

**DECRETI DIRIGENZIALI A.G.C. N. 19**  
**PIANO SANITARIO REGIONALE E RAPPORTI CON LE UU.SS.LL.**

DECRETO DIRIGENZIALE N. 1 del 16 gennaio 2006

**AREA GENERALE DI COORDINAMENTO PIANO SANITARIO REGIONALE E RAPPORTI CON LE UU.SS.LL. SETTORE AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE DEL PERSONALE - Avvio attività formative per operatore socio sanitario.O.S.S. Adempimenti.**

Il Dirigente del Settore 02 “Aggiornamento e Formazione del Personale Sanitario Regionale” dell’A.G.C. 19 “P.S.R. e Rapporti con gli OO.II. delle AA.SS.LL. e AA.OO.”, Dr.Francesco P.Iannuzzi ,

**PREMESSO**

- che con il Provvedimento 22 febbraio 2001 sottoscritto di concerto tra i Ministri della Salute e delle Politiche Sociali,le Regioni nonché le Province Autonome di Trento e Bolzano sono stati individuati la figura ,il profilo e l’ordinamento didattico dello “operatore socio sanitario-O.S.S.”;

- che con la deliberazione n.995 ,adottata dalla Giunta regionale nella seduta del 28.07.05, è stato disposto l’avvio su tutto il territorio regionale dei relativi percorsi formativi;

- che con la medesima deliberazione è stato previsto di affidare la competenza dell’attività gestionale al Settore “Aggiornamento e Formazione del Personale Sanitario”;

- che all’uopo tale Settore vi ha provveduto del decreto dirigenziale n.63 del 28.10.05 e correlato atto di gestione,pubblicati sul B.U.R.C. n.61 del 21 novembre 2005;

**RAVVISATA LA NECESSITÀ**

- al fine di uniformare l’azione degli Enti accreditati,di introdurre univoci criteri e modalità di gestione durante la tenuta dei corsi;

- che a tanto si possa provvedere con la emanazione di un provvedimento di integrazione del citato atto di gestione;

**VISTI**

- il Provvedimento interministeriale 22 febbraio 2001;

- la circolare assessorile 2659/S.P. del 06 novembre 2003;

- le delibere di Giunta regionale nn.2124/03,3730/03 e 12/05 e correlati disciplinari;

- il decreto dirigenziale n.1 del 12 luglio 2005 di delega delle funzioni a firma del Coordinatore dell’A.G.C. “P.S.R. e Rapporti con gli OO.II.delle AA.SS.LL. e AA.OO.”;

**RITENUTO**

- per tutto quanto innanzi riportato di potersi conseguentemente disporre,

alla stregua dell’istruttoria operata dal Dirigente del competente Servizio 01),nonchè dell’espressa dichiarazione di regolarità dallo stesso resa,

**DECRETA**

per le motivazioni innanzi esposte e che qui si intendono per integralmente riportate :

- di approvare l’unito provvedimento di modifica dell’atto di gestione recepito con il decreto dirigenziale n.63 del 28.10.05 , composto di n.06 pagine complessive,dal n.01 al n.06,recante criteri e modalità per la corretta tenuta delle attività formative per “operatore socio sanitario-O.S.S.” in quanto parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

- di fare obbligo agli Enti accreditati di attenersi alle disposizioni recate dal prefato provvedimento;

- di stabilire che la pubblicazione del presente decreto sul B.U.R.C. in uno ai relativi allegati è da intendersi

quale notifica agli Enti accreditati ai sensi del decreto dirigenziale n.63 del 28.10.05;

- di trasmettere al Settore “Aggiornamento e Formazione del Personale Sanitario” per quanto di competenza;

- di mandare al B.U.R.C. per l’obbligatoria e sollecita pubblicazione.

