Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione

# AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

E.I.

# DELIBERA DEL COMMISSARIO

N. 000825 del 21 DIC. 2017

**OGGETTO: STIPULA** convenzione con il CFSS – Centro Formazione Sanitaria Sicilia, per lo svolgimento del tirocinio di riqualificazione in Operatore Socio Sanitario (OSS), per n.4 tirocinanti, da effettuarsi presso le strutture dell'ARNAS, ai sensi del D.A. n. 560 del 22/3/2017.

**U.O.C. AFFARI GENERALI**

QUADRO ECONOMICO PATRIMONIALE
BUDGET
**Bilancio 2017**

N° Centro di costo _____

N° Conto Economico _____

Ordine n° _____ del _____

Budget assegnato (Euro) _____

Budget già utilizzato (Euro) _____

Budget presente atto (Euro) _____

Disponibilità residua di budget (Euro) _____

☐ Non comporta ordine di spesa

Proposta n. 110 del 20 DIC. 2017

Il Responsabile del Procedimento
Michela C. Romano

Il Direttore U.O.C. Affari Generali

**UOC ECONOMICO – FINANZIARIO**
**Esercizio 2017**

Prot. n. _____ del _____

N° Conto economico _____

N° Conto Patrimoniale _____

Importo (Euro) _____

Prima nota contabile _____

Il Funzionario
.....

**Il Direttore della UOC**
.....

Mandato n. .....del.....

Il Funzionario
.....

**Il Direttore della UOC**
.....

L'anno duemiladiciasette giorno ventuno del mese di dicembre, nei locali della Sede Legale di Piazza Nicola Leotta, 4 Palermo, il Commissario Dr. Giovanni Migliore, nominato con D.P.R.S. n.389/Serv.1/S.G. del 1° agosto 2017, assistito da Dott.ssa P. Vitale quale segretario verbalizzante adotta la presente delibera

20 DIC. 2017

**Il Direttore** della U.O.C. Affari Generali

**PREMESSO** che

- con D.A. n. 560 del 22/03/2017, sono stati istituiti i corsi di riqualificazione in Operatore Socio Sanitario (OSS), secondo il percorso formativo di riqualificazione di cui all'Allegato 1 " Nuove *Linee guida per la riqualificazione in Operatore Socio Sanitario Anni 2017-2018*",
- l'art. 7 dello stesso D.A. prevede che possono erogare i corsi di riqualificazione in OSS, le Aziende del SSR, il CEFPAS e gli Enti di formazione pubblici e privati, e che quest'ultimi devono possedere l'accreditamento nazionale o regionale in qualità di provider ECM ;
- l'art. 10 "*Tirocinio*", dell'Allegato 1 " Nuove *Linee guida per la riqualificazione in Operatore Socio Sanitario – Anni 2017-2018*", prevede, tra l'atro, che il tirocinio pratico dovrà essere espletato presso Strutture Ospedaliere del SSR pubbliche o private convenzionate, previa stipula di una convenzione (allegato C delle Linee Guida);

**VISTA** la nota trasmessa a mezzo PEC il 23/10/2017, acquisita al prot. n. 4537/AA.GG.-E del 24/10/2017, con la quale il CFSS – Centro Formazione Sanitaria Sicilia chiede la disponibilità a questa Azienda alla stipula di una convenzione, per la frequenza di n.4 allievi del corso di riqualificazione in Operatore Socio Sanitario (OSS), ai sensi del D.A. n. 560 del 22/03/2017 secondo l'Allegato 1 "Nuove *Linee guida per la riqualificazione in Operatore Socio Sanitari- Anni 2017-2018* ";

**VISTO** il nulla osta del Responsabile della U.O.S. Formazione di questa Arnas, apposto in calce alla nota di cui sopra;

**VISTO** il nulla osta del Responsabile dell'Ufficio Infermieristico, apposto in calce alla nota di cui sopra;

**VISTE** le dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà, trasmesse a mezzo PEC il 6 dicembre, rese ai sensi del DPR n.445/2000, con la quale il Presidente dichiara che l'Associazione è accreditata presso la AGENAS, in qualità di provider ECM, con il codice identificativo 702, ed è autorizzata dalla Regione Siciliana ad erogare il Corso di Riqualificazione in OSS ID RQ OSS 025 17, ai sensi del D.A. n.560 del 22/3/2017, giusta nota prot. n..58541 del 13/07/2017, come da schema di convenzione;

**VISTA** la e-mail del 13/12/2017, con la quale viene trasmesso lo schema di convenzione di tirocinio – Corso di riqualificazione in OSS ai sensi del D.A. n. 560/2017, dal quale risulta tra l'altro, che:

