

**REGIONE CALABRIA**  
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE**  
**C R O T O N E**

**DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE**

**OGGETTO:** Attivazione procedura comparativa per attività di sorveglianza medica dei lavoratori esposti al rischio delle radiazioni ionizzanti

L'anno duemilaundici il giorno 12 OTT. 2011, nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone presso il Centro Direzionale "Il Granaio" Via M.Nicoletta

**IL DIRETTORE GENERALE**

**VISTA** la proposta di deliberazione formulata dall'Ufficio Affari Generali;

**PREMESSO:**

**CHE** la radioprotezione è una disciplina di tipo preventivo che ha l'obiettivo di preservare lo stato di salute dei lavoratori riducendo i rischi sanitari da radiazioni ionizzanti nelle diverse attività che comportano l'esposizione a tali radiazioni;

**CHE** sul piano operativo la figura professionale incaricata della sorveglianza medica della radioprotezione è il medico autorizzato, figura prevista dal D.Lgs 17.03.1995 n.230, che prevede l'applicazione di tale titolo solo a specialisti in medicina del lavoro, medicina nucleare o radiologia, previo superamento di un esame davanti ad apposita commissione ministeriale;

**CHE** il citato Decreto pone a carico del datore di lavoro l'obbligo di attuare le cautele di protezione e sicurezza dei lavoratori mediante il ricorso all'esperto sopra indicato;

**CHE** tale sorveglianza medica deve essere attuata semestralmente e consiste in una serie di atti medici specifici di natura diagnostica, prognostica e terapeutica e viene effettuata mediante valutazioni di varia natura;

**DATO ATTO** che sempre il D.Lgs. n.230/95 all'art.83 comma 6, precisa che, le funzioni di medico autorizzato non possono essere assolve dalla persona fisica del datore di lavoro né dai dirigenti che esercitano e dirigono l'attività disciplinata, né dai preposti che ad essa sovrintendono, né dagli addetti alla vigilanza di cui all'art.59 com.2

**PRESO ATTO**

**CHE** l'art.7, comma 6 del D.Lgs.30.03.2001 n.165, consente il conferimento di incarichi individuali ad "esperti di particolare e comprovata specializzazione anche universitaria", determinando preventivamente durata, luogo, oggetto e compenso della collaborazione;

**CHE** il D.P.R.17.02.1992 prevede espressamente che in alcune Aziende per il tipo di sorveglianza medica che viene richiesto a termini di legge, può risultare conveniente, ai fini di un'opportuna programmazione della spesa, concordare con il medico autorizzato una retribuzione forfettaria annuale che tenga conto dell'intero complesso delle singole voci considerate nel tariffario;

**RITENUTO** pertanto

-di attivare una procedura comparativa per la compilazione di una graduatoria da cui attingere per il conferimento di un incarico (ex art.7 com.6 e 6 bis, del D.Lgs. n.165/2001) di medico autorizzato per attività di sorveglianza medica dei lavoratori esposti al rischio di radiazioni ionizzanti classificati come lavoratori esposti di categoria A ;

-di individuare quale requisito indispensabile per la partecipazione all'attivanda procedura l'iscrizione nell'elenco nazionale dei medici autorizzati;

- di stabilire una base d'asta annua di Euro 10.000 per lo svolgimento di tutte le attività previste sull'avviso pubblico alla voce "Oggetto dell'Affidamento";
  - di determinare in anni 3 la durata dell'incarico con decorrenza orientativamente dal mese successivo alla stipula del contratto di prestazione d'opera intellettuale;
  - di approvare il conseguente avviso allegato alla presente deliberazione per costituirne parte integrante e sostanziale;
  - di delegare il Direttore dell'Ufficio Gestione Risorse Umane, espletata la procedura comparativa, all'adozione di tutti gli atti necessari alla stipula del contratto di prestazione d'opera intellettuale con il professionista che sarà individuato;
- VISTE** le leggi regionali e nazionali in materia;  
**ACQUISITO** il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

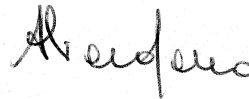
### DELIBERA

Per i motivi di cui in premessa che qui si intendono integralmente riportati e confermati:

- 1) di attivare una procedura comparativa per la formazione di una graduatoria da cui attingere per il conferimento di un incarico di medico autorizzato per attività di sorveglianza medica per i lavoratori esposti al rischio di radiazioni ionizzanti;
- 2) Di approvare il conseguente avviso allegato alla presente deliberazione e che ne costituisce parte integrante e sostanziale

Il Responsabile del procedimento:

