal **19/10/2020**

Staff Direzione Amministrativa aziendale  
Ufficio Affari Generali  
*L'Addetto alla Pubblicazione*  
sig. Domenico Roveto