- il Centro CFSS (Ente Organizzatore), è stato accreditato, presso la AGENAS, qualità di provider ECM, con il codice identificativo 702, ed è stata autorizzato dalla Regione Siciliana, giusta nota prot. n..58541 del 13/07/2017, ad erogare il Corso di Riqualificazione in OSS – codice ID RQ OSS 025 17, ai sensi del D.A. n.560 del 22/3/2017;
- l'Arnas (Ente Ospitante) si impegna ad accogliere presso la propria struttura n. 4 tirocinanti su proposta dell'Ente organizzatore, regolarmente iscritti al corso codice ID RQ OSS 025 17 denominato "Corso di riqualificazione in OSS", come da art. 1;
- che i suddetti tirocinanti dovranno espletare un tirocinio di n. 240 ore che si svolgerà dallo 08/01/2018 al 15/04/2018, per un massimo di 7 ore al giorno e di 36 ore settimanali esclusivamente nelle ore diurne, come da art. 1;
- l'attività formativa verrà seguita e verificata da un tutor di tirocinio, con la qualifica di infermiere, designato dall'Ente Ospitante in veste di responsabile didattico-organizzativo, la cui attività è svolta durante il normale orario di lavoro, e per la quale non è previsto alcun compenso, come da art. 2,
- i tirocinanti di che trattasi sono coperti da polizza assicurativa, a carico dell'Ente Organizzatore contro infortuni sul lavoro presso l'INAIL (codice ditta n.5240250000925354 PAT INAIL), e contro il rischio della RCT presso la Società di Assicurazioni Vittoria Assicurazioni (polizza n. 5240140000925352), come da art. 3;
- tra gli obblighi dei tirocinanti, come da art. 6, è previsto che gli stessi:
  - svolgano le attività previste dalle Nuove Linee Guida – Allegato 1 al D.A. n. 560 del 22/3/2017;
  - rispettino gli obblighi di riservatezza per quanto attiene ai dati, informazioni e conoscenze in merito ai procedimenti amministrativi e ai processi organizzativi acquisiti durante lo svolgimento del tirocinio;
  - rispettino i regolamenti aziendali e le norme in materia di igiene e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- la convenzione decorre dalla data di sottoscrizione sino al completamento del tirocinio, come da

art.8;

**PRESO ATTO** che, come previsto all'art. 7 dello schema di convenzione:

- il Centro CFSS, nella qualità di Ente organizzatore, corrisponderà a questa Arnas, nella qualità di Ente ospitante, un rimborso forfettario per spese generali pari ad €.100,00 per singolo tirocinante per l'intero periodo;
- dalla stipula della presente convenzione non scaturiscono oneri finanziari per l'Arnas;

**VISTO** l'art. 53 della L 30/93

**DATO ATTO** della regolarità della istruttoria della relativa pratica e della conformità della presente proposta alla normativa vigente che disciplina la materia trattata

**PROPONE di**

**STIPULARE** la convenzione con il CFSS – Centro Formazione Sanitaria Sicilia, per lo svolgimento di un tirocinio di riqualificazione in Operatore Socio Sanitario (OSS), per n.4 tirocinanti, da effettuarsi presso le strutture dell'ARNAS, secondo lo schema che costituisce parte integrante del presente provvedimento, in applicazione all'Allegato C delle *"Nuove Linee guida per la riqualificazione in Operatore Socio Sanitario – Anni 2017- 2018* ", Allegato 1 del D.A. n. 560 del 22/3/2017;

**DARE ATTO** che:

- il Centro CFSS (Ente Organizzatore), è stato accreditato, presso la AGENAS, qualità di provider ECM, con il codice identificativo 702, ed è stata autorizzato dalla Regione Siciliana, giusta nota prot. n..58541 del 13/07/2017, ad erogare il Corso di Riqualificazione in OSS – codice ID RQ OSS 025 17, ai sensi del D.A. n.560 del 22/3/2017;
- l'Arnas (Ente Ospitante) si impegna ad accogliere presso la propria struttura n. 4 tirocinanti su proposta dell'Ente organizzatore, regolarmente iscritti al corso codice ID RQ OSS 025 17 denominato "Corso di riqualificazione in OSS", come da art. 1;
- che i suddetti tirocinanti dovranno espletare un tirocinio di n. 240 ore che si svolgerà dallo 08/01/2018 al 15/04/2018, per un massimo di 7 ore al giorno e di 36 ore settimanali esclusivamente nelle ore diurne, come da art. 1;
- l'attività formativa verrà seguita e verificata da un tutor di tirocinio, con la qualifica di infermiere, designato dall'Ente Ospitante in veste di responsabile didattico-organizzativo, la cui attività è svolta durante il normale orario di lavoro, e per la quale non è previsto alcun compenso, come da art. 2,
- i tirocinanti di che trattasi sono coperti da polizza assicurativa, a carico dell'Ente Organizzatore contro infortuni sul lavoro presso l'INAIL (codice ditta n.5240250000925354 PAT INAIL), e contro il rischio della RCT presso la Società di Assicurazioni Vittoria Assicurazioni (polizza n. 5240140000925352), come da art. 3;
- tra gli obblighi dei tirocinanti, come da art. 6, è previsto che gli stessi:
  - svolgano le attività previste dalle Nuove Linee Guida – Allegato 1 al D.A. n. 560 del 22/3/2017;
  - rispettino gli obblighi di riservatezza per quanto attiene ai dati, informazioni e conoscenze in merito ai procedimenti amministrativi e ai processi organizzativi acquisiti durante lo svolgimento del tirocinio;
  - rispettino i regolamenti aziendali e le norme in materia di igiene e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- la convenzione decorre dalla data di sottoscrizione sino al completamento del tirocinio, come da art.8;