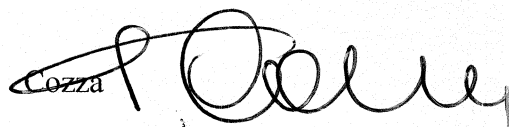
Dr.ssa Anna Giordano



PER IL PARERE DI COMPETENZA:

Il Direttore Amministrativo:

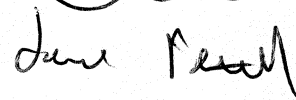
Dr. Giovanni



Il Direttore Sanitario

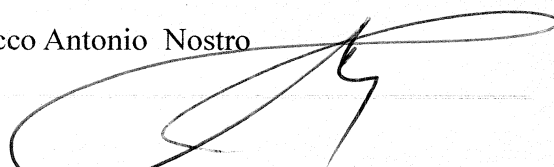
Dr. Francesco

Paravati



IL Direttore Generale

Prof. Dr. Rocco Antonio Nostro

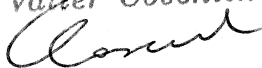


### UFFICIO AFFARI GENERALI CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente delibera è pubblicata nelle forme di legge all'Albo Pretorio dell'Azienda in data 12 OTT. 2011 con protocollo n° 107 ed ivi rimarrà per un periodo di dieci giorni

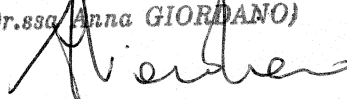
Crotone li 12 OTT. 2011

Il Responsabile del Procedimento

Valter Cosentino  


Il Direttore dell'Ufficio

Il Dirigente Amministrativo Responsabile  
(Dr.ssa Anna GIORDANO)



## AVVISO PUBBLICO PER SOLI TITOLI

**Avviso con procedura di valutazione comparativa per il conferimento di n.1 incarico professionale ex art.7 D.Lgs.n.165/01,per anni -- per lo svolgimento di attività di sorveglianza medica dei lavoratori esposti al rischio delle radiazioni ionizzanti,ai sensi dell'art.83 e segg.del D.L.230/95 e s.m.i.**

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone rende noto che ai sensi dei Decreti Legislativi n.230/1995 e n.187/2000 e s.m.i.ha indetto avviso pubblico per l'affidamento di numero 1 incarico professionale per la sorveglianza medica del personale in servizio presso le strutture sanitarie ospedaliere ed extraospedaliere ricadenti nel territorio dell'ASP di Crotone.

### **Requisiti di ammissione**

Per l'ammissione alla selezione per il conferimento dell'incarico occorre:

#### **requisiti generali**

1. essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli stati membri dell'Unione Europea;
2. godere dei diritti civili e politici;
3. non avere riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione,di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
4. non essere sottoposto a procedimenti penali;

#### **requisiti specifici**

- 1.Laurea in Medicina e Chirurgia;
- 2.Iscrizione all'Ordine dei Medici;
- 3.Iscrizione all'Albo Nazionale dei Medici autorizzati di cui al D.Lgs.n.230/95
- 4.Riconosciuta e documentata esperienza nell'attività attinente l'incarico con riferimento a quella svolta presso Aziende Sanitarie Pubbliche da almeno 3 anni;

Tutti i suddetti requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione della domanda di ammissione.

### **Domanda di ammissione**

La domanda unitamente ai documenti relativi ai successivi punti a),b),c),redatta in carta semplice,datata e firmata,indirizzata al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone – Via M.Nicoletta -Centro Direzionale “Il Granaio”-88900 Crotone, dovrà pervenire all'Ufficio Protocollo dell'ASP,esclusivamente a mezzo raccomandata A.R.,in busta chiusa e sigillata con ceralacca o nastro adesivo trasparente sui lembi di chiusura,recante la seguente dicitura: “Procedura Comparativa per incarico di Medico Autorizzato”,entro e non oltre il \_\_\_\_\_,pena l'esclusione.

### **Documentazione da allegare alla domanda**

Gli aspiranti interessati al conferimento dell'incarico devono inviare la documentazione sotto elencata:

- a) istanza di ammissione in conformità all'allegato 1)del presente avviso;
- b)curriculum formativo e professionale datato e firmato;
- c)offerta economica con sconto percentuale unico da applicare sull'importo annuo a base d'asta di E.10.000 (Diecimila)

**La domanda di ammissione deve essere redatta in forma di dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà.**

Alla domanda di partecipazione i candidati devono allegare:

- titolo di studio richiesto e documentazione comprovante il possesso dei requisiti specifici di

ammissione

- eventuali titoli e documenti attestanti l'attività svolta, formazione professionale acquisita ecc.;

- copia di un documento di identità in corso di validità.