16 gennaio 2006

*Iannuzzi*



**Giunta Regionale della Campania**  
*A.G.C. Piano Sanitario Regionale*  
*Settore Aggiornamento e Formazione Personale Sanitario*

*Ai Sindaci dei Comuni  
della Campania*

*Ai Direttori Generali*  
*-AA.SS.LL.*  
*-AA.OO.*  
*-A.O.U. Università degli*  
*Studi di Napoli-Federico II*  
*-A.O.U. Seconda Università*  
*degli Studi di Napoli*

*Ai Commissari Straordinari*  
*- I.R.C.C.S. "Pascale"*  
*- I.R.C.C.S. Fondazione*  
*"Maugeri"*

*Ai Legali Rappresentanti*  
*delle strutture sanitarie*  
*riconosciute quali presidi*  
*ospedalieri delle AA.SS.LL.*  
*-Fatebenefratelli NA.-BN.*  
*-Villa Betania*  
*-S.M. della Pietà di Casoria-*  
*Napoli*

*Ai Responsabili Regionali*  
*-AIOP*  
*-ARIS*  
*-ANPRIC*  
*-ANISAP*  
*-Fondazione "DonGnocchi"*  
*-Piccola Opera della Divina*  
*Provvidenza "Cottolengo"*  
*-Unione Industriali Sezione*  
*Sanità*



**Giunta Regionale della Campania**  
*A.G.C. Piano Sanitario Regionale*  
*Settore Aggiornamento e Formazione Personale Sanitario*

*Ai Responsabili regionali*  
*-C.G.I.L. F.P.-Campania*  
*-C.I.S.L. F.P.S.-Campania*  
*-U.I.L.-Sanità-Campania*  
*-F. S. I.*  
*-F.I.A.L.S.*

*Ai Presidenti regionali*  
*-Lega delle Cooperative*  
*Campania*  
*-Confcooperative Campania*  
*- U.N.C.I.*

*Ai Legali Rappresentanti*  
*di Enti Gestori Terzi di F.P.*

**LORO SEDI**

***Oggetto : Avvio attività formative per O.S.S.-Adempimenti.***

*Con il decreto dirigenziale n. 63 del 28.10.05, pubblicato sul B.U.R.C. n. 61 del 21.11.05 , è stato approvato il bando inerente il rilascio degli accreditamenti per la tenuta delle attività formative in riferimento.*

*Al fine di uniformare la correlata attività gestionale , fermo restando le disposizioni previste dal provvedimento interministeriale 22 febbraio 2001 , dalla circolare assessorile n. 2659/SP del 16.11.02 nonché dalle deliberazioni di Giunta regionale nn.2124/03,3730/03 e 12/05, si ritiene opportuno che si provveda:*

- a) a richiedere preventivamente l'inizio dei corsi,previa istanza a firma del Legale Rappresentante,la vidimazione dei registri protocollo corrispondenza,uno per ogni sede operativa,e di classe,uno per ogni corso,opportunamente intestati,timbrati e numerati,di cui si allegano copie in fac simile-all.ti 1 e 2;*



## **Giunta Regionale della Campania**

*A.G.C. Piano Sanitario Regionale*

*Settore Aggiornamento e Formazione Personale Sanitario*

*Tale richiesta deve essere corredata :*

- A) *dall'elenco nominativo degli allievi aggregati in ragione del percorso formativo di riferimento da frequentare(250-400 e 1.000 ore),nella ricettività massima di 10/20 unità per corso,nel rispetto di quanto in merito previsto dal certificato igienico-sanitario ad uso scolastico per gli ambienti deputati alla formazione,così come indicati dall'Ente Gestore nella documentazione trasmessa a corredo dell'istanza;*
- B) *dal piano orario complessivo delle lezioni,dall'inizio e fino alla chiusura del corso.Lo stesso deve specificamente indicare:*
- la materia di insegnamento(teoria-tirocinio-esercitazioni pratiche),il giorno,l'orario di svolgimento,l'insegnante preposto.Per la teoria va indicata anche l'aula in cui si tiene la lezione;per il tirocinio e le esercitazioni pratiche la struttura sanitaria esterna convenzionata,l'ubicazione e l'ambiente della stessa presso i quali vengono espletati.*