**DARE ATTO,** che come previsto all'art. 7 dello schema di convenzione:

- il Centro CFSS, nella qualità di Ente organizzatore, corrisponderà a questa Arnas, nella qualità di Ente ospitante, un rimborso forfettario per spese generali pari ad €.100,00 per singolo tirocinante per l'intero periodo;
- dalla stipula della presente convenzione non scaturiscono oneri finanziari per l'Arnas;

**DARE MANDATO** al Responsabile Ufficio Infermieristico di individuare i tutor aziendali previsti per l'effettuazione del tirocinio, che dovranno essere informati circa i propri obblighi convenzionali, comprese le segnalazioni ai relativi uffici competenti e all'Associazione, conseguenti agli eventuali infortuni occorsi ai tirocinanti, nonché ad eventi coperti da assicurazione contro terzi;

**DARE ATTO** che il presente provvedimento sarà inviato a cura della U.O.S. Convenzioni e Gest. Ass.:

- al CFSS, Via Padre Rosario da Partanna, 22 - Palermo;
- al Responsabile U.O.S. Formazione;
- al Responsabile Ufficio Infermieristico, Dott. Franco Gargano;
- alle Direzioni Sanitarie P.O. Civico e P.O. G. Di Cristina;
- Alla U.O.C. Risorse Umane – Ufficio Infortuni;
- Alla U.O.C. Affari Generali - Ufficio Assicurazioni;
- Alla U.O.C. Economico Finanziario;

**MUNIRE** il presente atto della clausola di immediata esecutività.

IL DIRETTORE
*U.O.C. Affari Generali*
( Ing. Vincenzo Spera)

IL RESPONSABILE
*U.O.S. Conv. e Gest. Ass.*
(Dr.ssa M. Mirabella)

**Sul presente atto viene espresso**

**parere** favorevole **dal**
**IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO**
Dr. Vincenzo Barone

**parere** favorevole **dal**
**IL DIRETTORE SANITARIO**
Dr.ssa Rosalia Murè

**IL COMMISSARIO**

- vista la proposta di deliberazione che precede e che qui si intende riportata e trascritta;
- preso atto dei i pareri favorevoli espressi dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario;
- ritenuto di condividerne il contenuto;
- assistito dal segretario verbalizzante,

**DELIBERA**

di approvare la superiore proposta, che qui s'intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata dal Dirigente Responsabile della struttura proponente

**IL COMMISSARIO**
Dr. Giovanni Migliore

**Il Segretario verbalizzante**
Paola Vitale

PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente deliberazione, per gli effetti dell'art. 53 comma 2 L.R. n°30 del 03/11/1993, in copia conforme all'originale è stata pubblicata in formato digitale all'Albo Informatico dell'A.R.N.A.S. a decorrere dal giorno 24 DIC. 2017 e che, nei 15 giorni consecutivi successivi:

☐ Non sono pervenute opposizioni

☐ Sono pervenute opposizioni da _____

**Il Responsabile Ufficio Atti Deliberativi**
Dott.ssa Paola Vitale

==========

☐ Delibera non soggetta al controllo ai sensi dell'art. 28 comma, 5 della L.R. n. 2 del 26 marzo 2002 e divenuta

**ESECUTIVA**

☐ Per decorrenza del termine di cui alla L.R. n. 30/93 art. 53 comma 6.

☐ Delibera non soggetta al controllo e, ai sensi della L.R. 30/93 art. 53 comma 7,

☒ **IMMEDIATAMENTE ESECUTIVA**

==========

**Estremi riscontro tutorio**

Delibera soggetta a controllo

**Inviata all'Assessorato Sanità il_____ Prot. n._____**

Si attesta che l'Assessorato Reg. Sanità, esaminata la presente deliberazione

ha pronunciato l'approvazione con atto n. _____del _____come da allegato

ha pronunciato l'annullamento con atto n. _____del _____come da allegato

**Il Responsabile Ufficio Atti Deliberativi**
Dott.ssa Paola Vitale

---

**Notificata al Collegio Sindacale il_____Prot. n._____**

**Notificata in Archivio il_____Prot. n._____**

**Il Responsabile Ufficio Atti Deliberativi**
Dott.ssa Paola Vitale

Altre annotazioni

_____

_____

_____

_____