**Tutti i titoli ed i documenti allegati dovranno essere prodotti in originale o in copia autenticata, ovvero autocertificati ai sensi del DPR n. 445/2000.**

### **Modalità affidamento incarico**

L'incarico, previo riscontro e/o verifica dei titoli di ammissione, sarà affidato in base al maggior ribasso percentuale sull'importo a base d'asta annuale di Euro 10.000 (diecimila). Si procederà al conferimento dell'incarico anche in presenza di un'unica offerta valida.

L'esito della procedura comparativa sarà recepito con apposita deliberazione di assegnazione che sarà pubblicata sul sito WEB dell'Azienda.

### **Oggetto dell'Affidamento**

Costituiscono oggetto del presente incarico

1. tutti gli adempimenti previsti dal D.L.n.230/95 e s.m.i. in materia di sorveglianza medica dei lavoratori dell'ASP di Kr esposti al rischio delle radiazioni ionizzanti variabile in funzione delle nuove assunzioni a tempo determinato o indeterminato, dei rapporti di collaborazione e libero professionali o delle cessazioni dal servizio
2. Effettuazione della visita medica preventiva ex art.84 D.Lgs.n.230/95, per l'idoneità all'esposizione alle radiazioni ionizzanti del personale;
3. Effettuazione delle visite periodiche e straordinarie ex art.85 D.Lgs.n.230/95;
4. Analisi dei rischi individuali connessi alla destinazione lavorativa e alle mansioni ai fini della programmazione di indagini specialistiche e di laboratorio atte a valutare lo stato di salute del lavoratore, anche attraverso accessi diretti negli ambienti di lavoro;
5. Istituzione e aggiornamento dei documenti sanitari personali e loro consegna all'ISPESL con le modalità previste all'art.90 del D.Lgs.n.230/95;
6. consegna al medico subentrante dei documenti sanitari personali nel caso di cessazione dell'incarico,
7. Consulenza al datore di lavoro per la messa in atto di infrastrutture e procedure idonee a garantire la sorveglianza medica dei lavoratori esposti, sia in condizione di lavoro normale che in caso di esposizioni accidentali o di emergenza;
8. Istituzione del documento sanitario personale per ciascun lavoratore.

Gli accessi presso le strutture, da effettuarsi con cadenza periodica, saranno concordati, nella modalità e nella tempistica, con la Direzione Sanitaria Aziendale, sentiti i responsabili delle singole UU.OO. che si avvarranno della collaborazione, il Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero di Kr e i Responsabili dei Distretti interessati.

Il professionista svolgerà l'attività professionale di cui sopra presso i locali individuati nei giorni e nelle ore che saranno concordate, comunque nel rispetto della periodicità stabilita sulla base di quanto previsto dalla normativa vigente.

### **Modalità di pagamento**

Il pagamento delle fatture trimestrali avverrà entro 90 (novanta) giorni dalla data di ricezione di ricezione delle stesse al protocollo generale dell'ASP. Il corrispettivo si riterrà comprensivo di trasferte e spese di viaggio.

### **Risoluzione del rapporto**

L'Azienda potrà risolvere la convenzione per inadempienza, con un preavviso di almeno 30 giorni, qualora i risultati delle prestazioni fornite dal professionista risultino non conformi a quanto richiesto nel contratto individuale ovvero del tutto insoddisfacenti.

Il rapporto si risolve comunque, senza necessità di preavviso, allo scadere del contratto.

Per eventuali informazioni gli interessati potranno rivolgersi all'Ufficio Affari Generali – tel.0962-924882 – Via M.Nicoletta Centro Direzionale “Il Granaio” Cotrone

Il Direttore Generale  
Prof.Dr.Rocco Antonio Nostro

## ALLEGATO 1

**Domanda di partecipazione alla procedura comparativa per il conferimento di incarico di “Medico autorizzato”.**  
di cui all'Avviso del \_\_\_\_\_

Spett.le ASP di Crotone

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

codice fiscale n. \_\_\_\_\_ Partita Iva n. \_\_\_\_\_ persona giuridica

### DICHIARA

che intende partecipare alla procedura comparativa in oggetto come (barrare l'ipotesi che ricorre):

persona fisica

persona giuridica

Solo il caso di persona giuridica indicare l'esperto qualificato: l'esperto qualificato è il dott. \_\_\_\_\_

A tal fine, il sottoscritto, consapevole del fatto che, in caso di mendace dichiarazione, verranno applicate nei suoi riguardi, ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti, oltre alle conseguenze amministrative previste per le procedure relative agli appalti di lavori pubblici;

