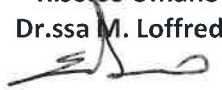
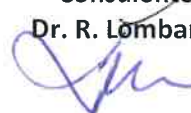


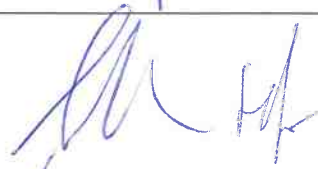
|                                                                                   |                                                                                                                                |                     |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------|
|  | S.S.N.REGIONE ABRUZZO<br>AZIENDA SANITARIA LOCALE LANCIANO-VASTO-CHIETI<br>SERVIZIO QUALITA' ED ACCREDITAMENTO                 | Rev.1<br>04/05/2015 | Pag. 1/11 |
|                                                                                   | PROCEDURA GENERALE PER L'ACCOGLIMENTO, ASSEGNAZIONE,<br>L'INSERIMENTO E LA VALUTAZIONE DEL PERSONALE<br>NEOASSUNTO/NEOINSERITO | PGSQA33             |           |

## INDICE

|                                               |       |
|-----------------------------------------------|-------|
| 1. PREMESSA E SCOPO .....                     | ..... |
| 2. CAMPO DI APPLICAZIONE.....                 | ..... |
| 3. RIFERIMENTI.....                           | ..... |
| 4. DEFINIZIONI .....                          | ..... |
| 5. RESPONSABILITA': .....                     | ..... |
| 6 DIAGRAMMA DI FLUSSO:.....                   | ..... |
| 7. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ.....            | ..... |
| 8 INDICATORI .....                            | ..... |
| 9 DOCUMENTAZIONE INTERNA DI RIFERIMENTO ..... | ..... |

| DATA       | DESCRIZIONE       | REDATTO<br>GDL | VERIFICATO<br>(SQA)                                                                                             | APPROVATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------|-------------------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 18/09/2012 | EMISSIONE (REV.0) | GDL            | DR.SSA A. RULLI                                                                                                 | DR. A. BUDASSI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 04/05/2015 | REVISIONE (REV.1) | GDL            | Dr.ssa M.B. DI SCIASCIO<br> | Direttore UOC<br>Risorse Umane<br>Dr.ssa M. Loffredo<br><br>RSPP Anna Suriani<br><br>Medico Competente<br>Coordinatore<br>Dott. G. Di Martino<br><br>Consulente<br>Dr. R. Lombardi<br><br>Direttore Generale<br>Dr.F.N. ZAVATTARO<br> |





Gruppo di Lavoro:

E. D'Amico, UOC Sviluppo Risorse Umane  
G. Di Martino, UOSD Medico Competente  
G. Ciffolilli, UOSD Medico Competente  
M. Barrella, SPP  
A. Suriani, SPP  
E. Loffredo, UOC Sviluppo Risorse Umane  
F. Giancristofaro, SAPS  
A.M. Abbonizio, SAPS  
V. Manso, Servizio Qualità, Accreditamento e Rischio Clinico  
A. Di Girolamo, Servizio Qualità, Accreditamento e Rischio Clinico

## 1. PREMESSA E SCOPO

Nelle Organizzazioni Sanitarie il Personale costituisce una risorsa chiave. La sua gestione è fattore critico di successo ed occasione di sviluppo. Al riguardo l'ASL Lanciano-Vasto-Chieti ritiene strategico, nella fase d'ingresso, presidiare tutti gli aspetti dell'accoglienza, assegnazione, inserimento e valutazione del Neoassunto/Neoinserito.

Per favorire l'orientamento ed il rapido inserimento lavorativo del Personale neoassunto, si rileva l'esigenza di standardizzare un **Percorso** che consenta l'acquisizione degli schemi di funzionamento, delle regole, delle interazioni operative e degli obiettivi aziendali nonché delle aspettative dei Professionisti evitando, di fatto, i disagi tipici ben evidenziati in letteratura.

Lo scopo della presente Procedura è:

- assicurare la tutela della sicurezza, della salute e del benessere del lavoratore;
- assicurare che le attività di accoglimento, inserimento ed addestramento vengano gestite secondo un programma prestabilito che preveda la chiara definizione della sequenza degli eventi e degli argomenti da trattare, della relativa durata e delle specifiche responsabilità e modalità di attuazione e valutazione in itinere e finale;
- indirizzare il Professionista al riconoscimento delle proprie attitudini, alla consapevolezza delle proprie criticità e alla discussione di eventuali problemi incontrati nello svolgimento del nuovo lavoro e facilitarne l'inserimento;
- dare informazioni complete sull' Organizzazione Aziendale;
- indirizzare il Dirigente Delegato/Coordinatore del Dipartimento/Preposto/coordinatore dell'Unità Operativa/Servizio:
  - ad una conoscenza approfondita dei propri collaboratori;
  - all'impiego migliore delle capacità, delle conoscenze e delle inclinazioni dei propri collaboratori;
  - alla valorizzazione del contributo professionale della risorsa in ingresso;
  - ad una mirata azione formativa eventualmente richiesta/necessaria;
- rendere sistematico ed oggettivo il percorso di valutazione del personale neo inserito.

## 2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La Procedura si applica a tutti i Lavoratori della ASL Lanciano-Vasto-Chieti neoassunti/neoinseriti, ivi compresi quelli acquisiti per

- Mobilità dall'esterno
- Mobilità interna ordinaria
- Mobilità d'ufficio

ed anche con contratto a "tempo determinato", borse di studio, lavoro in somministrazione, volontari, etc...

## 3. RIFERIMENTI

- Legge n. 42/1999
- Legge n. 251/2000
- CCNL vigenti
- CIA ex ASL Chieti-Lanciano-Vasto
- Manuale di Accreditamento Regione Abruzzo
- D.Lgs. 81/2008
- Accordi Stato-Regione in materia di formazione e tutela della salute e sicurezza dei luoghi di lavoro

#### 4. DEFINIZIONI

**Neoassunto:** Professionista che è stato assunto da poco in un posto di lavoro.

**Neoinserito:** Professionista trasferito da altra U.O./Dipartimento.

**Accoglienza:** insieme delle iniziative attuate dai Dipartimenti delle Risorse Umane e delle Professioni Sanitarie per consentire al Neoassunto di avere le informazioni necessarie al suo rapido ed efficace inserimento all'interno dell'Organizzazione Aziendale. L'accoglienza comprende, inoltre, l'insieme di procedure che consentono all'Azienda di valutare le potenzialità e le esperienze del Professionista.

**Assegnazione:** processo che ha l'obiettivo di garantire l'assegnazione secondo criteri di indirizzi aziendali, di priorità e di valorizzazione del Professionista.

**Inserimento:** percorso di acquisizione di conoscenze nuove, specifiche e di adattamento progressivo al lavoro di equipe.

**Addestramento Professionale:** periodo di affiancamento ad un Operatore Esperto per l'apprendimento delle modalità di esecuzione delle particolari attività.

**Valutazione:** analisi del Curriculum Professionale e del percorso/addestramento sulla base di criteri predefiniti atti a valutare l'acquisizione delle Competenze.

**Tutor:** Professionista Sanitario Esperto responsabile dell'addestramento del neoassunto con funzione di facilitatore.

**Mobilità esterna:** Istituto Contrattuale che regola il passaggio, tra Enti del SSN, del Personale dell'Area del Comparto, in servizio con rapporto di lavoro a tempo indeterminato.

**Mobilità interna ordinaria e d'ufficio:** Istituto Contrattuale che regola il passaggio del Personale dell'Area del Comparto, in servizio con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, all'interno dell'Organizzazione Aziendale, a seguito di esigenze particolari.

**Contratto a Tempo determinato:** Tipologia contrattuale a scadenza.

#### ABBREVIAZIONI

|       |                                                |
|-------|------------------------------------------------|
| ASL   | Azienda Sanitaria Locale                       |
| DG    | Direzione Generale                             |
| SAPS  | Servizio Aziendale Professioni Sanitarie       |
| SQA   | Servizio Qualità e Accreditamento              |
| SPP   | Servizio Prevenzione e Protezione              |
| R     | Responsabile                                   |
| UO    | Unità Operativa                                |
| DMP   | Direzione Medica di Presidio                   |
| MC    | Medico Competente                              |
| MA    | Medico Autorizzato                             |
| C-UO  | Coordinatore Unità Operativa                   |
| RAG   | Responsabile dell'Ambito Geografico delle PS   |
| C-Dip | Coordinatore Dipartimento delle PS             |
| C-UO  | Coordinatore Unità Operativa delle PS          |
| Tutor | Professionista con la funzione di facilitatore |

## 5. RESPONSABILITA':

### **Direzione Strategica/Direttore Dipartimento/SAPS/Dirigente Delegato:**

- È responsabile della determinazione del fabbisogno e dei conseguenti processi;
- Conduce il colloquio preliminare con il neoassunto;
- Stabilisce l'assegnazione del neoassunto (per il comparto in collaborazione con i RAG);
- Tiene e supervisiona i dati d'assunzione;
- Illustra le politiche e strategie Aziendali;
- Riceve ed elabora i Questionari di Qualità percepita.

### **Servizio Prevenzione e Protezione (SPP)**

- In fase preassuntiva fornisce informazioni in materia di tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro di cui all'art. 36 del D.Lgs. e in materia di emergenza, primo soccorso, prevenzione e lotta antincendi di cui agli art. 43-46 del D.Lgs. 81/2008, rilasciando, previo test finale, attestazione di informazione .
- Programma la formazione e l'addestramento specifico in materia di tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro di cui agli artt. 37 e 73 del D.Lgs 81/08 e conformemente agli accordi della conferenza stato-regione del 21/12/11, 22/2/12 e 25/7/12 da effettuarsi entro 60 gg dalla data di assunzione.
- Rilascia i prescritti attestati di avvenuta formazione ai sensi del D.Lgs. 81/2008, in conformità ai suddetti accordi

### **Medico Competente**

- Effettua la visita preassuntiva al fine di valutare l'idoneità alla mansione specifica in relazione all'assegnazione (art. 41 comma a L. Dls. 81);
- E' responsabile della custodia della documentazione sanitaria del personale di cui al D.Lgs.81.

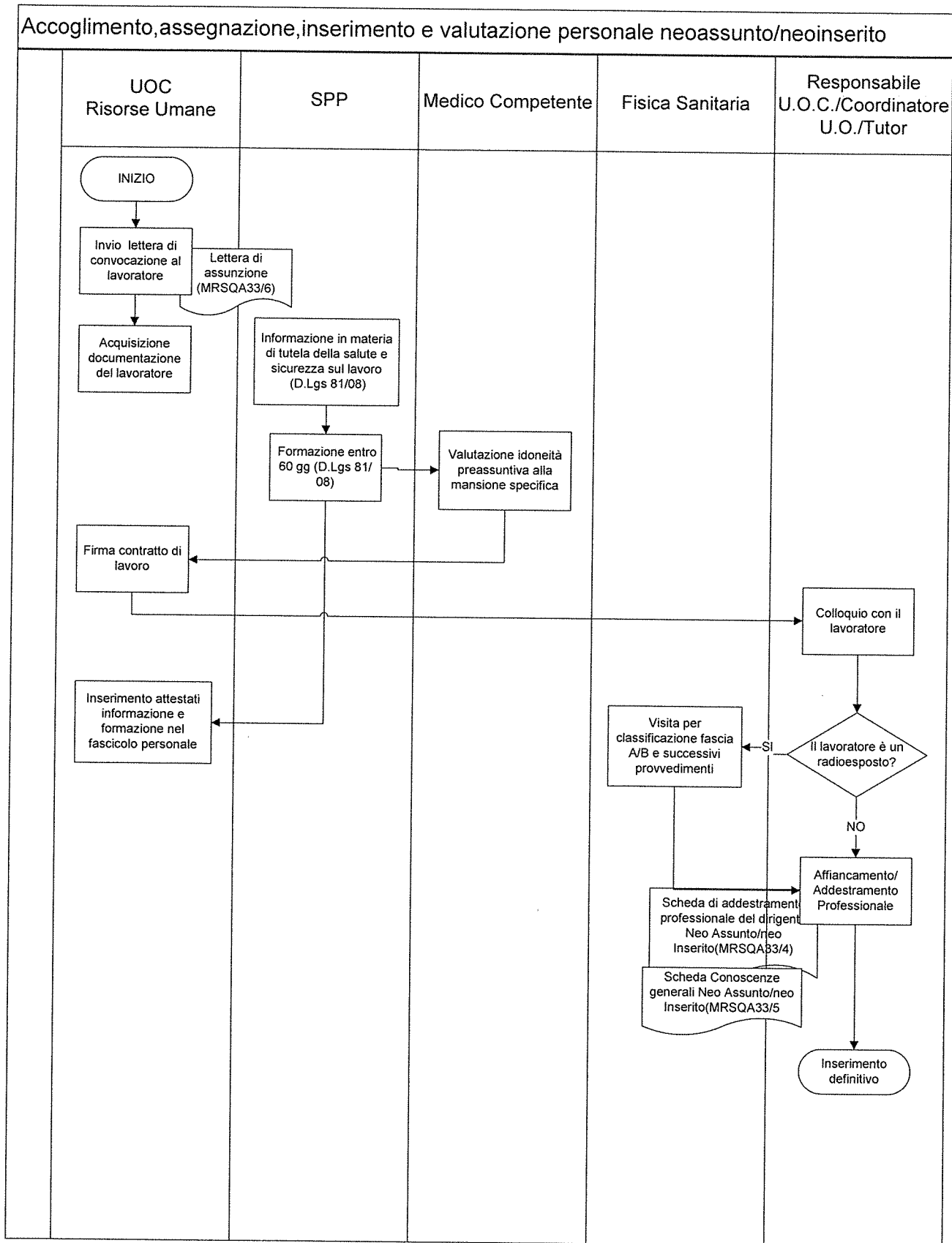
### **Dirigente Delegato/Preposto/Tutor**

