

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

Determinazione n.ro	Data di Adozione
0008004	10/08/2022

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

OGGETTO: AREA OSPEDALIERA BARI NORD – P.O. SAN PAOLO –
Concessione benefici ai sensi del comma 3 – art.33 – L.104/92 e ss.mm.ii.

PROPOSTA DI DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE N.RO 20220008817 DEL 08/08/2022

COMPOSTA COMPLESSIVAMENTE 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 16 (sedici) PAGINE

ATTESTAZIONE DI AVVENUTA PUBBLICAZIONE

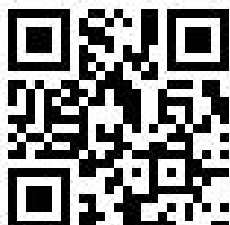
Si attesta che il presente provvedimento viene pubblicato all'Albo pretorio *on-line* della ASL BA, ai sensi dell'art. 31, c. 1, l. 69/2009, per la durata di 30 giorni naturali, decorrenti dal **10/08/2022**

Unità Operativa Affari Generali
L'Addetto alla Pubblicazione

Firmato Digitalmente il 10/08/2022 14:32



Cifarelli Giuseppe



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.

AREA OSPEDALIERA BARI NORD – P.O. SAN PAOLO –
Concessione benefici ai sensi del comma 3 – art.33 – L.104/92 e ss.mm.ii.

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/la dipendente in servizio presso il P.O. San Paolo a tempo indeterminato e pieno, ha presentato istanza (con modello A) in data 01/08/2022, acquisita al prot.n. 51235 del 02/08/2022, (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 il familiare invalido/a Portatore di Handicap in situazione di gravità ai sensi dell'art.3, comma 3, Legge 104/92;

DATO ATTO

che alla predetta istanza il/la dipendente in parola ha allegato fotocopia autocertificata della comunicazione contenente il giudizio definitivo espresso dall'INPS in data 11/07/2022 e del verbale di Visita Medico-Collegiale del 29/06/2022 della Commissione Medica per l'Accertamento dell'Handicap della ASL/Ba di Modugno (Ba) da cui risulta che il familiare è stato/a riconosciuto/a invalido/a Portatore di Handicap in situazione di gravità (*art.3, comma 3 Legge 104/92*) **no rivedibile**;

ACCERTATO

- che il/la dipendente, con il modello "A" allegato al Regolamento Aziendale con il quale ha presentato l'istanza, ha dichiarato:
 - che l'invalido/a portatore di handicap grave è in vita;
 - non è ricoverato/a 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 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/la familiare Referente Unico indicato dall'invalido predetto 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 consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni;

VISTA

- la dichiarazione sostitutiva di responsabilità' del familiare invalido/a portatore 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 ricoverato/a a tempo pieno;
 - di non essere impegnato/a in attività' lavorative;
 - di aver prescelto il familiare dipendente di questa Azienda Sanitaria 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 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 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

RILEVANTE, a valere su: NON rilevante

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

SOGGETTA A PUBBLICAZIONE NON soggetta A PUBBLICAZIONE

ONERI DI RISERVATEZZA:



CONTIENE dati personali da NON pubblicare NON contiene dati personali

DESTINATARI NOTIFICA/TRASMISSIONE

Area Gestione Risorse Umane	Stab. Osp. San Paolo - Direzione Sanitaria
-----------------------------	--

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.

RUOLO	NOME E COGNOME	FIRMA
Responsabile del Procedimento ai sensi della L. 241/1990	Di Marzo Filippo	 Firmato digitalmente il 08/08/2022 12:28
Direttore/Responsabile di Struttura	Popolizio Rachele	 Firmato digitalmente il 09/08/2022 14:09