### DICHIARA ALTRESI'

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n.445:

di essere cittadino italiano o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea;

di godere dei diritti civili e politici;

l'assenza nei propri confronti di condanne penali o di provvedimenti a carico riguardanti l'applicazione di misure di prevenzione, decisioni civili e provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;

di non avere in corso procedimenti penali pendenti collegati ad inadempienze nell'ambito della propria attività, per effetto dei quali possa conseguire l'inabilitazione all'esercizio dell'attività stessa;

l'insussistenza di incompatibilità circa l'esecuzione dell'attività di cui all'oggetto;

l'assenza di situazioni comportanti l'incapacità di contrarre con la Pubblica Amministrazione;

non aver subito da parte di una Pubblica Amministrazione, risoluzione di contratto per inadempimento negli ultimi cinque anni;

di essere in regola con le norme disciplinanti l'attività in oggetto;

di dare garanzia di reperibilità e copertura durante la prestazione da svolgere;

di avere visionato tutta la documentazione di procedura e di accettare, integralmente e senza riserve, le prescrizioni, condizioni ed oneri in essa contenuti;

di accettare, in caso di conferimento, l'eventuale nomina a “Incaricato esterno del trattamento dei dati” per il rispetto della riservatezza dei dati, situazioni o su quanto venga a conoscere in conseguenza dell'opera svolta, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, e di impegnarsi altresì a non divulgare detti elementi, anche al fine scientifico, senza un esplicito e preventivo assenso ;

DATA

FIRMA

N.B. La firma in calce alla dichiarazione dovrà essere accompagnata da fotocopia di valido documento di identità del dichiarante.

Allegato 2

## DICHIARAZIONE MEDICO AUTORIZZATO.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ Via  
\_\_\_\_\_ C.F. n \_\_\_\_\_

consapevole del fatto che, in caso di mendace dichiarazione, verranno applicate nei suoi riguardi, ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti, oltre alle conseguenze amministrative previste per le procedure relative agli appalti di lavori pubblici,

### DICHIARA:

- 1) di possedere i titoli di studio richiesti dal presente bando;
- 2) di essere iscritto all'Albo Nazionale dei Medici Autorizzati alla sorveglianza Medica dei lavoratori radioesposti di cui al D.Lgs. 230/1995;
- 3) l'insussistenza di errori o inadempienze nell'ambito della propria attività, per effetto dei quali ne sia conseguita l'inabilitazione all'esercizio dell'attività stessa;
- 4) l'insussistenza di incompatibilità circa l'esecuzione dell'attività di cui all'oggetto;
- 5) l'assenza di situazioni comportanti l'incapacità di contrarre con la Pubblica Amministrazione;
- 6) di non aver subito, da parte di una Pubblica Amministrazione, risoluzione di contratto per inadempimento negli ultimi cinque anni;
- 7) il possesso di capacità tecnico-professionale adeguata ai fini di una regolare esecuzione del servizio in oggetto;
- 8) di essere in regola con le norme disciplinanti l'attività in oggetto;
- 9) di dare garanzia della reperibilità e copertura durante la prestazione da svolgere;
- 10) di aver visionato tutta la documentazione di procedura e di accettarne integralmente e senza riserve le prescrizioni, condizioni ed oneri, in essa contenuti.
- 11) di accettare, in caso di conferimento, l'eventuale nomina a "Incaricato esterno del trattamento dei dati" per il rispetto della riservatezza dei dati, situazioni o su quanto venga a conoscere in conseguenza dell'opera svolta, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, e di impegnarsi altresì a non divulgare detti elementi, anche al fine scientifico, senza un esplicito e preventivo assenso ;

DATA

FIRMA

N.B. La firma in calce alla dichiarazione dovrà essere accompagnata da fotocopia di valido documento di identità del dichiarante.

**DICHIARAZIONE RELATIVA AL POSSESSO DI TITOLI VALUTABILI**

**PROCEDURA COMPARATIVA PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI MEDICO AUTORIZZATO PRESSO L'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI Crotone.**

Il/La sottoscritt\_ .....  
.....  
nat\_ il ..... a.....  
.....  
Residente in .....(prov. di .....)  
C.A.P.....  
Via .....  
N°.....  
tel ..... fax.....  
.....  
con codice fiscale n .....  
.....

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28/12/2000 n° 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo DPR, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, oltre alla sanzione dell'esclusione del concorrente dalla gara

**DICHIARA**

- di essere autore delle seguenti pubblicazioni scientifiche riguardanti la radioprotezione:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

di essere in possesso dei seguenti titoli professionali certificati da Istituti Universitari in ambito comunitario

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

di aver svolto esperienze professionali analoghe all'incarico da conferire per periodi pari all'anno o a frazione superiore a sei mesi:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

di \_\_\_\_\_

**DATA**

**FIRMA**

*N.B.*

**La dichiarazione deve essere corredata da fotocopia, non autenticata, di documento di identità del sottoscrittore**