- Illustrano il servizio;
- garantiscono il tutoraggio;
- provvedono alla adozione di specifico programma d'inserimento/addestramento professionale in collaborazione con RAG;
- provvedono alle valutazioni in itinere e finale.

### **Responsabile dell'Ambito Geografico (RAG)**

- gestisce il colloquio informativo;
- tiene l'archivio delle schede dei colloqui (MRSQA33/1)
- rende operativa l'assegnazione;
- cura gli adempimenti relativi alla presa di servizio.

## 6 DIAGRAMMA DI FLUSSO:



## 7. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

### 7.1. Percorso amministrativo-sanitario per l'assunzione

La UOC Risorse umane, una volta terminate le procedure di reclutamento, invia una lettera di convocazione con indicate le istruzioni per espletare gli adempimenti prodromici all'assunzione come da Modello Allegato che individua gli adempimenti inderogabili che devono essere perfezionati nella fase preassuntiva a cura del neoassunto, presso gli uffici: 1) Risorse umane, 2) Servizio Prevenzione e Protezione, 3) UOSD Medico Competente.

Come di seguito analiticamente descritto.

Ai fini della stipula del contratto individuale di lavoro, è necessaria la seguente documentazione come da MRSQA33/6:

- dichiarazione sostitutiva di certificato di trattamento economico più copia cedolino ultimo stipendio (solo se dipendente a tempo indeterminato presso altra struttura pubblica);
- dichiarazioni sostitutive di certificazioni (debitamente compilate);
- copia titolo di studio (diploma, laurea, specializzazione, etc ... );
- copia del documento di riconoscimento e del codice fiscale;
- numero e decorrenza iscrizione albo Professionale (ove esistente);
- eventuale attestato relativo alla pregressa formazione in materia di tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro
- esami per la visita medica preassuntiva.

#### UOC risorse umane

Invia la lettera di assunzione (MRSQA33/6), accoglie il neoassunto per acquisire la documentazione amministrativa richiesta e al termine dell'iter di assunzione:

- consegna al neoassunto l'informativa sull'orario di servizio e lo informa sul Contratto Integrativo Aziendale (CIA).
- Fa leggere e firmare all'interessato il contratto individuale (successivamente disponibile in copia originale).
- Rilascia copia del Codice di Comportamento Comparto/Dirigenza.
- Rilascia copia della "Guida per il Neoassunto"
- Fornisce il modulo e le istruzioni per l'accesso al portale AUSL – Servizi ai Dipendenti.
- Fa sottoscrivere l'avvenuta informativa sul TFR e sull'indennità di disoccupazione.
- Acquisisce tutte le informazioni utili alla costruzione del profilo economico individuale e delle modalità di liquidazione dello stipendio (assegni familiari, detrazioni fiscali, codice IBAN, dichiarazione contributiva, dichiarazione ONAOSI).
- Fornisce il badge.
- In caso di residenza esterna all'ASL Lanciano Vasto Chieti, richiede al neo-assunto quale sia la propria ASL di appartenenza.

#### Servizio Prevenzione e Protezione (SPP)

- In fase preassuntiva fornisce informazioni in materia di tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro di cui all'art. 36 del D.Lgs. e in materia di emergenza, primo soccorso, prevenzione e lotta antincendi di cui agli art. 43-46 del D.Lgs. 81/2008, rilasciando, previo test finale, attestazione di informazione .
- Programma la formazione e l'addestramento specifico in materia di tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro di cui agli artt. 37 e 73 del D.Lgs 81/08 e conformemente agli accordi della conferenza stato-regione del 21/12/11, 22/2/12 e 25/7/12 da effettuarsi entro e non oltre 60 gg dalla data di assunzione.
- Rilascia i prescritti attestati di avvenuta formazione ai sensi del D.Lgs. 81/2008, in conformità ai suddetti accordi.

Gi attestati, sia di informazione che di formazione, vanno obbligatoriamente consegnati sia all'U.O. di assegnazione che alla UOC risorse umane ai fini dell'inserimento nel fascicolo personale.

### **Medico Competente**

- Esprime un giudizio sulla idoneità alla mansione specifica compilando apposito certificato di idoneità preassuntiva;
- invia il certificato di idoneità al Datore di Lavoro/Dirigente delegato;
- archivia la documentazione sanitaria personale.

### **Personale Radioesposto**

- Il Direttore di U.O in caso di radio esposizione invia il lavoratore alla U.O. Fisica Sanitaria per la classificazione , il quale, a seconda della classificazione, invierà il dipendente:
  - Fascia A a visita al Medico Autorizzato
  - Fascia B a visita dal Medico Competente

### **7.2. Fase di accoglimento e inserimento del neo assunto - DIRIGENZA SANITARIA E DIRIGENZA MEDICA**

Il neoassunto dopo aver terminato l'iter preassuntivo e firmato il contratto di lavoro viene inviato alla UOC di destinazione dove effettua un colloquio con il Direttore/Responsabile UOC finalizzato a:

- Raccogliere informazioni: esperienziali, attitudinali, relative alle abitudini lavorative oltre a quelle meramente amministrative;
- Realizzare la valutazione iniziale sulla base dei riscontri acquisiti nel corso del colloquio;
- Orientare il neoassunto/inserito rispetto all'organizzazione aziendale e rispetto al proprio ruolo e alle responsabilità conseguenti;
- Fornire le informazioni necessarie sulle caratteristiche strutturali, funzionali, le norme e i regolamenti interni e i servizi offerti.

Il Dirigente dell' U.O. prende in carico il neo-assunto e gli assegna un tutor per la valutazione dell'addestramento/inserimento professionale del neoassunto.

Acquisisce:

- la certificazione di idoneità rilasciata dal Medico Competente;
- per i radioesposti acquisisce la classificazione effettuata dall'U.O. Fisica Sanitaria e il giudizio del Medico Competente (fascia B) medico Autorizzato (fascia A);
- attestati di informazione e formazione in materia di tutela della salute e sicurezza dei lavoratori;
- compila la "Scheda Conoscenze Generali Neo Assunto/ Neo Inserito MRSQA33/5
- durante il periodo di prova affianca i neo-assunti con un Tutor, il quale alla fine del periodo di prova compila la "Scheda di addestramento professionale del Dirigente Neo Assunto/ Neo Inserito MRSQA33/4";
- trasmette all'U.O. Risorse Umane la scheda di valutazione del periodo di prova,

Le schede vengono conservate a cura del Direttore o suo delegato.



### 7.3. Personale sanitario neoassunto - NON DIRIGENTE -

#### 7.3.1 Accoglienza

##### SAPS:

- informa, il neoassunto, sulla procedura per l'inserimento;
- aggiorna l'elenco dei neoassunti, per ruoli ed incarichi;
- elabora ed archivia la scheda personale (MRSQA33/1) e qualità percepita (MRSQA33/3)
- stima le potenzialità, le eventuali esperienze maturate in altre sedi e le valutazioni del percorso di inserimento in itinere e finali.
- Informa sui regolamenti ed i servizi forniti dall'Azienda.

#### 7.3.2 Assegnazione

##### Il SAPS in collaborazione con i responsabili dell'ambito geografico (RAG):

- valuta il curriculum professionale;
- valuta attitudini, capacità, competenze, aspettative, fattori residenziali e di organizzazione familiare;
- personalizza il percorso di inserimento/formativo/addestramento professionale necessario;
- compila, insieme al professionista, la *scheda personale* (MRSQA33/1), per la raccolta di informazioni generali riguardanti esperienze formative e professionali;
- indirizza l'assegnazione prioritariamente sulla base di criticità organizzative, non trascurando criteri di valorizzazione professionale ed aspettative personali;
- nel caso di un neoinserto invia la comunicazione della nuova assegnazione al Dirigente delegato della nuova U.O. il quale avrà cura di chiedere al MC la visita preventiva di assegnazione alla mansione specifica;
- per le procedure di comunicazione di presa servizio si fa riferimento alla procedura interna SAPS "Percorso assegnazione, presa di servizio personale appartenente alle professioni sanitarie e comunicazione all'UOC risorse umane" e relativa modulistica (Prot. 213 8/6/12)
- stima le potenzialità, le eventuali esperienze maturate in altre sedi e le valutazioni del percorso di inserimento in itinere e finali;
- informa sui regolamenti ed i servizi forniti dall'azienda;
- assegna all'Unità Operativa;
- accompagna il neo-assunto presso l'U.O. di assegnazione;

#### 7.3.3 Inserimento nella destinazione (Struttura):

##### Il RAG dell'ambito geografico

- effettua la presentazione dei servizi aziendali:
  - mensa (se presente)
  - guardaroba
  - parcheggio
- consegna:
  - le chiavi dell'armadietto personale
  - il cartellino identificativo
  - il contrassegno per il parcheggio (se presente)
- fornisce indicazioni:
  - sull'utilizzo del servizio "lavanolo"

### 7.3.4 Inserimento nel Dipartimento/U.O./Servizio:

#### Il RAG in collaborazione con i coordinatori delle UU.OO. afferenti:

- definisce il percorso formativo professionale;
- presenta e spiega il percorso di inserimento – valutazione (in itinere e finale)
- illustra i regolamenti, le procedure generali, l'organizzazione, gli obiettivi, i rapporti funzionali e gerarchici che regolano il dipartimento/UU.OO.;
- illustra le attività specifiche delle UU.OO. afferenti;
- concorda il percorso di adattamento, progressivo, all'interno del "processo produttivo" della U.O. assegnata;
- ascolta/valuta le aspettative del professionista.

### 7.3.5 Addestramento Professionale

#### Il coordinatore dell'U.O. ricevente, individua il/i tutor ed in collaborazione con lo stesso:

- compila la "Scheda Conoscenze Generali Neo Assunto/ Neo Inserito (MRSQA33/5)
- attiva il periodo di affiancamento finalizzato all'apprendimento delle modalità pratiche di esecuzione delle attività;
- compila la scheda di inserimento neoassunto (Modello MRSQA33/2 x,y,z ...) integrandola con le competenze tecniche specifiche dell'U.O. e con le attrezzature e gli strumenti diagnostico- terapeutici che il neoassunto deve conoscere.

NB: ulteriori schede di inserimento per aree specifiche potranno essere predisposte in funzione al piano delle assunzioni.

#### Durata dell'Inserimento/Addestramento Professionale:

La fase di inserimento/addestramento professionale ha una durata complessiva di cinque (5) mesi ed è divisa in due fasi:

1. una fase iniziale con valutazione in itinere della durata massima di tre (3) mesi;
2. una fase conclusiva, con valutazione finale, della durata di due (2) mesi.

