

DVR	DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico G. Rodolico - San Marco	
ALL.		

ALL. P1.1

Protocollo di Sorveglianza Sanitaria



Azienda Ospedaliero Universitaria
Policlinico "G. Rodolico - San Marco"
Catania

PO SAN MARCO
UFFICIO DEL MEDICO COMPETENTE
Staff Direzione Generale

E p.c. AL DIRETTORE GENERALE

E p.c. AL DIRETTORE -DIRIGENTE DELEGATO P.O. SM

AL DIRETTORE RESPONSABILE SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE

Al protocollo generale

Prot n°64547

OGG: P.O. SAN MARCO - PROTOCOLLO DI SORVEGLIANZA SANITARIA.

Introduzione:

Il protocollo di Sorveglianza Sanitaria è l'insieme delle visite mediche, delle indagini specialistiche e di laboratorio, delle informazioni sanitarie e dei provvedimenti adottati dal medico, al fine di garantire la protezione sanitaria dei lavoratori nei confronti del rischio lavorativo.

Previa acquisizione dell'elenco dei lavoratori, delle mansioni specifiche e delle sedi di lavoro a seguire si descrivono gli aspetti procedurali della prevista Sorveglianza in relazione ai rischi normati:

Elenco rischi aziendali previsti (DVR):

LAVORO NOTTURNO (Attuazione delle direttive 93/104/CE e 2000/34/CE)

AGENTI BIOLOGICI (art. 279 D. Lgs. n. 81/2008)

MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI E DEI PAZIENTI NON AUTOSUFFICIENTI (art. 168 D. Lgs. n. 81/2008)

RISCHIO CHIMICO (art. 229 D. Lgs. n. 81/2008)

CAMPI ELETTRROMAGNETICI (CEM art 185 DLg. 81/08 capo I-IV Titolo VIII agenti fisici). (art. 211 D. Lgs. n. 81/2008)

VDT (art. 176 D. Lgs. n. 81/2008)

VERIFICA DI ASSENZA SOSTANZE D'ABUSO (DLg 81/2008 art. 41 comma 4).

STRESS LAVORO-CORRELATO (ART. 28 COMMA 1 DEL D. LGS. 81/08)

efecto
Dott. SCALFITO ANTONINO
MEDICO COMPETENTE
Iscl. all. albo n° 01 12948
Iscl. El. Naz. Medici competenti n° 2143



Azienda Ospedaliero Universitaria
Policlinico "G. Rodolico - San Marco"
Catania

PO SAN MARCO
UFFICIO DEL MEDICO COMPETENTE
Staff Direzione Generale

Tipologia delle visite :

A) *VISITE PREVENTIVE*

Acquisizione della cartella di sorveglianza sanitaria rilasciata dall'ente di provenienza , in caso di assunzione per trasferimento ai sensi dell'art 25 comma e bis Dlg 81/08 s.m.i. All'atto della visita preventiva in fase preassuntiva, viene valutata la compatibilità clinica del lavoratore con il rischio proprio delle attività alle quali verrà adibito. Viene fornita l'informazione /formazione specifica sul corretto comportamento e utilizzo del dispositivo ed eventuali precauzioni da adottare.

B) *VISITE PERIODICHE - Periodicità di norma biennale*

C) *VISITE PER ASSENZA DEL LAVORATORE MAGGIORE AI SESSANTA GIORNI:*

art 41 del D. Lgs. 81/2008, a seguito dell'assenza dal lavoro per motivi di salute superiore a sessanta giorni continuativi, il dipendente può riprendere il lavoro dopo essere stato sottoposto alla visita medica che ne verifica l'idoneità alla mansione.

D) *VISITE STRAORDINARIE*

E) *VISITE SU RICHIESTA DEL LAVORATORE*

F) *VISITE IN OCCASIONE DEL CAMBIO DELLA MANSIONE .*

Le visite di cui sopra, consistono nell'aggiornamento anamnestico e sono volte all'accertamento dell'eventuale evoluzione delle condizioni di particolare sensibilità al rischio e al rinnovo della informazione /formazione specifica.

