

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

Determinazione n.ro	Data di Adozione
0011655	15/10/2021

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

OGGETTO:

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

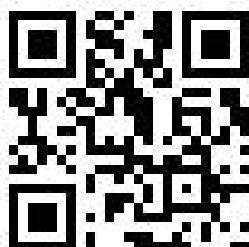
Dipendente. Sig. F.R.;

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	13/10/2021 13:50
Responsabile del Procedimento ai sensi della L. 241/1990	Di Marzo Filippo	13/10/2021 13:50
Direttore/Responsabile di Struttura	Popolizio Rachele	15/10/2021 11:11

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, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, vigente codice di comportamento aziendale (DDG n. 132/2019) e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale, alla Parte II, par. 1, lett. c) del 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. F.R. in servizio presso il P.O. San Paolo a tempo indeterminato e pieno, ha presentato istanza (con modello A) in data 12/10/2021, acquisita al prot.n.66029 del 13/10/2021, (i cui dati anagrafici e documenti sono riportati nei file allegati al presente provvedimento non soggetto a pubblicazione per ragioni di privacy), 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 sorella Sig.ra F.M. invalida portatore 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 17/09/2021 della Commissione Medica per l'Accertamento dell'Handicap della ASL /FG di San Severo (Fg) da cui risulta che la Sig.ra F.M., è stata riconosciuta invalida portatore di Handicap in situazione di gravità (art.3, comma 3 Legge 104/92) **no rivedibile**;

ACCERTATO

- che il dipendente Sig. F.R. con il modello “A” allegato al Regolamento Aziendale con il quale ha presentato l’istanza, ha dichiarato:
 - che la sorella Sig.ra F.M. invalida portatore 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 F.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’Amministratore di Sostegno Sig.ra Z.L.S. (madre della Sig.ra F.M. invalida portatore di Handicap grave) riconosciuta con Verbale di Giuramento di Amministratore di Sostegno davanti al Giudice Tutelare Dott.ssa D.S.D. in data 12/11/2019, 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. F.M. invalida portatore di handicap grave resa ai sensi *del D.P.R. 28/12/2000 n.445*, con la quale l’Amministratore di Sostegno dichiara:
 - che la Sig.ra F.M. è in condizione di” handicap grave “;
 - non è ricoverata a tempo pieno;
 - non é impegnata in attività’ lavorative;
 - di aver prescelto il familiare Sig. F.R. 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. F.R. 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. F.R. in servizio presso il P.O. San Paolo a tempo indeterminato e pieno, (i cui dati anagrafici e documenti sono riportati nei file allegati al presente provvedimento non soggetto a pubblicazione per ragioni di privacy), **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.
- **di dare atto** che tutti i firmatari del presente atto attestano di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6,7 e 13, D.P.R. 62/2013, vigente codice di comportamento aziendale (DDG n. 132/2019) e art. 1, c.9, lett.e), l.190/2012 – quest’ultimo come recepito, a livello aziendale, alla Parte II, par. 1, lett.c) del 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.lgs. 165/2001.

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 6 (sei) PAGINE
DI 0 (zero) ALLEGATI SOGGETTI A PUBBLICAZIONE PER UN TOTALE DI 0 (zero) PAGINE
DI 2 (due) ALLEGATI NON SOGGETTI A PUBBLICAZIONE PER UN TOTALE DI 13 (tredici) 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 **15/10/2021**

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