#### 1. Fase iniziale:

Il coordinatore di U.O. in collaborazione con il Tutor:

- valuta il raggiungimento degli obiettivi prefissati nel percorso di inserimento, attraverso la compilazione della scheda MRSQA33/2 x,y,z e la condivide con il neoassunto;
- informa, tempestivamente, il SAPS dell'esito della valutazione in itinere sia che essa risulti positiva sia che risulti negativa.

I tempi che intercorrono tra la valutazione in itinere e quella conclusiva sono tali da consentire al coordinatore, al tutor, al RAG e al responsabile SAPS eventuali interventi di supporto qualora, nel corso della valutazione intermedia, emergano difficoltà nel raggiungimento degli obiettivi prefissati e condivisi.

#### 2. fase conclusiva:

Il coordinatore di U.O. in collaborazione con il tutor:

- effettua la valutazione finale;
- consegna la scheda qualità percepita al neoassunto (MRSQA33/3);
- consegna al SAPS la scheda di inserimento neoassunto e la scheda qualità percepita compilate.

Per il neoinserto, il tutor definisce il percorso in funzione delle pregresse esperienze dandone evidenza sulla scheda di inserimento neoassunto (MRSQA33/2).

Alla fine del periodo di inserimento viene redatta per ciascun operatore ad opera delle posizioni organizzative "area infermieristica", "area dei tecnici sanitari", "area ostetriche" una scheda di addestramento professionale che, partendo dai profili iniziali, delinea il futuro percorso formativo in coerenza con le strategie aziendali al fine della crescita delle competenze tecnico-professionali.

|                                                                                                                          |                     |         |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------|------------|
| PROCEDURA GENERALE PER L'ACCOGLIMENTO, ASSEGNAZIONE, L'INSERIMENTO E LA VALUTAZIONE DEL PERSONALE NEOASSUNTO/NEOINSERITO | Rev.1<br>04/05/2015 | PGSQA33 | Pag. 10/11 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------|------------|

## 8 INDICATORI

| Indicatore                                                                                                               | Responsabile                                                     | Frequenza Rilevazione | Fonte                                         | Standard |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------|----------|
| Numero neoassunti informati della procedura di inserimento– valutazione/Numero totale neoassunti o di nuova assegnazione | Responsabile SAPS                                                | annuale               | Scheda di gradimento dell’inserimento         | 100%     |
| Numero di schede con valutazione negativa/ numero totale neoassunti                                                      | Responsabile SAPS/Dirigente Delegato                             | annuale               | Schede periodi di prova                       | <10%     |
| Numero di lter completi d’inserimento/numero totale neoassunti nel dipartimento                                          | Coordinatore Dipartimento/U.O./Servizio/Tutor                    | annuale               | Schede archiviate                             | >70%     |
| Numero contestazioni delle valutazioni/ Numero totali schede di valutazioni                                              | Coordinatore/Tutor                                               | annuale               | Contestazioni scritte e schede di valutazione | <20%     |
| Numero scheda qualità percepita positivi/numero neoassunti                                                               | Responsabile SAPS/ Coordinatore Dipartimento/U.O./Servizio/Tutor | annuale               | Scheda di gradimento dell’inserimento         | > 80%    |

## 9 DOCUMENTAZIONE INTERNA DI RIFERIMENTO

Atto Aziendale

Regolamento sicurezza sul lavoro

Scheda personale (MRSQA33/1)

Scheda inserimento neoassunto (MRSQA33/2 x,y,z)

Elenco Schede di inserimento (TABSQA33/1)

Scheda qualità percepita (MRSQA33/3)

Scheda Conoscenze Generali Neo Assunto/ Neo Inserito (MRSQA33/5)

Scheda di addestramento professionale dirigente neo assunto/inserito (MRSQA33/4)

Procedura interna SAPS “Percorso assegnazione, presa di servizio personale appartenente alle professioni sanitarie e comunicazione all’UOC risorse umane” e relativa modulistica (Prot. 213 8/6/12)

Guida per il Neoassunto

Lettera di assunzione (MRSQA33/6)

|                                                                                   |                                                                          |                   |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------|
|  | S.S.N. REGIONE ABRUZZO<br>AZIENDA SANITARIA LOCALE LANCIANO-VASTO-CHIETI | Rev. 0<br>18/9/12 | Pag. 1/2  |
|                                                                                   | SCHEDA PERSONALE                                                         |                   | MRSQA33/1 |

|                               |               |                |
|-------------------------------|---------------|----------------|
| <b>Cognome:</b>               |               |                |
| <b>Nome:</b>                  |               |                |
| <b>Nata/o:</b>                | <b>Prov.:</b> | <b>il:</b>     |
| <b>Titolo/Laurea in:</b>      |               |                |
| <b>Università:</b>            |               | <b>Master:</b> |
|                               |               | <b>Voto:</b>   |
| <b>Esperienze lavorative:</b> |               |                |
| 1.                            |               |                |
| 2.                            |               |                |
| 3.                            |               |                |
| 4.                            |               |                |
| 5.                            |               |                |
| <b>RECAPITI:</b>              |               |                |

| TIPOLOGIA RAPPORTO DI LAVORO<br>Matricola:                                                                          |                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TEMPO INDETERMINATO dal:</b><br>VALUTAZIONE: a 3 MESI <input type="checkbox"/> a 5 MESI <input type="checkbox"/> | <b>Esito periodo di prova:</b><br>Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/><br>Data: |
| <b>TEMPO DETERMINATO dal:</b> al:                                                                                   |                                                                                                                |
| PRIMO INCARICO <input type="checkbox"/> SECONDO INCARICO <input type="checkbox"/> ALTRO:                            |                                                                                                                |
| VALUTAZIONE: a ___ MESI <input type="checkbox"/> a ___ MESI <input type="checkbox"/>                                |                                                                                                                |
| <b>MOBILITA' dall'U.O.</b> all'U.O.                                                                                 |                                                                                                                |
| VALUTAZIONE: a ___ MESI <input type="checkbox"/> a ___ MESI <input type="checkbox"/>                                |                                                                                                                |




| ANNO                        | N° Crediti<br>ECM | Pubblicazioni        | SI N° : _____ si allega documentazione: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no<br>NO |
|-----------------------------|-------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anno<br>_____               |                   | <b>Assegnazione:</b> | Area Territoriale:                                                                                    |
| Anno<br>_____               |                   |                      | Dipartimento:                                                                                         |
| Anno<br>_____               |                   |                      | Unità Operativa:                                                                                      |
| Anno<br>_____               |                   | <b>NOTE:</b>         |                                                                                                       |
| Anno<br>_____               |                   |                      |                                                                                                       |
| LEGGE N°194/78<br><br>SI NO |                   |                      |                                                                                                       |

**Data:**

Responsabile SAPS:

Responsabile Area Geografica:

**A CURA DEL DIPENDENTE:**

• RICHIESTA DI ASSEGNAZIONE:

DIPARTIMENTO:

U.O.:

• LE SONO STATE FORNITE SUFFICIENTI INFORMAZIONI SU:

- |                                    |       |
|------------------------------------|-------|
| ○ ORGANIZZAZIONE AZIENDALE         | SI NO |
| ○ CONTRATTO INTEGRATIVO AZIENDALE  | SI NO |
| ○ PROCEDURA D'INSERIMENTO          | SI NO |
| ○ TEMPO E TIPOLOGIA DI VALUTAZIONE | SI NO |

**Data:**

**Il Dipendente:**

|                                                                                   |                                                                                        |                                 |                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------|
|  | <b>S.S.N. REGIONE ABRUZZO</b><br><b>AZIENDA SANITARIA LOCALE LANCIANO-VASTO-CHIETI</b> | <b>Rev. 0</b><br><b>18/9/12</b> | <b>Pag. 1/3</b> |
|                                                                                   | <b>SCHEDA inserimento neoassunto - area degenza</b>                                    | <b>MRSQA33/2a</b>               |                 |

|                      |                   |
|----------------------|-------------------|
| <b>Cognome:</b>      |                   |
| <b>Nome:</b>         |                   |
| <b>Matricola:</b>    | <b>Struttura:</b> |
| <b>Dipartimento:</b> |                   |
| <b>U.O.:</b>         |                   |

| <b>TIPOLOGIA RAPPORTO DI LAVORO</b>                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TEMPO INDETERMINATO dal:</b><br><b>VALUTAZIONE: a 3 MESI <input type="checkbox"/> a 5 MESI <input type="checkbox"/></b>                                                                                                                                   | <b>Esito periodo di prova:</b><br><b>Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/></b><br><b>Data:</b> |
| <b>TEMPO DETERMINATO dal:</b> _____ <b>al:</b> _____<br><b>PRIMO INCARICO <input type="checkbox"/> SECONDO INCARICO <input type="checkbox"/> ALTRO:</b> _____<br><b>VALUTAZIONE: a ___ MESI <input type="checkbox"/> a ___ MESI <input type="checkbox"/></b> |                                                                                                                              |
| <b>MOBILITA' dall'U.O.</b> _____ <b>all'U.O.</b> _____<br><b>VALUTAZIONE: a ___ MESI <input type="checkbox"/> a ___ MESI <input type="checkbox"/></b>                                                                                                        |                                                                                                                              |

- Il valutatore del Processo è il Coordinatore, l'attore principale è il Neoassunto.
  - Il Neoassunto sarà affiancato da un Tutor esperto.
  - La Procedura prevede due valutazioni a 3 e 5 mesi con relativo colloquio nel quale verrà considerato lo stato di raggiungimento degli obiettivi ed il Neoassunto compilerà la Scheda Qualità Percepita (MRSQA33/3).




| PERCORSO INSERIMENTO                                                                                                                          | Tempistica | VALUTAZIONE<br>(I, S, D, O)* | Note |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------|------|
| <b>CONOSCENZE</b>                                                                                                                             |            |                              |      |
| LINGUAGGIO TECNICO SCIENTIFICO<br>VERBALE/SCRITTO                                                                                             |            |                              |      |
| MODELLI ORGANIZZATIVI                                                                                                                         |            |                              |      |
| PROFILI ED AMBITI PROFESSIONALI                                                                                                               |            |                              |      |
| REGOLAMENTI AZIENDALI/U.O.                                                                                                                    |            |                              |      |
| PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE DELL'U.O.                                                                                                      |            |                              |      |
| D.LGS. 81/08 E SMI: CONOSCENZA E GESTIONE<br>DEI DPI                                                                                          |            |                              |      |
| USO DEL SISTEMA INFORMATICO                                                                                                                   |            |                              |      |
| LOGISTICA DELLE PRINCIPALI ATTIVITA' (LOCALI<br>U.O., AMBULATORI, SERVIZI, ECC.)                                                              |            |                              |      |
| <b>COMPETENZE TECNICO-PROFESSIONALI</b>                                                                                                       |            |                              |      |
| INDIVIDUARE I BISOGNI E LE PRIORITA' DI<br>INTERVENTO                                                                                         |            |                              |      |
| PIANIFICARE IL LAVORO E VERIFICARE I<br>RISULTATI                                                                                             |            |                              |      |
| APPROPRIATO UTILIZZO DELLE PROCEDURE ED<br>ISTRUZIONI OPERATIVE                                                                               |            |                              |      |
| IDENTIFICARE I RISCHI CORRELATI ALL'ATTIVITA'<br>PROFESSIONALE                                                                                |            |                              |      |
| VALUTARE/GESTIRE/CONTROLLARE LE<br>EMERGENZE-URGENZE                                                                                          |            |                              |      |
| GESTIONE DOCUMENTAZIONE CLINICA ED<br>INFERMIERISTICA                                                                                         |            |                              |      |
| GESTIONE FARMACI E TERAPIA                                                                                                                    |            |                              |      |
| GARANTIRE LO STANDARD IGIENICO-<br>AMBIENTALE (LOCALI, BIANCHERIA,<br>ATTREZZATURE, RIFIUTI) E LA STERILITA' DEI<br>PRESIDI MEDICO CHIRURGICI |            |                              |      |
| CAPACITA' DI APPLICARE LE COMPETENZE<br>TECNICHE SPECIFICHE:<br><br>_____<br>_____<br>_____<br>_____                                          |            |                              |      |
| UTILIZZO ATTREZZATURE E STRUMENTI<br>DIAGNOSTICO TERAPEUTICI IN DOTAZIONE<br>ALL'U.O.:<br><br>_____<br>_____<br>_____<br>_____                |            |                              |      |

