***Al Sindaco***

***Pro Tempore***

Nella qualità di autorità

Territoriale di protezione civile

***Alla Protezione***

***Civile Regione***

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***All’Assessorato alla salute***

***Regione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

In persona dell’Assessore

Pro tempore

***Alla Regione***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***In persona del Presidente***

***Pro tempore***

***Al capo dipartimento***

***Del Servizio Nazionale***

***Della protezione civile***

***Pro tempore***

***Al Commissario Straordinario***

***Commissario straordinario per l’attuazione***

***e il coordinamento delle misure di contenimento***

***e contrasto dell’emergenza epidemiologica***

***Dott. Domenico Arcuri***

**All’Ente**

**Convenzionato**

**per i servizi**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(solo in caso di servizi convenzionati)*

***Oggetto****: istanza di approvvigionamento prioritario a dispositivi di protezione individuale ex art. 5, comma 5, D.L. n.18 del 17 marzo 2020 per medici ed operatori sanitari e sociosanitari impiegati nelle attività domiciliari e non domiciliari svolte da\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nell’ambito della convenzione/accreditamento/appalto con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(compilare in caso di servizio convenzionato)*

Il/la sottoscritto/a …………………………………………..nato/a a ………………………………………………il …………………….

C.F. ………………………………………………………..in qualità di legale rappresentante di………………………………….. con sede a ……………………………in via………………………………………C.F……………………………P.IVA………………………

Considerato che:

* L’ente eroga servizi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nei confronti di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* In base al d.lgs. 81/2008 e al protocollo del 14 marzo 2020 stipulato tra Governo e parti sociali permane l’obbligo, da parte dell’ente, di garantire, soprattutto durante lo stato di emergenza di cui al DPCM 31 gennaio 2020, la sicurezza rispetto al rischio del contagio da COVID-19 nei confronti di tutto il personale impiegato nei servizi erogati dall’ente;
* Allo stesso modo vi è l’obbligo di garantire la massima sicurezza rispetto al rischio del contagio da COVID-19 anche nei confronti delle persone con disabilità e famiglie **fruitrici dei servizi stessi**;
* In particolare, **nei confronti del personale maggiormente esposto al rischio di contagio come medici, operatori sanitari e socio sanitari** **impiegati nei servizi,** tale obbligo si concretizza anche nel **dovere di fornire i Dispositivi di Protezione Individuali** (DPI) quali guanti , protezioni anti schizzo, occhiali protettivi e mascherine chirurgiche, pure dotate di filtro FFP2 o FFP3 ………*(indicare di seguito se vi sono altri specifici dispositivi di PI di cui si necessita)* per potere svolgere in sicurezza le attività che prevedono il contatto fisico e non possono essere svolte a distanza superiore ad un metro.
* Le riserve presso l’ente dei DPI sopra indicati sono oggi in esaurimento, e, malgrado le convulse ricerche già avviate da diversi giorni per il necessario approvvigionamento, non è stato possibile rinvenire quanto necessario sul mercato per fronteggiare il periodo di emergenza;
* I servizi sono erogati anche con operatori sanitari e sociosanitari e non è praticabile garantire un servizio senza un personale che sia dotato dei predetti DPI;
* con il D.L. 17 marzo 2020 n.18, il Governo è intervenuto per incrementare, a livello nazionale, la produzione dei DPI prevedendo deroghe alle normative vigenti, finanziamenti agevolati o a fondo perduto o conto gestione per la produzione e procedimenti di autorizzazione facilitati, da cui discenderà una maggiore disponibilità di DPI;
* in virtù dell’art. 5 comma 5, del citato D.L. , che considera il particolare rischio cui vanno incontro specifiche figure, indipendentemente dal fatto che operino nel settore pubblico o privato, “*I dispositivi di protezione individuale sono forniti in* ***via prioritaria*** *ai medici e agli operatori sanitari e sociosanitari*” **.**

-con la presente

**richiede**

l’accesso prioritario al rifornimento di DPI, non appena resi disponibili dalle aziende produttrici, secondo la seguente tipologia e quantità:

|  |  |
| --- | --- |
| **DISPOSITIVO** | **QUANTITA’** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

In calce alla presente si comunicano i recapiti sui quali chiedo che mi venga fornito riscontro rispetto alla possibilità di approvvigionamento dei dispositivi richiesti non appena resi disponibili.

Distinti saluti,

Data   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapiti:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_