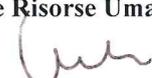
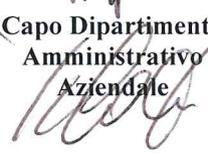


<b>AZIENDA OSPEDALIERA COSENZA</b> S.O. Annunziata S.O. Mariano Santo S.O. Santa Barbara	<b>Procedura destinazione lavorativa dipendenti Azienda Ospedaliera</b>	U.O.C. - P.P.A. U.O.C. - G.R.U. Rev.: Pag.: 3 Data: Gen. 2016
---	---	---

# 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:	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
-----------------------------------	-------------------------

\_\_\_\_\_ 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

Esponde 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 Antitumorali	<input type="checkbox"/> Movimentazione Manuale dei Pazienti	<input type="checkbox"/> Aggressioni	<input type="checkbox"/> Microclima
<input type="checkbox"/> Amianto	<input type="checkbox"/> Somministrazione Antitumorali	<input type="checkbox"/> Agenti Biologici	<input type="checkbox"/> Lavoro Notturmo	<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