| PERCORSO INSERIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Tempistica | VALUTAZIONE<br>(I, S, D, O)* | Note |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------|------|
| CAPACITA' E DISPONIBILITA'<br>ALL'INSEGNAMENTO/TUTORING/<br>SUPERVISIONE PERSONALE DI SUPPORTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |                              |      |
| CAPACITA' DI IDENTIFICARE IL PROPRIO<br>BISOGNO FORMATIVO E DI PARTECIPARE AI<br>CORSI ECM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |            |                              |      |
| <b>RELAZIONE E COMUNICAZIONE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                              |      |
| CAPACITA' DI FORNIRE INFORMAZIONI<br>CORRETTE SULLA U.O.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |                              |      |
| CAPACITA' DI RELAZIONARSI CON L'UTENZA<br>UTILIZZANDO ANCHE LA COMUNICAZIONE<br>NON VERBALE E NEL RISPETTO DELLA<br>PRIVACY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |                              |      |
| CAPACITA' DI RELAZIONARSI CON I<br>COLLEGHI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |                              |      |
| CAPACITA' DI PROMUOVERE E<br>PARTECIPARE AL LAVORO DI GRUPPO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |            |                              |      |
| <b>COMPORTAMENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |            |                              |      |
| ATTEGGIAMENTO PROATTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |                              |      |
| RISPETTO PUNTUALITA'                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |            |                              |      |
| RISPETTO DELL'ETICA E DELLA<br>DEONTOLOGIA PROFESSIONALE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |                              |      |
| CAPACITA' DI ASSUMERSI LE<br>RESPONSABILITA'                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |            |                              |      |
| CAPACITA' DI GESTIRE RELAZIONI E<br>CONFLITTI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |                              |      |
| <b>NOTE:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |            |                              |      |
| <b>VALUTAZIONE FINALE:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |            |                              |      |
| Firma Coordinatore U.O.:<br>Firma del/i Tutor:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |                              |      |
| <div style="text-align: center;"><b>A CURA DEL DIPENDENTE</b></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div> <p><b>CONDIVIDE LA VALUTAZIONE?</b> <input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Firma:</p> <p>Data:</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 250px;"> <p>se no, perché:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> </div> </div> |            |                              |      |

\* Valutazione: I = Insufficiente, S = Sufficiente, D = Discreto, O = Ottimo



|                                                                                   |                                                                                 |                   |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------|
|  | <b>S.S.N. REGIONE ABRUZZO</b><br>AZIENDA SANITARIA LOCALE LANCIANO-VASTO-CHIETI | Rev. 0<br>18/9/12 | Pag. 1/4 |
|                                                                                   | <b>SCHEDA inserimento neoassunto - area ostetrica</b>                           | <b>MRSQA33/2b</b> |          |

|                      |                   |
|----------------------|-------------------|
| <b>Cognome:</b>      |                   |
| <b>Nome:</b>         |                   |
| <b>Matricola:</b>    | <b>Struttura:</b> |
| <b>Dipartimento:</b> |                   |
| <b>U.O.:</b>         |                   |

| <b>TIPOLOGIA RAPPORTO DI LAVORO</b>                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TEMPO INDETERMINATO dal:</b><br><br><b>VALUTAZIONE:</b> a 3 MESI <input type="checkbox"/> a 5 MESI <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                       | <b>Esito periodo di prova:</b><br><b>Positivo</b> <input type="checkbox"/> <b>Negativo</b> <input type="checkbox"/><br><b>Data:</b> |
| <b>TEMPO DETERMINATO dal:</b> _____ <b>al:</b> _____<br><br><b>PRIMO INCARICO</b> <input type="checkbox"/> <b>SECONDO INCARICO</b> <input type="checkbox"/> <b>ALTRO:</b> _____<br><br><b>VALUTAZIONE:</b> a ____ MESI <input type="checkbox"/> a ____ MESI <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                     |
| <b>MOBILITA' dall'U.O.</b> _____ <b>all'U.O.</b> _____<br><br><b>VALUTAZIONE:</b> a ____ MESI <input type="checkbox"/> a ____ MESI <input type="checkbox"/>                                                                                                                          |                                                                                                                                     |

- Il valutatore del Processo è il Coordinatore, l'attore principale è il Neoassunto.
  - Il Neoassunto sarà affiancato da un Tutor esperto.
  - La Procedura prevede due valutazioni a 3 e 5 mesi con relativo colloquio nel quale verrà considerato lo stato di raggiungimento degli obiettivi ed il Neoassunto compilerà la Scheda Qualità Percepita (MRSQA33/3).




| PERCORSO INSERIMENTO                                                                                                                          |                                                                                                                                                                  | Tempistica | VALUTAZIONE<br>(I, S, D, O)* | Note |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------|------|
| <b>CONOSCENZE</b>                                                                                                                             |                                                                                                                                                                  |            |                              |      |
| LINGUAGGIO TECNICO SCIENTIFICO<br>VERBALE/SCRITTO                                                                                             |                                                                                                                                                                  |            |                              |      |
| MODELLI ORGANIZZATIVI                                                                                                                         |                                                                                                                                                                  |            |                              |      |
| PROFILI ED AMBITI PROFESSIONALI                                                                                                               |                                                                                                                                                                  |            |                              |      |
| REGOLAMENTI AZIENDALI/U.O.                                                                                                                    |                                                                                                                                                                  |            |                              |      |
| PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE DELL'U.O.                                                                                                      |                                                                                                                                                                  |            |                              |      |
| D.LGS. 81/08 E SMI: CONOSCENZA E GESTIONE<br>DEI DPI                                                                                          |                                                                                                                                                                  |            |                              |      |
| USO DEL SISTEMA INFORMATICO                                                                                                                   |                                                                                                                                                                  |            |                              |      |
| LOGISTICA DELLE PRINCIPALI ATTIVITA' (LOCALI<br>U.O., AMBULATORI, SERVIZI, ECC.)                                                              |                                                                                                                                                                  |            |                              |      |
| <b>COMPETENZE TECNICO-PROFESSIONALI</b>                                                                                                       |                                                                                                                                                                  |            |                              |      |
| INDIVIDUARE I BISOGNI E LE PRIORITA' DI<br>INTERVENTO                                                                                         |                                                                                                                                                                  |            |                              |      |
| PIANIFICARE IL LAVORO E VERIFICARE I<br>RISULTATI                                                                                             |                                                                                                                                                                  |            |                              |      |
| APPROPRIATO UTILIZZO DELLE PROCEDURE ED<br>ISTRUZIONI OPERATIVE                                                                               |                                                                                                                                                                  |            |                              |      |
| IDENTIFICARE I RISCHI CORRELATI ALL'ATTIVITA'<br>PROFESSIONALE                                                                                |                                                                                                                                                                  |            |                              |      |
| VALUTARE/GESTIRE/CONTROLLARE LE<br>EMERGENZE-URGENZE                                                                                          |                                                                                                                                                                  |            |                              |      |
| GESTIONE DOCUMENTAZIONE CLINICA ED<br>INFERMIERISTICA                                                                                         |                                                                                                                                                                  |            |                              |      |
| GESTIONE FARMACI E TERAPIA                                                                                                                    |                                                                                                                                                                  |            |                              |      |
| GARANTIRE LO STANDARD IGIENICO-<br>AMBIENTALE (LOCALI, BIANCHERIA,<br>ATTREZZATURE, RIFIUTI) E LA STERILITA' DEI<br>PRESIDI MEDICO CHIRURGICI |                                                                                                                                                                  |            |                              |      |
| CAPACITA' RELATIVE<br>ALL'ASSISTENZA AL<br>PARTO                                                                                              | GESTIONE AUTONOMA<br>DEL PARTO SPONTANEO                                                                                                                         |            |                              |      |
|                                                                                                                                               | PRATICA<br>DELL'EPISIOTOMIA                                                                                                                                      |            |                              |      |
|                                                                                                                                               | SUTURA DI LACERAZIONI<br>DI 1° E 2°GRADO                                                                                                                         |            |                              |      |
|                                                                                                                                               | DIAGNOSI DELLE<br>ANOMALIE DEL<br>TRAVAGLIO DI PARTO<br>CON RICHIESTA DI<br>INTERVENTO DELLO<br>SPECIALISTA                                                      |            |                              |      |
|                                                                                                                                               | ASSISTENZA E CURA ALLA<br>PARTORIENTE AFFETTA<br>DA PATOLOGIA<br>OSTETRICA, NELLE<br>DISTOCIE DEL PARTO E<br>COLLABORAZIONE CON IL<br>MEDICO NEGLI<br>INTERVENTI |            |                              |      |
|                                                                                                                                               | L'ASSISTENZA<br>PREOPERATORIA/INTRA E<br>POST-OPERATORIA NEGLI<br>INTERVENTI OSTETRICI                                                                           |            |                              |      |

| PERCORSO INSERIMENTO                                                                        |                                                                                                                                             | Tempistica | VALUTAZIONE<br>(I, S, D, O)* | Note |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------|------|
| CAPACITÀ RELATIVE<br>ALL'ASSISTENZA NEL<br>PUERPERIO                                        | PRATICA DELLE<br>INDEROGABILI MISURE DI<br>EMERGENZA IN ASSENZA<br>DEL MEDICO                                                               |            |                              |      |
|                                                                                             | GESTIONE DELLE<br>PROCEDURE GIURIDICO-<br>AMMINISTRATIVE<br>RELATIVE AL<br>RICONOSCIMENTO DEL<br>FIGLIO                                     |            |                              |      |
|                                                                                             | GESTIONE DELLA<br>PUERPERA NEL POST<br>PARTUM E NEL<br>PUERPERIO FISIOLÓGICO                                                                |            |                              |      |
|                                                                                             | LA DIAGNOSI PRECOCE<br>DELLE ANOMALIE,<br>RICHIESTA DI<br>INTERVENTO MEDICO E<br>LA COLLABORAZIONE<br>CON LO SPECIALISTA<br>NELLE PATOLOGIE |            |                              |      |
|                                                                                             | IL SOSTEGNO ALLA<br>DONNA IN<br>ALLATTAMENTO                                                                                                |            |                              |      |
|                                                                                             | INFORMAZIONE/EDUCAZI<br>ONE IN MERITO ALLE<br>CURE DA PRESTARE AL<br>NEONATO                                                                |            |                              |      |
|                                                                                             | VALUTAZIONE DELLO<br>STATO DI BENESSERE DI<br>MADRE E NEONATO                                                                               |            |                              |      |
| CAPACITÀ RELATIVE<br>ALL'ASSISTENZA IN<br>AMBITO GINECOLOGICO                               | LA PREVENZIONE<br>PRIMARIA E SECONDARIA<br>DEI TUMORI<br>DELL'APPARATO<br>GENITALE FEMMINILE                                                |            |                              |      |
|                                                                                             | L'ASSISTENZA<br>PREOPERATORIA/INTRA E<br>POST-OPERATORIA NEGLI<br>INTERVENTI<br>GINECOLOGICI                                                |            |                              |      |
|                                                                                             | STRUMENTAZIONE<br>TRADIZIONALE ED<br>ENDOSCOPICA IN<br>GINECOLOGIA                                                                          |            |                              |      |
|                                                                                             | L'ASSISTENZA ALLA<br>DONNA-COPPIA CON<br>PROBLEMATICHE DI<br>INFECONDITÀ/STERILITÀ                                                          |            |                              |      |
| CAPACITÀ E DISPONIBILITÀ<br>ALL'INSEGNAMENTO/TUTORING/SUPERVISIONE<br>PERSONALE DI SUPPORTO |                                                                                                                                             |            |                              |      |
| CAPACITÀ DI IDENTIFICARE IL PROPRIO<br>BISOGNO FORMATIVO E DI PARTECIPARE AI<br>CORSI ECM   |                                                                                                                                             |            |                              |      |

| PERCORSO INSERIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Tempistica | VALUTAZIONE<br>(I, S, D, O)* | Note |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------|------|
| <b>RELAZIONE E COMUNICAZIONE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |                              |      |
| CAPACITA' DI FORNIRE INFORMAZIONI CORRETTE SULLA U.O.                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                              |      |
| CAPACITA' DI RELAZIONARSI CON L'UTENZA UTILIZZANDO ANCHE LA COMUNICAZIONE NON VERBALE E NEL RISPETTO DELLA PRIVACY                                                                                                                                                                                                                |            |                              |      |
| CAPACITA' DI RELAZIONARSI CON I COLLEGHI                                                                                                                                                                                                                                                                                          |            |                              |      |
| CAPACITA' DI PROMUOVERE E PARTECIPARE AL LAVORO DI GRUPPO                                                                                                                                                                                                                                                                         |            |                              |      |
| <b>COMPORTAMENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                              |      |
| ATTEGGIAMENTO PROATTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |            |                              |      |
| RISPETTO PUNTUALITA'                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                              |      |
| RISPETTO DELL'ETICA E DELLA DEONTOLOGIA PROFESSIONALE                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                              |      |
| CAPACITA' DI ASSUMERSI LE RESPONSABILITA'                                                                                                                                                                                                                                                                                         |            |                              |      |
| CAPACITA' DI GESTIRE RELAZIONI E CONFLITTI                                                                                                                                                                                                                                                                                        |            |                              |      |
| <b>NOTE:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |                              |      |
| <b>VALUTAZIONE FINALE:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |            |                              |      |
| Firma Coordinatore U.O.:                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |            |                              |      |
| Firma del/i Tutor:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |                              |      |
| <p align="center"><b>A CURA DEL DIPENDENTE</b></p> <p>CONDIVIDE LA VALUTAZIONE? <input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Firma:</p> <p>Data:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>se no, perché:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> </div> |            |                              |      |

