

AZIENDA OSPEDALIERA COSENZA S.O. Annunziata S.O. Mariano Santo S.O. Santa Barbara	Procedura destinazione lavorativa dipendenti Azienda Ospedaliera	U.O.C. - P.P.A. U.O.C. - G.R.U. Rev.: Pag.: 3 Data: Gen. 2016
---	---	---

Azienda Ospedaliera di Cosenza

Procedura Aziendale destinazione lavorativa dipendenti

Rev.	Data	Autorizzazioni			
		Redatto	Verificato	Validazione	Approvato
1	Gen. 2016	Prevenzione e Protezione Ambientale Canino  Marrocco  Scaglione Gestione Risorse Umane Scoti 	Direttore Medico P.U. 	Direttore Sanitario Aziendale  Capo Dipartimento Amministrativo Aziendale 	Direttore Generale Il Direttore Generale  Achille Gentile

SCOPO

La gestione della destinazione lavorativa, amministrativa, tecnica e sanitaria, dei dipendenti dell'Azienda Ospedaliera, presente nell'azienda in forma di prassi consolidata, necessita di interventi e accorgimenti al fine di conferire alla stessa una veste procedurale.

La presente procedura definisce le modalità operative della destinazione lavorativa dei dipendenti, con l'indicazione e la precisazione dei rischi ospedalieri, per come previsto nel DVR.

La corretta comunicazione tra i soggetti deputati all'attuazione della procedura garantirà uniformità di conoscenza e accurata partecipazione dei dipendenti al miglioramento della sicurezza sul lavoro, sin dal momento dell'assunzione e nei casi di trasferimenti interni fino alla cessazione del rapporto di lavoro.

Per quanto sopra esposto si ravvisa la necessità di definire la procedura e di istituire una modalità univoca centralizzata, presso l'Ufficio Risorse Umane settore Gestione del Personale.

CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura verrà applicata ogni qualvolta si verifichi l'assunzione di un dipendente da destinare ad una delle Unità Operative nell'Azienda Ospedaliera di Cosenza, nei casi di trasferimenti interni ed alla cessazione del rapporto di lavoro.

FUNZIONI COINVOLTE

Direttore Generale
Direttore Sanitario Aziendale
Direttore Gestione Risorse Umane
Direttore Medico P.U.
Direttori di Dipartimento
Direttori U.O.C.
Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione
Medico Competente
Medico Autorizzato
Responsabile U.O. Fisica Sanitaria
Esperto Qualificato
Responsabile SITROS
Rappresentanti Lavoratori per la Sicurezza

RIFERIMENTI

D. Lgs. 81/08 e s.m.i.
D. Lgs. 230/95 e s.m.i.

ACRONIMI E DEFINIZIONI

Direttore Generale - DG
Direttore Sanitario Aziendale - DSA
Direttore Amministrativo Aziendale - DAA
Direttore Gestione Risorse Umane- DGRU
Direttore Sanitario P.U.- DSPU
Direttori di Dipartimento- DD
Direttori U.O.C.- DUOC
Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione - RSPP
Medico Competente- MC
Medico Autorizzato- MA
Esperto Qualificato- EQ
Responsabile SITROS - RSITROS

E' obbligo dei Dirigenti e del personale dipendente, nell'ambito delle rispettive competenze, adempiere agli obblighi previsti dal D.lgs. 81/08, innanzi tutto collaborando con il Datore di Lavoro e con il Servizio di Prevenzione e Protezione fornendo l'informazione dettagliata sui processi e sui pericoli/rischi connessi all'attività lavorativa delle unità operative di appartenenza. L'obiettivo è la partecipazione attiva del personale nella percezione e valutazione dei rischi lavorativi e in secondo ordine l'affidamento di compiti lavorativi al personale della propria unità operativa tenendo conto dello stato di salute dei lavoratori, previa valutazione del medico competente.