*Gli adempimenti di cui ai precedenti punti A) e B) vanno formalizzati secondo l'allegato in fac simile-all.3.*

*Il Settore "Aggiornamento e Formazione del Personale Sanitario" consequenzialmente provvederà al rilascio di un numero di registri in misura pari ai corsi riconosciuti.Per tali attività,nelle more del rilascio dei registri,l'avvio ufficiale decorre dal giorno successivo alla data di richiesta della vidimazione.*

*b) a prevedere un organico minimo di docenti che contempra le seguenti professionalità :*

### **AREA SOCIO CULTURALE,COSTITUZIONALE E LEGISLATIVA**

- Laureato in Lettere e Filosofia o Laureato in Scienze dell'Educazione o Laureato in Scienze della Formazione o Laureato in Scienze della Comunicazione o Laureato in Pedagogia .*
- Laureato in Giurisprudenza.*
- Laureato in ingegneria o Laureato in Architettura o Diplomato(Geometra,Perito industriale) .*

### **AREA PSICOLOGICA E SOCIALE**

- Laureato in Psicologia o Laureato in Sociologia .*



**Giunta Regionale della Campania**  
*A.G.C. Piano Sanitario Regionale*  
*Settore Aggiornamento e Formazione Personale Sanitario*

**AREA IGIENICO SANITARIA E TECNICO OPERATIVA**

- *Laureato in Medicina.*
- *D.A.I.(Dirigente Area Infermeristica) o Caposala o Infermiere Professionale.*

*c) a tenere agli atti della sede operativa la documentazione tecnico-amministrativo-didattico-contabile inerente i corsi , in copia conforme o in originale ;*

*d) a trasmettere, a mezzo raccomandata A.R. , entro 10 giorni dall'inizio dei corsi , l'elenco degli allievi completo di dati anagrafici (luogo e data di nascita-residenza-titolo di studio) corredato del piano orario delle lezioni e dei docenti all'uopo preposti, in uno alla copia della polizza I.N.A.I.L. stipulata per gli allievi, i docenti ed il personale amministrativo formalizzato secondo l'unito allegato- **all.4** . Tale piano di studi deve prevedere obbligatoriamente l'articolazione completa del percorso formativo di riferimento in lezioni teoriche , di tirocinio e di esercitazioni pratiche;*

*e) a istituire, per ogni allievo, un fascicolo personale contenente la documentazione di seguito indicata :*

- 1. domanda di partecipazione al corso sottoscritta dall'allievo e dal Legale Rappresentante dell'Ente Gestore. Ove l'allievo sia minorenni, tale istanza va controfirmata anche dal genitore o da chi ne fa le veci .Tale domanda va protocollata in arrivo nel registro protocollo corrispondenza;*
- 2. fotocopia carta di identità ; in alternativa , di un valido documento di riconoscimento;*
- 3. titolo di studio in copia conforme all'originale;*
- 4. titolo di Operatore socio assistenziale-O.S.A., Assistente geriatrico o Addetto materiale ai portatori di handicap per i partecipanti al percorso formativo da n.400 ore in copia conforme all'originale.*

*Per i soli utenti ammessi alla partecipazione al percorso formativo di n.250 ore , ovvero in possesso del titolo professionale di operatore tecnico addetto all'assistenza-O.T.A.A., è richiesta certificazione , a firma del L.R. dell'Ente presso il quale si è impegnati , autenticata nei modi e termini di legge , con la quale si attesta l'attuale dipendenza presso l'Ente medesimo anche con mansioni diverse da quelle del citato profilo . Tale documentazione va tenuta agli atti del fascicolo personale dell'allievo.*



## Giunta Regionale della Campania

A.G.C. Piano Sanitario Regionale

Settore Aggiornamento e Formazione Personale Sanitario

*f) a comunicare tempestivamente , previa raccomandata A.R. o via fax al n. 081/7969410 , le ammissioni e le dimissioni degli allievi. Le ammissioni sono consentite non oltre il 10% della durata complessiva del corso, rispettivamente 25, 40 e 100 ore a secondo del percorso formativo di riferimento (250-400-1000 ore); le dimissioni durante l'intero arco di durata del corso;*