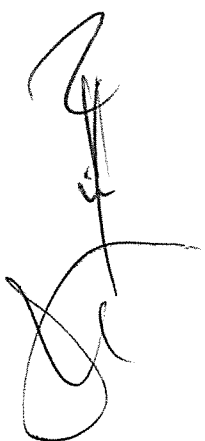
\* Valutazione: I = Insufficiente, S = Sufficiente, D = Discreto, O = Ottimo

|                                                                                  |                                                                                        |                   |          |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------|
|  | <b>S.S.N. REGIONE ABRUZZO</b><br><b>AZIENDA SANITARIA LOCALE LANCIANO-VASTO-CHIETI</b> | Rev. 0<br>18/9/12 | Pag. 1/4 |
|                                                                                  | <b>SCHEDA inserimento neoassunto - area tecnica</b>                                    | <b>MRSQA33/2c</b> |          |

|                      |                   |
|----------------------|-------------------|
| <b>Cognome:</b>      |                   |
| <b>Nome:</b>         |                   |
| <b>Matricola:</b>    | <b>Struttura:</b> |
| <b>Dipartimento:</b> |                   |
| <b>U.O.:</b>         |                   |

| <b>TIPOLOGIA RAPPORTO DI LAVORO</b>                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TEMPO INDETERMINATO dal:</b><br><br><b>VALUTAZIONE:</b> a 3 MESI <input type="checkbox"/> a 5 MESI <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                       | <b>Esito periodo di prova:</b><br><b>Positivo</b> <input type="checkbox"/> <b>Negativo</b> <input type="checkbox"/><br><b>Data:</b> |
| <b>TEMPO DETERMINATO dal:</b> _____ <b>al:</b> _____<br><br><b>PRIMO INCARICO</b> <input type="checkbox"/> <b>SECONDO INCARICO</b> <input type="checkbox"/> <b>ALTRO:</b> _____<br><br><b>VALUTAZIONE:</b> a ____ MESI <input type="checkbox"/> a ____ MESI <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                     |
| <b>MOBILITA' dall'U.O.</b> _____ <b>all'U.O.</b> _____<br><br><b>VALUTAZIONE:</b> a ____ MESI <input type="checkbox"/> a ____ MESI <input type="checkbox"/>                                                                                                                          |                                                                                                                                     |

- Il valutatore del Processo è il Coordinatore, l'attore principale è il Neoassunto.
- Il Neoassunto sarà affiancato da un Tutor esperto.
- La Procedura prevede due valutazioni a 3 e 5 mesi con relativo colloquio nel quale verrà considerato lo stato di raggiungimento degli obiettivi ed il Neoassunto compilerà la Scheda Qualità Percepita (MRSQA33/3).



| PERCORSO INSERIMENTO                                                                                                                          | Tempistica | VALUTAZIONE<br>(I, S, D, O)* | Note |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------|------|
| <b>CONOSCENZE</b>                                                                                                                             |            |                              |      |
| LINGUAGGIO TECNICO SCIENTIFICO<br>VERBALE/SCRITTO                                                                                             |            |                              |      |
| MODELLI ORGANIZZATIVI                                                                                                                         |            |                              |      |
| PROFILI ED AMBITI PROFESSIONALI                                                                                                               |            |                              |      |
| REGOLAMENTI AZIENDALI/U.O.                                                                                                                    |            |                              |      |
| PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE DELL'U.O.                                                                                                      |            |                              |      |
| D.LGS. 81/08 E SMI: CONOSCENZA E GESTIONE<br>DEI DPI                                                                                          |            |                              |      |
| USO DEL SISTEMA INFORMATICO                                                                                                                   |            |                              |      |
| LOGISTICA DELLE PRINCIPALI ATTIVITA' (LOCALI<br>U.O., AMBULATORI, SERVIZI, ECC.)                                                              |            |                              |      |
| <b>COMPETENZE TECNICO-PROFESSIONALI</b>                                                                                                       |            |                              |      |
| INDIVIDUARE I BISOGNI E LE PRIORITA' DI<br>INTERVENTO                                                                                         |            |                              |      |
| PIANIFICARE IL LAVORO E VERIFICARE I<br>RISULTATI                                                                                             |            |                              |      |
| APPROPRIATO UTILIZZO DELLE PROCEDURE ED<br>ISTRUZIONI OPERATIVE                                                                               |            |                              |      |
| IDENTIFICARE I RISCHI CORRELATI ALL'ATTIVITA'<br>PROFESSIONALE                                                                                |            |                              |      |
| VALUTARE/GESTIRE/CONTROLLARE LE<br>EMERGENZE-URGENZE                                                                                          |            |                              |      |
| GESTIONE DOCUMENTAZIONE CLINICA                                                                                                               |            |                              |      |
| GESTIONE REATTIVI E MEZZI DI CONTRASTO                                                                                                        |            |                              |      |
| GESTIONE CAMPIONI BIOLOGI                                                                                                                     |            |                              |      |
| GARANTIRE LO STANDARD IGIENICO-<br>AMBIENTALE (LOCALI, BIANCHERIA,<br>ATTREZZATURE, RIFIUTI) E LA STERILITA' DEI<br>PRESIDI MEDICO CHIRURGICI |            |                              |      |
| CORRETTA GESTIONE DELLE APPARECCHIATURE<br>(calibrazioni, controlli di qualità, manutenzioni)                                                 |            |                              |      |
| CAPACITA' AD ESPLETARE EVENTUALI ATTIVITA'<br>AMMINISTRATIVE                                                                                  |            |                              |      |
| GARANTIRE LA SICUREZZA DELL'UTENTE                                                                                                            |            |                              |      |
| CAPACITA' DI APPLICARE LE COMPETENZE<br>TECNICHE SPECIFICHE:<br><br>_____<br>_____<br>_____<br>_____                                          |            |                              |      |

| PERCORSO INSERIMENTO                                                                                                     | Tempistica | VALUTAZIONE<br>(I, S, D, O)* | Note |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------|------|
| UTILIZZO ATTREZZATURE E STRUMENTI<br>DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI IN DOTAZIONE<br>ALL'U.O.:<br><br><br><br><br>               |            |                              |      |
| CAPACITA' E DISPONIBILITA'<br>ALL'INSEGNAMENTO/TUTORING/<br>SUPERVISIONE PERSONALE DI SUPPORTO                           |            |                              |      |
| CAPACITA' DI IDENTIFICARE IL PROPRIO<br>BISOGNO FORMATIVO E DI PARTECIPARE AI<br>CORSI ECM                               |            |                              |      |
| <b>RELAZIONE E COMUNICAZIONE</b>                                                                                         |            |                              |      |
| CAPACITA' DI FORNIRE INFORMAZIONI<br>CORRETTE SULLA U.O.                                                                 |            |                              |      |
| CAPACITA' DI RELAZIONARSI CON L'UTENZA<br>UTILIZZANDO ANCHE LA COMUNICAZIONE NON<br>VERBALE E NEL RISPETTO DELLA PRIVACY |            |                              |      |
| CAPACITA' DI RELAZIONARSI CON I COLLEGHI                                                                                 |            |                              |      |
| CAPACITA' DI PROMUOVERE E PARTECIPARE AL<br>LAVORO DI GRUPPO                                                             |            |                              |      |
| <b>COMPORTAMENTO</b>                                                                                                     |            |                              |      |
| ATTEGGIAMENTO PROATTIVO                                                                                                  |            |                              |      |
| RISPETTO PUNTUALITA'                                                                                                     |            |                              |      |
| RISPETTO DELL'ETICA E DELLA DEONTOLOGIA<br>PROFESSIONALE                                                                 |            |                              |      |
| CAPACITA' DI ASSUMERSI LE RESPONSABILITA'                                                                                |            |                              |      |
| CAPACITA' DI GESTIRE RELAZIONI E CONFLITTI                                                                               |            |                              |      |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>NOTE:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>VALUTAZIONE FINALE:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Firma Coordinatore U.O.:<br>Firma del/i Tutor:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;"><b><u>A CURA DEL DIPENDENTE</u></b></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <p><b>CONDIVIDE LA VALUTAZIONE?</b> <input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Firma:</p> <p>Data:</p> </div> <div style="width: 35%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>se no, perché:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> </div> </div> |

**\* Valutazione: I = Insufficiente, S = Sufficiente, D = Discreto, O = Ottimo**

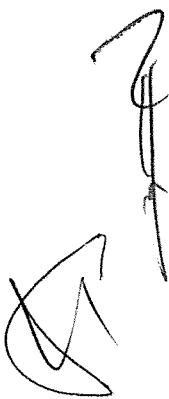


|                                                                                   |                                                                                        |                                 |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------|
|  | <b>S.S.N. REGIONE ABRUZZO</b><br><b>AZIENDA SANITARIA LOCALE LANCIANO-VASTO-CHIETI</b> | <b>Rev. 0</b><br><b>18/9/12</b> | <b>Pag. 1/3</b>   |
|                                                                                   | <b>SCHEDA inserimento neoassunto – operatori della riabilitazione</b>                  |                                 | <b>MRSQA33/2d</b> |

|                      |                   |
|----------------------|-------------------|
| <b>Cognome:</b>      |                   |
| <b>Nome:</b>         |                   |
| <b>Matricola:</b>    | <b>Struttura:</b> |
| <b>Dipartimento:</b> |                   |
| <b>U.O.:</b>         |                   |

| <b>TIPOLOGIA RAPPORTO DI LAVORO</b>                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TEMPO INDETERMINATO dal:</b><br><b>VALUTAZIONE: a 3 MESI <input type="checkbox"/> a 5 MESI <input type="checkbox"/></b>                                                                                                          | <b>Esito periodo di prova:</b><br><b>Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/></b><br><b>Data:</b> |
| <b>TEMPO DETERMINATO dal: al:</b><br><b>PRIMO INCARICO <input type="checkbox"/> SECONDO INCARICO <input type="checkbox"/> ALTRO:</b><br><b>VALUTAZIONE: a ___ MESI <input type="checkbox"/> a ___ MESI <input type="checkbox"/></b> |                                                                                                                              |
| <b>MOBILITA' dall'U.O. all'U.O.</b><br><b>VALUTAZIONE: a ___ MESI <input type="checkbox"/> a ___ MESI <input type="checkbox"/></b>                                                                                                  |                                                                                                                              |

- Il valutatore del Processo è il Coordinatore, l'attore principale è il Neoassunto.
  - Il Neoassunto sarà affiancato da un Tutor esperto.
  - La Procedura prevede due valutazioni a 3 e 5 mesi con relativo colloquio nel quale verrà considerato lo stato di raggiungimento degli obiettivi ed il Neoassunto compilerà la Scheda Qualità Percepita (MRSQA33/3).



