Giunta Regionale della Campania

DECRETO DIRIGENZIALE

DIRETTORE GENERALE/
DIRIGENTE UFFICIO/STRUTTURA
DIRIGENTE SETTORE
DIRIGENTE UOS

Moira PARDO

DECRETO N°	DEL	DIREZ. GENERALE / UFFICIO / STRUTT.	SETTORE	UOS
24	**23/10/2026**	**204**	**03**	**01**

Oggetto:

LINEE DI INDIRIZZO PER L'ACCREDITAMENTO DEI SOGGETTI/ENTI PER L'USO DEI DEFIBRILLATORI SEMIAUTOMATICI/AUTOMATICI ESTERNI (DAE) A PERSONALE NON SANITARIO E PER LA FORMAZIONE DEGLI ISTRUTTORI BLSD/PBLSD

IL DIRIGENTE

PREMESSO che

a. la **legge n. 120 del 03 aprile 2001** disciplina l'utilizzo dei defibrillatori semiautomatici in ambiente extraospedaliero;
b. l'**accordo Stato-Regioni del 27 febbraio 2003** recante "Linee Guida per il rilascio dell'autorizzazione all'utilizzo extraospedaliero dei defibrillatori semiautomatici", demanda alle Regioni la definizione dei programmi regionali per la formazione, aggiornamento, verifica e accreditamento dei formatori e la relativa certificazione;
c. la **legge n. 69 del 15 marzo 2004, art.1, comma1** prevede l'utilizzo del defibrillatore semiautomatico in sede intra ed extraospedaliera anche al personale sanitario non medico, nonché al personale non sanitario che abbia ricevuto una formazione specifica nelle attività di rianimazione cardio-polmonare;
d. il **decreto interministeriale 18 marzo 2011** ha definito i criteri e le modalità di diffusione dei defibrillatori semiautomatici esterni, ai sensi dell'articolo 2, comma 6, della legge 23 dicembre 2009, n. 191;
e. con **delibera di Giunta Regionale n. 621 del 15 novembre 2011** è stato approvato il programma unico regionale per la diffusione dei defibrillatori semiautomatici esterni;

CONSIDERATO che

- la fibrillazione ventricolare rappresenta una delle principali cause di mortalità sul territorio nazionale e che la defibrillazione precoce costituisce l'intervento più efficace ai fini dell'incremento delle probabilità di sopravvivenza in caso di arresto cardiaco improvviso;

- la Regione Campania promuove la diffusione dei Defibrillatori Automatici e Semiautomatici Esterni (DAE) sull'intero territorio regionale, nonché la formazione dei soggetti non sanitari (laici) nelle manovre di rianimazione cardiopolmonare e nell'utilizzo del DAE, al fine di assicurare un tempestivo supporto alle funzioni vitali nelle situazioni di emergenza e di contribuire alla riduzione dei tempi di intervento in attesa dell'arrivo dei soccorsi qualificati;

- la Regione Campania è tenuta a disciplinare le modalità di accreditamento dei soggetti erogatori dei corsi di formazione relativi alle manovre di rianimazione cardiopolmonare di base (RCP) e all'utilizzo del Defibrillatore Automatico e Semiautomatico Esterno (DAE) da parte di personale non sanitario, garantendo l'uniformità dei percorsi formativi, la qualità dell'offerta didattica, la tracciabilità delle attività formative e delle certificazioni rilasciate;

- l'accreditamento dei soggetti/enti formatori costituisce requisito indispensabile per l'organizzazione e l'erogazione dei corsi BLSD e BLSD-P validi ai fini dell'abilitazione all'esecuzione delle manovre di rianimazione cardiopolmonare e all'utilizzo del Defibrillatore Automatico e Semiautomatico Esterno (DAE) da parte di personale laico.

TENUTO CONTO che

- si rende necessario procedere all'aggiornamento delle Linee di indirizzo regionali in materia di formazione dei soggetti non sanitari (laici), non inseriti nel sistema dell'emergenza territoriale 118, nonché alla definizione e regolamentazione delle procedure per l'accreditamento dei soggetti formatori abilitati o da abilitare all'erogazione dei corsi BLSD/P-BLSD;
- tale aggiornamento è finalizzato ad assicurare l'uniforme applicazione della disciplina sull'intero territorio regionale, l'omogeneità dei requisiti e delle procedure di accreditamento

e riconoscimento dei soggetti formatori, nonché elevati standard qualitativi nell'organizzazione e nell'erogazione dei percorsi formativi.

RITENUTO, pertanto, di

- dover approvare in sostituzione e aggiornamento del documento adottato con D.D. n. 1 del 07 ottobre 2025, il documento recante "Linee di indirizzo regionali per l'accreditamento dei soggetti/enti formatori per l'uso dei defibrillatori semiautomatici/automatici esterni (DAE) a personale non sanitario e per la formazione degli istruttori BLSD/PBLSD";

- dover approvare quali parti integranti e sostanziali al presente provvedimento i Modelli allegati:
  - **Allegato A** - Linee di indirizzo regionali per l'accreditamento dei soggetti/enti formatori per l'uso dei defibrillatori semiautomatici/automatici esterni (DAE) da parte di personale non sanitario e per la formazione degli istruttori BLSD/PBLSD;
  - **Allegato B** - Istanza di accreditamento;
  - **Allegato C** - Check-list della documentazione da allegare all'istanza;
  - **Allegato D** - Atto di nomina del Direttore Scientifico;
  - **Allegato E** - Elenco dei Direttori di corso e degli Istruttori allineati;
  - **Allegato F** - Autodichiarazione del Direttore di corso e dell'Istruttore;
  - **Allegato G** - Comunicazione di attivazione del corso;
  - **Allegato H** - Comunicazione di conclusione del corso e degli esiti;
  - **Allegato I** - Tracciato dell'elenco annuale degli attestati emessi;
  - **Allegato L** - Elenco delle Centrali Operative 118 territorialmente competenti;
  - **Allegato M** - Modello di censimento dei defibrillatori semiautomatici/automatici esterni;
  - **Allegato N** - Dichiarazione di possesso della dotazione strumentale minima;