MODALITÀ OPERATIVE

Individuazione e valutazione dei rischi

- 1) l'Ufficio Gestione Risorse Umane è deputato alla compilazione del frontespizio dell'allegato alla procedura (di cui alla pag. 1) specificando tutte le informazioni richieste relative alla destinazione lavorativa dipartimentale e all'attività svolta, sottoscrivendo e facendo apporre la firma del dipendente. Successivamente consegnerà tutto l'allegato al lavoratore per la compilazione dei dati necessari alla destinazione lavorativa. Analogamente avrà cura di compilare i campi relativi agli eventuali trasferimenti interni e alla cessazione del rapporto di lavoro;
- 2) Se il Dipendente è destinato ad attività lavorative che prevedono l'utilizzo di radiazioni ionizzanti, lo stesso farà compilare la pag.2 dell'allegato, a cura del direttore della UOC di destinazione del dipendente;
- 3) Analogamente se il dipendente è destinato ad attività lavorative che prevedono l'utilizzo di radionuclidi, lo stesso, farà compilare la parte prevista, sempre a pag. 2 dell'allegato, a cura del direttore della UOC di destinazione del dipendente;
- 4) In entrambi i casi descritti ai punti 2 e 3, il dipendente procederà alla consegna dell'allegato al Responsabile U.O. Fisica Sanitaria, che provvederà alla compilazione (pag.3) a cura dell'esperto qualificato incaricato, per la relativa classificazione;
- 5) Il dipendente destinato ad attività lavorative che prevedono l'esposizione alle radiazioni ionizzanti così come ad altre attività aziendali, consegnerà il relativo allegato al Medico competente ed al Medico Autorizzato per il completamento dell'iter procedurale e la relativa valutazione dei rischi per i quali è prevista la sorveglianza sanitaria.
- 6) Completato l'iter, la documentazione verrà consegnata a cura della Struttura di P.P.A. all'Ufficio Gestione Risorse Umane per essere debitamente acclusa al Fascicolo personale del Dipendente e per gli eventuali adempimenti successivi (trasferimenti interni);
- 7) In caso di cessazione del Rapporto di lavoro, il Direttore dell'U.O.C. Gestione Risorse Umane, comunicherà alle funzioni coinvolte la data presunta e/o certa della cessazione dal servizio del dipendente.

Figure coinvolte	Direttore GRU	Dipendente	Medico Competente	Direttore U.O.C.	Esperto Qualificato
fase			Compilazione pag. 4	Compilazione pag. 2	Compilazione pag. 3
Compilazione scheda destinazione lavorativa pag. 1	R				
Consegna procedura al direttore U.O.C.		R		R	
Consegna procedura U.O. Fisica Sanitaria		R			R
Consegna procedura medico competente		R	R		
Consegna procedura P.P.A.		R			

AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA
UFFICIO GESTIONE RISORSE UMANE
SCHEDA DI DESTINAZIONE LAVORATIVA

Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita _____ Luogo di Nascita _____ ()

Domicilio _____

Telefono _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Donna in età Fertile SI ☐ NO ☐ Matricola _____

Data di Assunzione _____

Trasferito da _____

Sede Prevalente di Lavoro _____

DESTINAZIONE LAVORATIVA (DIPARTIMENTO):

☐ Medicina ☐ Discipline Specialistiche ☐ Chirurgia ☐ Emergenza ☐ Servizi
☐ Onco-Ematologico ☐ Materno-Infantile ☐ Tecnico/Amministrativo

ATTIVITA' SVOLTA:

☐ Anestesista ☐ Cardiologo emodinamista ☐ Chirurgo ☐ Internista ☐ Endoscopista
☐ Infettivologo/Pneumologo ☐ Odontoiatra ☐ Radiologo ☐ Ortopedico ☐ Urologo
☐ Fisico Medico ☐ Laboratorista ☐ Biologo ☐ Farmacista ☐ Tecnico di Lab.
☐ Tecnico di Rad. ☐ I.P. ☐ I. Ped. ☐ Ausiliario ☐ OTA ☐ OSS
☐ Collaboratore/Assistente Tecnico ☐ Collaboratore/Assistente Amministrativo

Successivi trasferimenti interni:

Data

Firma dell'Operatore

Firma e Timbro
Ufficio G.R.U.

A cura del Responsabile dell'attività/Direttore della Struttura

Parte da compilare a cura del responsabile dell'attività SOLO SE l'operatore lavora in ambienti in cui si utilizzano APPARECCHI RADIOGENI (1)

Opera nella zona comandi della sala (se presente)?

☐ SI

☐ NO

Opera all'interno della sala ove si utilizzano apparecchi radiogeni durante l'emissione raggi con l'uso di barriere mobili?

☐ SI, per circa ____ minuti **all'anno**, alla distanza media di: 50 cm ☐ - 100 cm ☐ - 150 cm ☐ - > 150 cm ☐

☐ NO

Opera all'interno della sala ove si utilizzano apparecchi radiogeni durante l'emissione raggi senza l'uso di barriere mobili?

☐ SI, per circa ____ minuti **all'anno**, alla distanza media di ____ cm

☐ NO

Espono le mani al fascio primario o nelle immediate vicinanze? (2)

☐ 1 o più volte/settimana

☐ 1 o più volte/mese

☐ meno di 1 volta/mese

☐ MAI

Utilizza una barriera pensile mobile?