| PERCORSO INSERIMENTO                                                                                                                          | Tempistica | VALUTAZIONE<br>(I, S, D, O)* | Note |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------|------|
| <b>CONOSCENZE</b>                                                                                                                             |            |                              |      |
| LINGUAGGIO TECNICO SCIENTIFICO<br>VERBALE/SCRITTO                                                                                             |            |                              |      |
| MODELLI ORGANIZZATIVI                                                                                                                         |            |                              |      |
| PROFILI ED AMBITI PROFESSIONALI                                                                                                               |            |                              |      |
| REGOLAMENTI AZIENDALI/U.O.                                                                                                                    |            |                              |      |
| PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE DELL'U.O.                                                                                                      |            |                              |      |
| D.LGS. 81/08 E SMI: CONOSCENZA E GESTIONE<br>DEI DPI                                                                                          |            |                              |      |
| USO DEL SISTEMA INFORMATICO                                                                                                                   |            |                              |      |
| LOGISTICA DELLE PRINCIPALI ATTIVITA' (LOCALI<br>U.O., AMBULATORI, SERVIZI, ECC.)                                                              |            |                              |      |
| <b>COMPETENZE TECNICO-PROFESSIONALI</b>                                                                                                       |            |                              |      |
| INDIVIDUARE I BISOGNI E LE PRIORITA' DI<br>INTERVENTO                                                                                         |            |                              |      |
| ORGANIZZARE IL SETTING OPERATIVO                                                                                                              |            |                              |      |
| REDIGERE E APPLICARE UN PROGRAMMA<br>RIABILITATIVO PERSONALIZZATO SUL PAZIENTE                                                                |            |                              |      |
| VERIFICARE/MISURARE L'ESITO<br>DELL'INTERVENTO RIABILITATIVO                                                                                  |            |                              |      |
| CURA E RIPRISTINO DEL MATERIALE UTILIZZATO                                                                                                    |            |                              |      |
| INDIVIDUARE I PZ A RISCHIO CADUTA E DI<br>APPLICARE MISURE PREVENTIVE                                                                         |            |                              |      |
| APPROPRIATO UTILIZZO DELLE PROCEDURE ED<br>ISTRUZIONI OPERATIVE                                                                               |            |                              |      |
| IDENTIFICARE I RISCHI CORRELATI ALL'ATTIVITA'<br>PROFESSIONALE                                                                                |            |                              |      |
| GESTIONE DOCUMENTAZIONE CLINICA                                                                                                               |            |                              |      |
| GARANTIRE LO STANDARD IGIENICO-<br>AMBIENTALE (LOCALI, BIANCHERIA,<br>ATTREZZATURE, RIFIUTI) E LA STERILITA' DEI<br>PRESIDI MEDICO CHIRURGICI |            |                              |      |
| CAPACITA' DI APPLICARE LE COMPETENZE<br>TECNICHE SPECIFICHE:<br><br>_____<br>_____<br>_____                                                   |            |                              |      |
| UTILIZZO ATTREZZATURE E STRUMENTI<br>DIAGNOSTICO TERAPEUTICI IN DOTAZIONE<br>ALL'U.O.:<br><br>_____<br>_____<br>_____                         |            |                              |      |

| PERCORSO INSERIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Tempistica | VALUTAZIONE<br>(I, S, D, O)* | Note |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------|------|
| CAPACITA' E DISPONIBILITA'<br>ALL'INSEGNAMENTO/TUTORING/<br>SUPERVISIONE PERSONALE DI SUPPORTO                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                              |      |
| CAPACITA' DI IDENTIFICARE IL PROPRIO<br>BISOGNO FORMATIVO E DI PARTECIPARE AI<br>CORSI ECM                                                                                                                                                                                                                                                                        |            |                              |      |
| <b>RELAZIONE E COMUNICAZIONE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |                              |      |
| CAPACITA' DI FORNIRE INFORMAZIONI<br>CORRETTE SULLA U.O.                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |            |                              |      |
| CAPACITA' DI RELAZIONARSI CON L'UTENZA<br>UTILIZZANDO ANCHE LA COMUNICAZIONE NON<br>VERBALE E NEL RISPETTO DELLA PRIVACY                                                                                                                                                                                                                                          |            |                              |      |
| CAPACITA' DI RELAZIONARSI CON I COLLEGHI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |            |                              |      |
| CAPACITA' DI PROMUOVERE E PARTECIPARE AL<br>LAVORO DI GRUPPO                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |                              |      |
| <b>COMPORTAMENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                              |      |
| ATTEGGIAMENTO PROATTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |            |                              |      |
| RISPETTO PUNTUALITA'                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                              |      |
| RISPETTO DELL'ETICA E DELLA DEONTOLOGIA<br>PROFESSIONALE                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |            |                              |      |
| CAPACITA' DI ASSUMERSI LE RESPONSABILITA'                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |            |                              |      |
| CAPACITA' DI GESTIRE RELAZIONI E CONFLITTI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |            |                              |      |
| <b>NOTE:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |                              |      |
| <b>VALUTAZIONE FINALE:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |            |                              |      |
| Firma Coordinatore U.O.:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |            |                              |      |
| Firma del/i Tutor:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |                              |      |
| <p align="center"><b><u>A CURA DEL DIPENDENTE</u></b></p> <p>CONDIVIDE LA VALUTAZIONE? <input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Firma: _____</p> <p>Data: _____</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>se no, perché:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> </div> |            |                              |      |

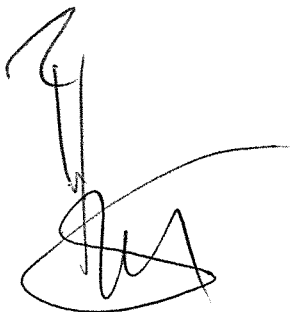
\* Valutazione: I = Insufficiente, S = Sufficiente, D = Discreto, O = Ottimo

|                                                                                   |                                                                                 |                   |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------|
|  | <b>S.S.N. REGIONE ABRUZZO</b><br>AZIENDA SANITARIA LOCALE LANCIANO-VASTO-CHIETI | Rev. 0<br>18/9/12 | Pag. 1/3          |
|                                                                                   | <b>SCHEDA inserimento neoassunto – blocco operatorio</b>                        |                   | <b>MRSQA33/2e</b> |

|                      |                   |
|----------------------|-------------------|
| <b>Cognome:</b>      |                   |
| <b>Nome:</b>         |                   |
| <b>Matricola:</b>    | <b>Struttura:</b> |
| <b>Dipartimento:</b> |                   |
| <b>U.O.:</b>         |                   |

| <b>TIPOLOGIA RAPPORTO DI LAVORO</b>                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TEMPO INDETERMINATO dal:</b><br><br><b>VALUTAZIONE:</b> a 3 MESI <input type="checkbox"/> a 5 MESI <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                       | <b>Esito periodo di prova:</b><br>Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/><br><b>Data:</b> |
| <b>TEMPO DETERMINATO dal:</b> _____ <b>al:</b> _____<br><br><b>PRIMO INCARICO</b> <input type="checkbox"/> <b>SECONDO INCARICO</b> <input type="checkbox"/> <b>ALTRO:</b> _____<br><br><b>VALUTAZIONE:</b> a ____ MESI <input type="checkbox"/> a ____ MESI <input type="checkbox"/> |                                                                                                                       |
| <b>MOBILITA' dall'U.O.</b> _____ <b>all'U.O.</b> _____<br><br><b>VALUTAZIONE:</b> a ____ MESI <input type="checkbox"/> a ____ MESI <input type="checkbox"/>                                                                                                                          |                                                                                                                       |

- Il valutatore del Processo è il Coordinatore, l'attore principale è il Neoassunto.
- Il Neoassunto sarà affiancato da un Tutor esperto.
- La Procedura prevede due valutazioni a 3 e 5 mesi con relativo colloquio nel quale verrà considerato lo stato di raggiungimento degli obiettivi ed il Neoassunto compilerà la Scheda Qualità Percepita (MRSQA33/3).



| PERCORSO INSERIMENTO                                                                                                                          | Tempistica | VALUTAZIONE<br>(I, S, D, O)* | Note |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------|------|
| <b>CONOSCENZE</b>                                                                                                                             |            |                              |      |
| LINGUAGGIO TECNICO SCIENTIFICO<br>VERBALE/SCRITTO                                                                                             |            |                              |      |
| MODELLI ORGANIZZATIVI                                                                                                                         |            |                              |      |
| PROFILI ED AMBITI PROFESSIONALI                                                                                                               |            |                              |      |
| REGOLAMENTI AZIENDALI/U.O.                                                                                                                    |            |                              |      |
| PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE DELL'U.O.                                                                                                      |            |                              |      |
| D.LGS. 81/08 E SMI: CONOSCENZA E GESTIONE<br>DEI DPI                                                                                          |            |                              |      |
| USO DEL SISTEMA INFORMATICO                                                                                                                   |            |                              |      |
| LOGISTICA DELLE PRINCIPALI ATTIVITA' (LOCALI<br>U.O., AMBULATORI, SERVIZI, ECC.)                                                              |            |                              |      |
| <b>COMPETENZE TECNICO-PROFESSIONALI</b>                                                                                                       |            |                              |      |
| INDIVIDUARE I BISOGNI E LE PRIORITA' DI<br>INTERVENTO                                                                                         |            |                              |      |
| PIANIFICARE IL LAVORO E VERIFICARE I<br>RISULTATI                                                                                             |            |                              |      |
| APPROPRIATO UTILIZZO DELLE PROCEDURE ED<br>ISTRUZIONI OPERATIVE                                                                               |            |                              |      |
| IDENTIFICARE I RISCHI CORRELATI ALL'ATTIVITA'<br>PROFESSIONALE                                                                                |            |                              |      |
| VALUTARE/GESTIRE/CONTROLLARE LE<br>EMERGENZE-URGENZE                                                                                          |            |                              |      |
| GESTIONE DOCUMENTAZIONE CLINICA ED<br>INFERMIERISTICA                                                                                         |            |                              |      |
| GESTIONE FARMACI E TERAPIA                                                                                                                    |            |                              |      |
| GARANTIRE LO STANDARD IGIENICO-<br>AMBIENTALE (LOCALI, BIANCHERIA,<br>ATTREZZATURE, RIFIUTI) E LA STERILITA' DEI<br>PRESIDI MEDICO CHIRURGICI |            |                              |      |
| PIANIFICARE E PREPARARE IL SETTING<br>OPERATORIO                                                                                              |            |                              |      |
| ACCOGLIERE IL PAZIENTE ALL'INTERNO DEL<br>BLOCCO OPERATORIO                                                                                   |            |                              |      |
| POSIZIONARE CORRETTAMENTE IL PZ                                                                                                               |            |                              |      |
| VESTIRE CHIRURGHI E STRUMENTISTE CON<br>TECNICA "NO TOUCH"                                                                                    |            |                              |      |
| CAPACITA' DI MUOVERSI ALL'INTERNO DEL BO<br>CON TECNICA "NO TOUCH"                                                                            |            |                              |      |
| COLLABORARE CON L'ANESTESISTA DURANTE LE<br>MANOVRE PRE-INTRA-POST OPERATORIE ED IN<br>EMERGENZA/URGENZA                                      |            |                              |      |
| CAPACITA' DI IDENTIFICARE STRUMENTARIO,<br>TEMPI E TECNICHE DEGLI INTERVENTI PIU'<br>FREQUENTI                                                |            |                              |      |
| VERIFICARE LA FUNZIONALITA' DELLE<br>APPARECCHIATURE E DI GESTIRLE<br>CORRETTAMENTE                                                           |            |                              |      |
| GARANTIRE LA TRACCIABILITA' DEL MATERIALE                                                                                                     |            |                              |      |
| GARANTIRE IL RIORDINO, CONTROLLO E<br>RIPRISTINO DEL MATERIALE NECESSARIO<br>ALL'INTERVENTO SUCCESSIVO                                        |            |                              |      |
| ATTUARE I DIVERSI METODI DI MEDICAZIONE E<br>BENDAGGIO DOPO L'INTERVENTO                                                                      |            |                              |      |