*g) a trasmettere al Settore "Aggiornamento e Formazione del Personale Sanitario", previa raccomandata A.R. , a conclusione del primo quarto di durata complessiva del corso, rispettivamente 63-113 e 250 ore a seconda del correlato percorso formativo , l'elenco definitivo degli allievi in uno al piano orario delle lezioni , predisposti in conformità dell'allegato fac-simile-all.5. Tale piano di studi deve prevedere obbligatoriamente l'articolazione completa del percorso formativo di riferimento in lezioni teoriche , tirocinio ed esercitazioni pratiche;*

*h) a segnalare tempestivamente , con raccomandata A.R. o via fax al n. 081-7969410 , le variazioni tecnico-amministrativo-didattiche inerenti l'attività formativa: dimissioni docenti, sostituzioni docenti, variazioni orario di lezioni, altro;*

*i) a comunicare al Settore "Aggiornamento e Formazione del Personale Sanitario" , almeno 30 giorni prima del termine del corso, la data , la sede di svolgimento e l'orario di inizio degli esami finali , segnalando contestualmente i nominativi del L.R. e dei docenti , uno per le materie teoriche l'altro per quelle pratiche , chiamati a far parte della Commissione esaminatrice . Essa sarà rispettata in relazione agli impegni istituzionali da assolvere ; diversamente , sarà cura del Settore "Aggiornamento e Formazione del Personale Sanitario" determinarla , dandone informativa a tempo debito all'Ente richiedente.*

*E' opportuno inoltre ricordare che:*

*1.1 le attività formative dovranno terminare entro il 31 dicembre 2006 al fine di consentire l'effettuazione del previsto monitoraggio. Il volume giornaliero di lezioni per singolo corso , teoriche - pratiche e di tirocinio , da espletarsi nella fascia oraria 8.00/20.00 , non può eccedere le n.6 ore complessive;*

*2.1 ogni sezione/corso/classe deve essere composta con un numero di allievi da un minimo di 10 ad un max di 20 unità. Tale ricettività deve essere conforme a quella attestata dall'Ufficiale Sanitario nella certificazione igienico-sanitaria ad uso scolastico dei locali. Il corso non può essere frazionato , ovvero ogni sezione/classe/corso , nella sua interezza numerica , deve presenziare alle previste lezioni teoriche/pratiche/di tirocinio. Il rispetto di tale adempimento deve evincersi dal correlato piano di studi;*

*3.1 gli allievi non possono superare , pena l'esclusione , il limite massimo di assenze consentito (10% della durata complessiva del corso), rispettivamente 25 , 45 e 100 ore in relazione al percorso formativo di riferimento;*



## Giunta Regionale della Campania

A.G.C. Piano Sanitario Regionale

Settore Aggiornamento e Formazione Personale Sanitario

3.1 gli allievi non possono superare , pena l'esclusione , il limite massimo di assenze consentito (10% della durata complessiva del corso), rispettivamente 25 , 45 e 100 ore in relazione al percorso formativo di riferimento;

4.1 l'attività formativa si concluderà con l'espletamento di una prova di esame, sia pratica che teorica, della durata di un sol giorno, dal lunedì al venerdì di ogni settimana ad esclusione del sabato e dei giorni festivi , da tenersi presso la sede di svolgimento del corso(sede

Direttore del corso o legale rappresentante dell'Ente	Presidente
Un esperto designato dall ' Assessorato regionale alla Assistenza Sociale	Componente
Un esperto designato dall ' Assessorato regionale alla Sanità	Componente
Un docente del corso di materie teoriche	Componente
Un docente del corso di materie pratiche	Componente
Un Rappresentante del Settore "Aggiornamento e Formazione del Personale Sanitario"	Segretario

Il Segretario provvederà al ritiro di copia del verbale di esami da far tenere consequenzialmente al Settore "Aggiornamento e Formazione del Personale Sanitario".