☐ SI

☐ NO

Ubicazione dell'apparecchio:

☐ Diagnostica _____

☐ Sala Operatoria _____

☐ Degenza _____

☐ Altro _____

Apparecchiatura:

☐ Telecomandato

☐ Pensile

☐ Stratigrafo

☐ Angiografo

☐ Mammografo

☐ TAC

☐ Endorale

☐ Ortopantomografo

☐ Unità mobile

☐ Unità mobile con I.B.

☐ Unità mobile con I.B. e memorizzatore

☐ Altro _____

data

Firma e timbro Responsabile attività

Parte da compilare a cura del responsabile dell'attività SOLO SE l'operatore lavora in AMBIENTI dove sono presenti RADIONUCLIDI sigillati e non sigillati (1)

Il lavoratore staziona in laboratorio?

☐ SI, per circa ____ minuti settimanali

☐ NO

Esegue ☐ manipolazione e/o ☐ uso di kit con i seguenti radionuclidi: _____

Svolge mansioni collaterali in zona sorvegliata e/o controllata?

☐ SI (indicare quali e con quale frequenza) _____ ☐ NO (pulizie, uso di centrifughe, ecc.)

Data

firma e timbro Responsabile attività

ATTENZIONE
LA COMPILAZIONE DI QUESTO RIQUADRO E' RISERVATA ALL'ESPERTO QUALIFICATO

Cognome _____ Nome _____

Destinazione lavorativa _____

Note: _____

Classificazione di Radioprotezione Lavoratore esposto: ☐ Categoria A ☐ Categoria B ☐ Non esposto

Dosimetri assegnati: ☐ Torace ☐ Cristallino ☐ Polso

Frequenza di controllo dosimetrico: ☐ Mensile ☐ Trimestrale ☐ Altro _____

Dispositivi di protezione individuale da utilizzare:

☐ Grembiule/Camice anti-X ☐ Guanti anti-X ☐ Occhiali anti-X ☐ Collare anti-X

_____ data

_____ firma dell'Esperto Qualificato
(firma e timbro)

PRESCRIZIONI

NOTE

Per presa visione, firma del lavoratore: _____

ATTENZIONE
LA COMPILAZIONE DI QUESTO RIQUADRO E' RISERVATA AL MEDICO COMPETENTE

Cognome _____ Nome _____

Destinazione lavorativa _____

Mansioni attuali: _____

Unità Operativa: _____

Orario di lavoro: ☐ turno unico ☐ su due turni ☐ su tre turni

Posizione di lavoro: ☐ prev. in piedi ☐ prev. seduto ☐ altro _____

Fattori di rischio valutati nel VDR per i quali viene fatta Sorveglianza Sanitaria

<input type="checkbox"/> Rumore	<input type="checkbox"/> Chimico	<input type="checkbox"/> Mov. Ripetuti Arti Superiori	<input type="checkbox"/> Radiazioni NI	<input type="checkbox"/> Stress Lavoro corr.
<input type="checkbox"/> VDT	<input type="checkbox"/> Gas Anestetici	<input type="checkbox"/> Posture Coatte/Prolungate	<input type="checkbox"/> Risonanza Magnetica	<input type="checkbox"/> Vibrazioni corpo
<input type="checkbox"/> Alcool	<input type="checkbox"/> Cancerogeni	<input type="checkbox"/> Movimentazione Manuale dei Carichi	<input type="checkbox"/> Stress da guida	<input type="checkbox"/> Vibrazioni M/B
<input type="checkbox"/> Droghe	<input type="checkbox"/> Preparazioni Antiblastici	<input type="checkbox"/> Movimentazione Manuale dei Pazienti	<input type="checkbox"/> Aggressioni	<input type="checkbox"/> Microclima
<input type="checkbox"/> Amianto	<input type="checkbox"/> Somministrazione Antiblastici	<input type="checkbox"/> Agenti Biologici	<input type="checkbox"/> Lavoro Notturno	<input type="checkbox"/>

☐ IDONEA/O

☐ NON IDONEA/O PERMANENTEMENTE

☐ NON IDONEA/O TEMPORANEAMENTE

☐ IDONEA/O CON PRESCRIZIONI

☐ IDONEA/O CON LIMITAZIONI

Periodicità della visita: ☐ ANNUALE ☐ BIENNALE ☐ _____

Il Medico Competente

Cessazione del Rapporto di Lavoro

dal _____

Cosenza, _____

Il Direttore
U.O.C. Gestione Risorse Umane