| PERCORSO INSERIMENTO                                                                                                     | Tempistica | VALUTAZIONE<br>(I, S, D, O)* | Note |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------|------|
| CAPACITA' DI APPLICARE LE COMPETENZE<br>TECNICHE SPECIFICHE:<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>                     |            |                              |      |
| UTILIZZO ATTREZZATURE E STRUMENTI<br>DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI IN DOTAZIONE:<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>       |            |                              |      |
| CAPACITA' E DISPONIBILITA'<br>ALL'INSEGNAMENTO/TUTORING/SUPERVISIONE<br>PERSONALE DI SUPPORTO                            |            |                              |      |
| CAPACITA' DI IDENTIFICARE IL PROPRIO<br>BISOGNO FORMATIVO E DI PARTECIPARE AI<br>CORSI ECM                               |            |                              |      |
| <b>RELAZIONE E COMUNICAZIONE</b>                                                                                         |            |                              |      |
| CAPACITA' DI FORNIRE INFORMAZIONI<br>CORRETTE SULLA U.O.                                                                 |            |                              |      |
| CAPACITA' DI RELAZIONARSI CON L'UTENZA<br>UTILIZZANDO ANCHE LA COMUNICAZIONE NON<br>VERBALE E NEL RISPETTO DELLA PRIVACY |            |                              |      |
| CAPACITA' DI RELAZIONARSI CON I COLLEGHI                                                                                 |            |                              |      |
| CAPACITA' DI PROMUOVERE E PARTECIPARE AL<br>LAVORO DI GRUPPO                                                             |            |                              |      |
| <b>COMPORTAMENTO</b>                                                                                                     |            |                              |      |
| ATTEGGIAMENTO PROATTIVO                                                                                                  |            |                              |      |
| RISPETTO PUNTUALITA'                                                                                                     |            |                              |      |
| RISPETTO DELL'ETICA E DELLA DEONTOLOGIA<br>PROFESSIONALE                                                                 |            |                              |      |
| CAPACITA' DI ASSUMERSI LE RESPONSABILITA'                                                                                |            |                              |      |
| CAPACITA' DI GESTIRE RELAZIONI E CONFLITTI                                                                               |            |                              |      |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>NOTE:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>VALUTAZIONE FINALE:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Firma Coordinatore U.O.:<br>Firma del/i Tutor:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;"><u><b>A CURA DEL DIPENDENTE</b></u></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>CONDIVIDE LA VALUTAZIONE?</b> <input type="checkbox"/> SI   <input type="checkbox"/> NO<br/>           Firma:<br/>           Data:         </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 250px;">           se no, perché:<br/>           _____<br/>           _____<br/>           _____<br/>           _____         </div> </div> |

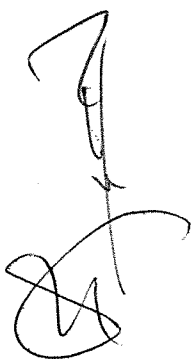
**\* Valutazione: I = Insufficiente, S = Sufficiente, D = Discreto, O = Ottimo**

|                                                                                   |                                                                                 |                   |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------|
|  | <b>S.S.N. REGIONE ABRUZZO</b><br>AZIENDA SANITARIA LOCALE LANCIANO-VASTO-CHIETI | Rev. 0<br>18/9/12 | Pag. 1/4          |
|                                                                                   | <b>SCHEDA inserimento neoassunto – area terapia intensiva</b>                   |                   | <b>MRSQA33/2f</b> |

|                      |
|----------------------|
| <b>Cognome:</b>      |
| <b>Nome:</b>         |
| <b>Matricola:</b>    |
| <b>Struttura:</b>    |
| <b>Dipartimento:</b> |
| <b>U.O.:</b>         |

| <b>TIPOLOGIA RAPPORTO DI LAVORO</b>                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TEMPO INDETERMINATO dal:</b><br><br><b>VALUTAZIONE:</b> a 3 MESI <input type="checkbox"/> a 5 MESI <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                       | <b>Esito periodo di prova:</b><br>Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/><br><b>Data:</b> |
| <b>TEMPO DETERMINATO dal:</b> _____ <b>al:</b> _____<br><br><b>PRIMO INCARICO</b> <input type="checkbox"/> <b>SECONDO INCARICO</b> <input type="checkbox"/> <b>ALTRO:</b> _____<br><br><b>VALUTAZIONE:</b> a ____ MESI <input type="checkbox"/> a ____ MESI <input type="checkbox"/> |                                                                                                                       |
| <b>MOBILITA' dall'U.O.</b> _____ <b>all'U.O.</b> _____<br><br><b>VALUTAZIONE:</b> a ____ MESI <input type="checkbox"/> a ____ MESI <input type="checkbox"/>                                                                                                                          |                                                                                                                       |

- Il valutatore del Processo è il Coordinatore, l'attore principale è il Neoassunto.
  - Il Neoassunto sarà affiancato da un Tutor esperto.
  - La Procedura prevede due valutazioni a 3 e 5 mesi con relativo colloquio nel quale verrà considerato lo stato di raggiungimento degli obiettivi ed il Neoassunto compilerà la Scheda Qualità Percepita (MRSQA33/3).





| PERCORSO INSERIMENTO                                                                                                                                                               | Tempistica | VALUTAZIONE<br>(I, S, D, O)* | Note |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------|------|
| <b>CONOSCENZE</b>                                                                                                                                                                  |            |                              |      |
| LINGUAGGIO TECNICO SCIENTIFICO<br>VERBALE/SCRITTO                                                                                                                                  |            |                              |      |
| MODELLI ORGANIZZATIVI                                                                                                                                                              |            |                              |      |
| PROFILI ED AMBITI PROFESSIONALI                                                                                                                                                    |            |                              |      |
| REGOLAMENTI AZIENDALI/U.O.                                                                                                                                                         |            |                              |      |
| PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE DELL'U.O.                                                                                                                                           |            |                              |      |
| D.LGS. 81/08 E SMI: CONOSCENZA E GESTIONE DEI<br>DPI                                                                                                                               |            |                              |      |
| USO DEL SISTEMA INFORMATICO                                                                                                                                                        |            |                              |      |
| LOGISTICA DELLE PRINCIPALI ATTIVITA' (LOCALI<br>U.O., AMBULATORI, SERVIZI, ECC.)                                                                                                   |            |                              |      |
| <b>COMPETENZE TECNICO-PROFESSIONALI</b>                                                                                                                                            |            |                              |      |
| INDIVIDUARE I BISOGNI E LE PRIORITA' DI<br>INTERVENTO                                                                                                                              |            |                              |      |
| PIANIFICARE IL LAVORO E VERIFICARE I RISULTATI                                                                                                                                     |            |                              |      |
| APPROPRIATO UTILIZZO DELLE PROCEDURE ED<br>ISTRUZIONI OPERATIVE                                                                                                                    |            |                              |      |
| IDENTIFICARE I RISCHI CORRELATI ALL'ATTIVITA'<br>PROFESSIONALE                                                                                                                     |            |                              |      |
| VALUTARE/GESTIRE/CONTROLLARE LE<br>EMERGENZE-URGENZE                                                                                                                               |            |                              |      |
| GESTIONE DOCUMENTAZIONE CLINICA ED<br>INFERMIERISTICA                                                                                                                              |            |                              |      |
| GESTIONE FARMACI E TERAPIA                                                                                                                                                         |            |                              |      |
| GARANTIRE LO STANDARD IGIENICO-AMBIENTALE<br>(LOCALI, BIANCHERIA, ATTREZZATURE, RIFIUTI) E<br>LA STERILITA' DEI PRESIDI MEDICO CHIRURGICI                                          |            |                              |      |
| CAPACITA' DI ALLESTIRE E CONTROLLARE LINEE DI<br>MONITORAGGIO EMODINAMICO,<br>NEUROLOGICO, RESPIRATORIO ECC...                                                                     |            |                              |      |
| CAPACITA' DI MONITORARE COMPLICANZE<br>/PEGGIORAMENTI COGLIENDO SEGNI E SINTOMI<br>PREMONITORI DEL QUADRO GENERALE DEL PZ ED<br>INTERVENIRE COMUNICANDO CON I COLLEGHI E<br>MEDICI |            |                              |      |
| CAPACITA' DI PREPARARE IL PZ CHE NECESSITA DI<br>INDAGINI STRUMENTALI OD INTERVENTI C/O<br>SERVIZI DI DIAGNOSI, PER TRASPORTO ADEGUATO<br>E PROTETTO                               |            |                              |      |
| CAPACITA' DI DESCRIVERE LE MODALITA' DI<br>ALLESTIMENTO, GESTIONE E CONTROLLO DELLE<br>APPARECCHIATURE AD ALTA COMPLESSITA'<br>TECNOLOGICA                                         |            |                              |      |
| CAPACITA' DI GESTIRE EMERGENZE/URGENZE IN<br>COLLABORARE CON IL MEDICO                                                                                                             |            |                              |      |

| PERCORSO INSERIMENTO                                                                                               | Tempistica | VALUTAZIONE<br>(I, S, D, O)* | Note |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------|------|
| GESTIRE L'ASSETTO IGIENICO CORRELATO ALLE SPECIFICHE ATTIVITA'                                                     |            |                              |      |
| PREVENIRE E CURARE LE LLD                                                                                          |            |                              |      |
| GESTIRE LA TERAPIA DEL DOLORE                                                                                      |            |                              |      |
| CAPACITA' DI APPLICARE LE COMPETENZE TECNICHE SPECIFICHE:                                                          |            |                              |      |
|                                                                                                                    |            |                              |      |
|                                                                                                                    |            |                              |      |
|                                                                                                                    |            |                              |      |
|                                                                                                                    |            |                              |      |
|                                                                                                                    |            |                              |      |
|                                                                                                                    |            |                              |      |
| UTILIZZO ATTREZZATURE E STRUMENTI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI IN DOTAZIONE ALL'U.O.:                                   |            |                              |      |
|                                                                                                                    |            |                              |      |
|                                                                                                                    |            |                              |      |
|                                                                                                                    |            |                              |      |
|                                                                                                                    |            |                              |      |
|                                                                                                                    |            |                              |      |
|                                                                                                                    |            |                              |      |
| CAPACITA' E DISPONIBILITA' ALL'INSEGNAMENTO/TUTORING/ SUPERVISIONE PERSONALE DI SUPPORTO                           |            |                              |      |
| CAPACITA' DI IDENTIFICARE IL PROPRIO BISOGNO FORMATIVO E DI PARTECIPARE AI CORSI ECM                               |            |                              |      |
| <b>RELAZIONE E COMUNICAZIONE</b>                                                                                   |            |                              |      |
| CAPACITA' DI FORNIRE INFORMAZIONI CORRETTE SULLA U.O.                                                              |            |                              |      |
| CAPACITA' DI RELAZIONARSI CON L'UTENZA UTILIZZANDO ANCHE LA COMUNICAZIONE NON VERBALE E NEL RISPETTO DELLA PRIVACY |            |                              |      |
| CAPACITA' DI RELAZIONARSI CON I COLLEGHI                                                                           |            |                              |      |
| CAPACITA' DI PROMUOVERE E PARTECIPARE AL LAVORO DI GRUPPO                                                          |            |                              |      |
| <b>COMPORTAMENTO</b>                                                                                               |            |                              |      |
| ATTEGGIAMENTO PROATTIVO                                                                                            |            |                              |      |
| RISPETTO PUNTUALITA'                                                                                               |            |                              |      |
| RISPETTO DELL'ETICA E DELLA DEONTOLOGIA PROFESSIONALE                                                              |            |                              |      |
| CAPACITA' DI ASSUMERSI LE RESPONSABILITA'                                                                          |            |                              |      |
| CAPACITA' DI GESTIRE RELAZIONI E CONFLITTI                                                                         |            |                              |      |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>NOTE:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>VALUTAZIONE FINALE:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Firma Coordinatore U.O.:<br>Firma del/i Tutor:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;"><u><b>A CURA DEL DIPENDENTE</b></u></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <p><b>CONDIVIDE LA VALUTAZIONE?</b> <input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Firma: _____</p> <p>Data: _____</p> </div> <div style="width: 35%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>se no, perché:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> </div> </div> |