Ai componenti la Commissione Esaminatrice di nomina regionale spetterà un compenso pro capite determinato con i criteri previsti dalla deliberazione di G.R. n. 6220 del 23.11.2001.

Agli allievi aventi diritto sarà rilasciato un apposito attestato di qualifica come da facsimile allegato(-all.5-), firmato dal Legale Rappresentante dell'Ente Gestore e dagli Esperti regionali.

E' fatto obbligo all'Ente Gestore di richiedere al Settore "Aggiornamento e Formazione del Personale Sanitario" la convalida degli attestati di qualifica previa istanza a firma del L.R. \_

5.1 Il Settore "Aggiornamento e Formazione Personale Sanitario", competente all'esercizio dell'attività di vigilanza e controllo , in presenza di accertate gravi irregolarità tecnico-amministrativo-didattiche, potrà disporre la revoca dell'autorizzazione delle attività formative previo atto monocratico assessorile.

IL DIRIGENTE DEL SETTORE  
-Dr.Francesco P.Iannuzzi-



GESTIONE \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Allegato 1**

## REGISTRO DI CLASSE

DEL

Corso N. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_

( Autorizzazione Regione Campania N. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ )









**Allegato 2**

1		1	
<h1>PROTOCOLLO CORRISPONDENZA</h1>			
1	2	3	4
La prima colonna del registro "Numero di protocollo" sarà stampata in cifre dall'unità di 0 a 9; in questo modo è sufficiente compilare solamente il primo dei dieci numeri.			

## Allegato 2

Anno \_\_\_\_\_

CORRISPONDENZA RICEVUTA						
Numero di Protocollo	LETTURA		Mittente	Oggetto	Messa in invio*	Ufficio o Servizio destinatario
	A) Data della lettera	B) Numero				
0						
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						





### Allegato 3-4 Fronte

Denominazione soggetto promotore

	I	II
	anno	anno
Inizio corso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Termine I <sup>a</sup> quarto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Intermedi	finali
Richiesta esami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**REGIONE CAMPANIA**  
Assessorato alla Sanità  
Settore Aggiornamento e Formazione  
Personale Sanitario  
Centro Direzionale di Napoli is. C/3

80143

**NAPOLI**

I.N.A.I.L. di \_\_\_\_\_

Oggetto: Corso n. \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_

Delibera G.R. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Autorizzazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Iniziato il \_\_\_\_\_

Data termine primo quarto \_\_\_\_\_

Data termine primo anno \_\_\_\_\_

Data inizio secondo anno \_\_\_\_\_

Data fine corso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

**Allegato 3-4****Retro****ORARIO SETTIMANALE DELLE LEZIONI**

	LUNEDI'	MARTEDI'	MERCOLEDI'	GIOVEDI'	VENERDI'	SABATO
Dalle						
Alle						
Dalle						
Alle						
Dalle						
Alle						
Dalle						
Alle						
Dalle						
Alle						
Dalle						
Alle						

**ELENCO DEGLI ALLIEVI**

N.	COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	TITOLO DI STUDIO
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

## Allegato 5

(Ente Formatore: Denominazione completa - Sede Legale)

Il/la Sig/ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

iscritto/a al corso n. \_\_\_\_\_ per **Operatore Socio Sanitario - O.S.S.**, autorizzato ai sensi della delibera / decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, ha superato nell'anno \_\_\_\_\_ la prova teorico-pratica finale.

Si rilascia, pertanto

al Sig/ra \_\_\_\_\_

il presente

### ATTESTATO DI QUALIFICA DI OPERATORE SOCIO-SANITARIO

Data,

\_\_\_\_\_ Il Legale Rappresentante dell'Ente

\_\_\_\_\_ Il Rappresentante Regionale Assessorato alla Sanità

\_\_\_\_\_ Il Rappresentante Regionale Assessorato Assistenza Sociale

(Timbro dell'Ente formatore)