Questionari :

Durante l'iter procedurale al lavoratore vengono somministrati i seguenti questionari :

AUDIT -alcohol Use Disorders Identification Test oppure

Test alcolimetrico (sospeso durante la pandemia da SARS CoV-).

Dichiarazione attestante le vaccinazioni effettuate .

Informativa per le lavoratrici in età fertile (dichiarazione obbligatoria per i lavoratori presso i siti di radiologia).

Questionario CEM per i lavoratori esposti al rischio campi elettromagnetici (RMN recente attività a 3 Tesla - NCH- Sala chirurgica).

Protocollo accertamenti di laboratorio.



Azienda Ospedaliero Universitaria
Policlinico "G. Rodolico - San Marco"
Catania

PO SAN MARCO
UFFICIO DEL MEDICO COMPETENTE
Staff Direzione Generale

Emissione del giudizio :

Nella espressione del giudizio di idoneità alla mansione, il MC deve uniformarsi, oltre che alle norme vigenti, alle evidenze scientifiche, alle linee guida delle società scientifiche ed al codice etico ICOH.

Dal punto di vista oggettivo vengono valutati i dati anamnestici, gli esami di laboratorio, eventuali approfondimenti strumentali richiesti e soprattutto il dato obiettivo rilevato durante la visita medica.

A termine di quanto sopra il mc esprimerà un giudizio che potrà essere di:

idoneità

idoneità parziale, temporanea o permanente, con prescrizioni o limitazioni.

inidoneità temporanea o permanente del lavoratore alla mansione

TRASMISSIONE DEL GIUDIZIO D'IDONEITA'.

Consegna del documento al lavoratore a termine della visita e trasmissione del giudizio al Datore di Lavoro e agli uffici preposti in formato digitale protetto da password.

SOPRALLUOGGHI -Visita agli ambienti lavorativi.

Dr Antonino Scaltrito
dirigente medico matr. 6533
Specialista in Medicina del Lavoro
Specialista in Medicina Interna
Medico Competente
PO San Marco

Ct 28 11 23



Azienda Ospedaliero Universitaria
Policlinico "G. Rodolico - San Marco"
Catania

P.O. SAN MARCO
UFFICIO DEL MEDICO COMPETENTE

UFFICIO DEL MEDICO COMPETENTE

COGNOME: _____ NOME _____

Data di nascita: _____

MATRICOLA: _____

CODICE FISCALE: _____

Richiesta Esami di Laboratorio

☐ Emocromocitometrico completo, Urine, Glicemia, Azotemia, Creatininemia, AST, ALT, Gamma-GT, Fosfatasi Alcalina, Protidogramma, VES, Trigliceridi, Colesterolo Totale, HDL e LDL.

☐ PSA Totale e libero

☐ Markers HBV ☐ Hbs-Ag

☐ Titolo HBs-Ab

☐ HCV-Ab

☐ HIV-Ab (firma di consenso) _____

☐ Reticolociti

☐ HbA1c

☐ Test Mantoux con lettura del diametro di indurimento dermico

☐ Quantiferon tb

☐ Bk urine (molecolare)

☐ Sierologia covid 19

☐ Mpr

Altro : _____

Firma
Il medico competente

Catania, li: _____

Allegato 3

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(art. 47, d.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato/a a _____ (____) il _____
(luogo) (prov.)

residente a _____ (____) in via _____ n. _____
(luogo) (prov.) (indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n.445, nel caso di dichiarazioni false e mendaci, in qualità di

- ☐ operatore scolastico in servizio presso _____
(istituto scolastico)
- ☐ operatore sanitario/socio sanitario in servizio presso _____
(azienda sanitaria)

Ai sensi e per gli effetti del decreto legge 7 giugno 2017, n.73, come convertito con modificazioni dalla legge 31 luglio 2017, n. 119, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di aver effettuato le seguenti vaccinazioni:

- | | |
|--|-----------------------------------|
| ☐ anti-poliomielitica | ☐ non ricordo |
| ☐ anti-difterica | ☐ non ricordo |
| ☐ anti-tetanica | ☐ non ricordo |
| ☐ anti-epatite B | ☐ non ricordo |
| ☐ anti-pertosse | ☐ non ricordo |
| ☐ anti-morbillo | ☐ non ricordo |
| ☐ anti-rosolia | ☐ non ricordo |
| ☐ anti-varicella | ☐ non ricordo |
| ☐ anti-parotite | ☐ non ricordo |
| ☐ anti Haemophilus Influenzae tipo B | ☐ non ricordo |
| ☐ anti-influenzale | ☐ non ricordo |
| ☐ anti-meningococcica C | ☐ non ricordo |
| ☐ anti-meningococcica B | ☐ non ricordo |
| ☐ anti-pneumococco | ☐ non ricordo |
| ☐ anti-epatite A | ☐ non ricordo |
| ☐ anti-papillomavirus | ☐ non ricordo |
| ☐ anti-herpes zoster | ☐ non ricordo |
| ☐ anti-rotavirus | ☐ non ricordo |
| ☐ anti-tbc | ☐ non ricordo |
| ☐ anti-covid ☐ 1° dose ☐ 2° dose | |
| ☐ 3° dose | |
| ☐ | |

(Luogo, data)

Il Dichiarante

Ai sensi dell'articolo 33 d.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata all'Ufficio competente unitamente a copia, fotostatica, non autenticata, di un documento d'identità del sottoscrittore ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003 n.196 recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti e, secondo quanto previsto dall'articolo 18 del d.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 saranno utilizzati esclusivamente per gli adempimenti richiesti dal decreto legge 7 giugno 2017 n. 73.

Questionario per lavoratori dei reparti RMN

- Ha mai subito incidenti stradali o di caccia ? sì ☐ no ☐
- E' stato vittima di trauma da esplosioni ? sì ☐ no ☐
- Ha subito interventi chirurgici su:
- | | | | | | |
|-----------|-----------------------------|-----------------------------|--------|-----------------------------|-----------------------------|
| testa | sì ☐ | no ☐ | collo | sì ☐ | no ☐ |
| torace | sì ☐ | no ☐ | addome | sì ☐ | no ☐ |
| estremità | sì ☐ | no ☐ | altro | sì ☐ | no ☐ |
- E' a conoscenza del fatto che deve utilizzare gli occhiali
e non le lenti a contatto quando entra in sala magnetica sì ☐ no ☐

E' portatore di.

- pace-maker cardiaco o altro tipo di cateteri cardiaci ? sì ☐ no ☐
- clips (punti metallici) su aneurismi (vasi sanguigni) aorta, cervello ? sì ☐ no ☐
- valvole cardiache sì ☐ no ☐
- distrattori (protesi) della colonna vertebrale ? sì ☐ no ☐
- pompa di infusione per insulina o altri farmaci ? sì ☐ no ☐
- corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito ? sì ☐ no ☐
- neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali ? sì ☐ no ☐
- catetere spinale o ventricolare (in pazienti affetti da idrocefalo) sì ☐ no ☐
- protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi articolari correttivi, ecc.) viti, chiodi, fili, ecc. sì ☐ no ☐
- eventuale localizzazione _____

- protesi dentarie fisse ? sì ☐ no ☐
- mobili ? sì ☐ no ☐
- protesi del cristallino sì ☐ no ☐
- schegge o frammenti metallici ? sì ☐ no ☐
- tatuaggi ? sì ☐ no ☐
- E' affetto da anemia falciforme ? sì ☐ no ☐
- E' sottoposto a dialisi ? sì ☐ no ☐

Per le donne

- E' in stato di gravidanza ? sì ☐ no ☐
- E' portatrice di dispositivi intrauterini (spirale) ? sì ☐ no ☐

Data _____

FIRMA _____