**\* Valutazione: I = Insufficiente, S = Sufficiente, D = Discreto, O = Ottimo**



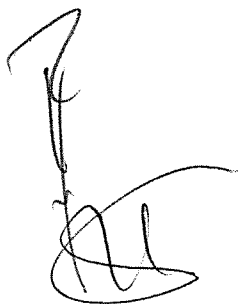
|                                                                                   |                                                                                        |                   |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------|
|  | <b>S.S.N. REGIONE ABRUZZO</b><br><b>AZIENDA SANITARIA LOCALE LANCIANO-VASTO-CHIETI</b> | Rev. 0<br>18/9/12 | Pag. 1/2 |
|                                                                                   | <b>SCHEDA QUALITA' PERCEPITA</b>                                                       | <b>MRSQA33/3</b>  |          |

## DA COMPILARSI A CURA DEL DIPENDENTE

|                      |                   |
|----------------------|-------------------|
| <b>Cognome:</b>      |                   |
| <b>Nome:</b>         |                   |
| <b>Matricola:</b>    | <b>Struttura:</b> |
| <b>Dipartimento:</b> |                   |
| <b>U.O.:</b>         |                   |

| TIPOLOGIA RAPPORTO DI LAVORO                                                                                                                                                |                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TEMPO INDETERMINATO dal:</b>                                                                                                                                             | <b>Esito periodo di prova:</b><br><b>Positivo</b> <input type="checkbox"/> <b>Negativo</b> <input type="checkbox"/><br><b>Data:</b> |
| <b>TEMPO DETERMINATO dal:</b> _____ <b>al:</b> _____<br><b>PRIMO INCARICO</b> <input type="checkbox"/> <b>SECONDO INCARICO</b> <input type="checkbox"/> <b>ALTRO:</b> _____ |                                                                                                                                     |
| <b>MOBILITA' dall'U.O.</b> _____ <b>all'U.O.</b> _____                                                                                                                      |                                                                                                                                     |

- Il valutatore del Processo è il Coordinatore, l'attore principale è il Neoassunto.
  - Il Neoassunto sarà affiancato da un Tutor esperto.
  - La Procedura prevede due valutazioni a 3 e 5 mesi con relativo colloquio nel quale verrà considerato lo stato di raggiungimento degli obiettivi ed il Neoassunto compilerà la Scheda Qualità Percepita (MRSQA33/3).



|                                                                                                                                                                                                                                               | Insufficiente | Sufficiente | Discreto | Ottimo |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------|----------|--------|
| DURANTE L' <b>ACCOGLIENZA</b> HA RICEVUTO ADEGUATE INFORMAZIONI SULL'AZIENDA?                                                                                                                                                                 |               |             |          |        |
| DURANTE L' <b>AFFIANCAMENTO</b> HA RICEVUTO ADEGUATE INFORMAZIONI SUL DIPARTIMENTO/U.O. ?                                                                                                                                                     |               |             |          |        |
| DURANTE IL <b>AFFIANCAMENTO</b> HA RICEVUTO ADEGUATE INFORMAZIONI SU: <ul style="list-style-type: none"> <li>• MODELLO ORGANIZZATIVO DELLA UO</li> <li>• PIANI DI ATTIVITA'</li> <li>• REGOLAMENTI INTERNI</li> <li>• TIPOLOGIA PZ</li> </ul> |               |             |          |        |
| SI RITIENE SODDISFATTO DELL'ASSEGNAZIONE IN QUESTA U.O. ?                                                                                                                                                                                     |               |             |          |        |
| HA TROVATO UTILE L'ESPERIENZA DELL'AFFIANCAMENTO ?                                                                                                                                                                                            |               |             |          |        |
| ALLA FINE DEL PERCORSO SI RITIENE ADEGUATAMENTE ADDESTRATA/O AL FINE DI ESSERE AUTONOMA/O NELLE ATTIVITA' PROFESSIONALI DELLA U.O. ?                                                                                                          |               |             |          |        |
| COME GIUDICA COMPLESSIVAMENTE IL PERCORSO ELABORATO PER IL SUO INSERIMENTO?                                                                                                                                                                   |               |             |          |        |
| RITIENE DI AVERE ACQUISITO COMPETENZE SPECIFICHE?                                                                                                                                                                                             |               |             |          |        |

OSSERVAZIONI:

FIRMA DEL DIPENDENTE:

FIRMA DEL COORDINATORE U.O.:

DATA:

*[Handwritten signature]*



SCHEDA DI ADDESTRAMENTO PROFESSIONALE DIRIGENTE NEO ASSUNTO/INSERITO

MRSQA33/4

Il Dott. \_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_  
assegnato alla U.O. di \_\_\_\_\_  
viene affidato per l'inserimento al TUTOR \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_ Il Direttore della U.O. \_\_\_\_\_

| <b>Cognome:</b>              |                            | <b>Nome:</b> |                           |                        |
|------------------------------|----------------------------|--------------|---------------------------|------------------------|
| <b>Dipartimento:</b>         |                            | <b>U.O.:</b> |                           |                        |
| <b>Qualifica:</b>            |                            |              |                           |                        |
| Percorso formativo per ..... | N°<br>interventi/procedure | Data         | Standard minimo richiesto | Mantenimento qualifica |
|                              |                            |              |                           | N. /anno               |
|                              |                            |              |                           |                        |
|                              |                            |              |                           |                        |
|                              |                            |              |                           |                        |

*[Handwritten signature]*



**SCHEDA CONOSCENZE GENERALI NEO ASSUNTO/INSERITO**

MRSQA33/5

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_

assegnato alla U.O. di \_\_\_\_\_

- ☐ Ha acquisito giudizio di idoneità alla mansione specifica (D.Lgs. 81/08 Art. 41, comma 6)  
☐ Ha frequentato il corso obbligatorio in base all'art. 36-37 D.Lgs 81/08 sulla sicurezza per i lavoratori ☐ Sì ☐ No: prenotato per la data \_\_\_\_\_

**È stato informato e conosce:**

- ☐ la Mission e Vision dell'Unità Operativa  
☐ la pianificazione e strutturazione oraria del servizio della U.O.  
☐ il regolamento aziendale Orario di lavoro

**È stato formato e informato su:**

- ☐ le figure professionali presenti nell'U.O. e le loro attività  
☐ i nominativi del responsabile e degli addetti del servizio di prevenzione e protezione, del medico competente.  
☐ le procedure che riguardano il primo soccorso, la lotta antincendio, l'evacuazione dei luoghi di lavoro;  
☐ i nominativi dei lavoratori incaricati di applicare le misure di cui agli articoli 45 (primo soccorso) e 46 (antincendio);  
☐ il corretto utilizzo dei D.P.I.  
☐ gli spazi della struttura  
☐ le Procedure, PCO, Istruzioni Operative  
☐ l'utilizzo degli specifici modelli di apparecchiature disponibili  
☐ la dislocazione delle apparecchiature in uso  
☐ il corretto utilizzo della documentazione clinica in uso

Data \_\_\_\_\_

Direttore/Coordinatore Infermieristico della U.O. \_\_\_\_\_



**REGIONE ABRUZZO**  
**Azienda Sanitaria Locale n. 2**  
**Lanciano-Vasto-Chieti**

Via Martiri Lancianesi, 17/19 - 66100 CHIETI  
Cod. Fisc. Part. IVA 02307130696

Dipartimento Amministrazione  
U.O.C. Amministrazione e Sviluppo delle Risorse Umane

Sede di Chieti  
Tel 0871-358753 Fax 0871-358752

Ufficio Concorsi  
Tel 0871.358760 – 0871.358886 Fax 0871/358853

Chieti, \_\_\_\_\_

Prot. \_\_\_\_\_

Raccomandata A/R

Dr. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

E, p.c.:

Servizio Prevenzione e Protezione

Al Medico Competente

Chieti

**Oggetto: assunzione con rapporto di lavoro a tempo indeterminato/determinato**

Si comunica che con deliberazione, immediatamente esecutiva, n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_, è stata disposta l'assunzione con rapporto di lavoro a tempo indeterminato/determinato della S.V. al posto di Dirigente Medico di \_\_\_\_\_ presso il P.O. di \_\_\_\_\_ per la seguente mansione specifica \_\_\_\_\_, mediante scorrimento della graduatoria riferita al Concorso Pubblico, per titoli ed esami, a n° \_\_\_\_ posti di \_\_\_\_\_ approvata con deliberazione n° \_\_\_\_\_.

La S.V. dovrà perfezionare le prescritte procedure preassuntive e stipulare il relativo contratto individuale di lavoro a tempo indeterminato/determinato, **entro il termine perentorio di 30 (trenta) giorni dal ricevimento della presente comunicazione** a pena di decadenza.

Pertanto, la S.V. è invitata a presentarsi nei giorni di martedì o giovedì, dalle ore 8,30 alle 12,00 (previo appuntamento da concordare telefonicamente ai seguenti numeri Tel. 0871.358760 - 0871.358886), presso gli Uffici di questa ASL a Chieti (in Via dei Vestini - Palazzina SEBI) per effettuare le seguenti obbligatorie ed inderogabili procedure preassuntive, nell'ordine di seguito indicato, e precisamente:

1. primo accesso presso l'U.O.C. Amministrazione e Sviluppo delle Risorse Umane per consegnare tutta la documentazione amministrativa/anagrafica analiticamente di seguito indicata e per fornire i dati necessari alla successiva stipula del contratto individuale di lavoro;
2. presso l'Ufficio del **Servizio Prevenzione e Protezione** per l'inserimento nei protocolli aziendali riferiti alle procedure di cui al D.lvo n. 81/2008 nonché per la





**REGIONE ABRUZZO**  
**Azienda Sanitaria Locale n. 2**  
**Lanciano-Vasto-Chieti**

Via Martiri Lancianesi, 17/19 - 66100 CHIETI  
Cod. Fisc. Part. IVA 02307130696

- preventiva informazione e la programmazione dell'obbligatoria formazione in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
3. presso l'Ufficio del **Medico Competente** per l'esibizione della documentazione sanitaria di seguito indicata e per la conseguente espressione del relativo giudizio medico di sorveglianza sanitaria-preassuntiva.

**Il Direttore UOC**  
**Amm.ne e Sviluppo delle Risorse Umane**  
(Dott.ssa Manuela Loffredo)

Elenco documentazione da produrre:

**a) amministrativa:**

- ✓ Dichiarazione sostitutiva di certificato di trattamento economico (come da modulistica allegata) più copia cedolino ultimo stipendio (solo se dipendente a tempo indeterminato presso altra struttura pubblica);
- ✓ Dichiarazioni sostitutive di certificazioni (come da modulistica allegata);
- ✓ Copia titolo di studio (diploma, laurea, specializzazione, etc...);
- ✓ Copia del documento di riconoscimento e del codice fiscale.
- ✓ Numero e decorrenza iscrizione albo Professionale (ove esistente);
- ✓ Eventuale attestato riferito alla pregressa formazione in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

**b) sanitaria:**

Esami di laboratorio:

- |                                           |                              |
|-------------------------------------------|------------------------------|
| ✓ Emocromo completo+ formula e piastrine, | ✓ HDL,                       |
| ✓ Glicemia,                               | ✓ Trigliceridi,              |
| ✓ Azotemia,                               | ✓ Reticolociti,              |
| ✓ Creatinina,                             | ✓ PT, PTT,                   |
| ✓ Uricemia,                               | ✓ Fibrinogeno                |
| ✓ Sideremia,                              | ✓ Ig Tetano,                 |
| ✓ Bilirubina Tot e Fr.,                   | ✓ IgE Totali                 |
| ✓ Got/Gpt,                                | ✓ IgE Lattice                |
| ✓ Ygt,                                    | ✓ TSH, AbTg, AbTPO           |
| ✓ Elettroforesi sieroproteica,            | ✓ Es. Urine                  |
| ✓ Colesterolo,                            | ✓ Markers HBV, HCV.          |
|                                           | ✓ HIV (previo consenso.....) |
- ✓ Test intradermoreazione sec. MANTOUX (se Mantoux positiva effettuare RX Torace due proiezioni e Quantiferon TB Gold)
  - ✓ Visita Cardiologica con ECG

Al lavoratore si richiede di documentare la certificazione di avvenuta vaccinazione antitifica e antiepatite B.

N.B.: Gli esami saranno gratuiti se effettuati presso le strutture della ASL 2 Lanciano Vasto Chieti presentando la presente nota.

Saranno ritenuti validi esami già in possesso del lavoratore effettuati in data non antecedente tre mesi dalla data di presentazione.