- dover disporre la pubblicazione delle Linee di indirizzo regionali e della relativa modulistica allegata al presente provvedimento nella sezione "BLSD Laico" del portale istituzionale della Regione Campania al link *https://www.regione.campania.it/aree-tematiche/sanita/assistenza/assistenza-ospedaliera/blsd-laico*, al fine di garantirne la consultazione da parte dei soggetti interessati e l'accesso alla documentazione in formato scaricabile ed editabile necessaria per la presentazione delle istanze e degli adempimenti connessi.

- dover prevedere che i soggetti già accreditati provvedano, **entro sei mesi dalla data di pubblicazione del presente provvedimento**, all'adeguamento ai requisiti e alle disposizioni contenuti nelle Linee di indirizzo regionali approvate con il presente atto.

VISTI

- la **circolare del Ministero della Salute DGPROGS 0013917 del 20 maggio 2014** recante "Indirizzi per il riconoscimento dei soggetti abilitati all'erogazione dei corsi di formazione finalizzati al rilascio dell'autorizzazione all'impiego dei defibrillatore semiautomatico esterno (DAE) – ai sensi del D.M. 18 marzo 2011", già recepita con decreto dirigenziale n. 11 del 19.06.2014;
- l'**Accordo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province Autonome di Trento e Bolzano del 30 luglio 2015** recante "indirizzi per il riconoscimento dei soggetti abilitati all'erogazione dei corsi di formazione finalizzati al rilascio dell'autorizzazione all'impiego del defibrillatore automatico esterno (DAE)";

- la **Legge n. 116 del 04 agosto 2021** recante "Disposizione in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici";
- il **Decreto Dirigenziale n. 1 del 07 ottobre 2025** di approvazione delle Linee di indirizzo al programma di formazione per la rianimazione in adulti BLSD (Basic Life Support Defibrillation) per il soccorritore "laico", non inserito nel circuito 118, nonché le procedure per l'accreditamento dei soggetti abilitati o da abilitare alla formazione;
- il **Decreto Dirigenziale n. 215 del 22 settembre 2025** di conferimento dell'incarico di Dirigente della U.O.S. Qualità delle cure, Reti e Percorsi cod. 204.03.01;

ACCERTATA l'assenza di cause di incompatibilità e/o conflitto di interessi per il responsabile dell'istruttoria e per il Dirigente firmatario, ai sensi della legge anticorruzione e trasparenza (L. n. 190/2012 e D. lgs 33/2013) e del codice di comportamento dei dipendenti pubblici (Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e Decreto del Presidente della Repubblica n. 62/2013).

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal responsabile del procedimento, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità resa dal dirigente dalla U.O.S. Qualità delle cure, Reti e Percorsi cod. 204.03.01;

DECRETA

Per i motivi di cui sopra che qui si intendono per integralmente riportati e trascritti di:

1. **APPROVARE** in sostituzione e aggiornamento del documento adottato con D.D. n. 1 del 07 ottobre 2025, il documento recante "Linee di indirizzo regionali per l'accreditamento dei soggetti/enti formatori per l'uso dei defibrillatori semiautomatici/automatici esterni (DAE) a personale non sanitario e per la formazione degli istruttori BLSD/PBLSD";

2. **APPROVARE** quali parti integranti e sostanziali al presente provvedimento i Modelli allegati:
   - **Allegato A** - Linee di indirizzo regionali per l'accreditamento dei soggetti/enti formatori per l'uso dei defibrillatori semiautomatici/automatici esterni (DAE) da parte di personale non sanitario e per la formazione degli istruttori BLSD/PBLSD;
   - **Allegato B** - Istanza di accreditamento;
   - **Allegato C** - Check-list della documentazione da allegare all'istanza;
   - **Allegato D** - Atto di nomina del Direttore Scientifico;
   - **Allegato E** - Elenco dei Direttori di corso e degli Istruttori allineati;
   - **Allegato F** - Autodichiarazione del Direttore di corso e dell'Istruttore;
   - **Allegato G** - Comunicazione di attivazione del corso;
   - **Allegato H** - Comunicazione di conclusione del corso e degli esiti;
   - **Allegato I** - Tracciato dell'elenco annuale degli attestati emessi;
   - **Allegato L** - Elenco delle Centrali Operative 118 territorialmente competenti;
   - **Allegato M** - Modello di censimento dei defibrillatori semiautomatici/automatici esterni;
   - **Allegato N** - Dichiarazione di possesso della dotazione strumentale minima;

3. **DISPORRE** la pubblicazione delle Linee di indirizzo regionali e della relativa modulistica allegata al presente provvedimento nella sezione "BLSD Laico" del portale istituzionale della Regione Campania al link *https://www.regione.campania.it/aree-tematiche/sanita/assistenza/assistenza-ospedaliera/blsd-laico*, al fine di garantirne la consultazione da parte dei soggetti interessati e l'accesso alla documentazione in formato

scaricabile ed editabile necessaria per la presentazione delle istanze e degli adempimenti connessi.

4. **PREVEDERE** che i soggetti già accreditati provvedano, entro sei mesi dalla data di pubblicazione del presente provvedimento, all'adeguamento ai requisiti e alle disposizioni contenuti nelle Linee di indirizzo regionali approvate con il presente atto.

5. **TRASMETTERE** il presente provvedimento alla Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale per gli adempimenti di competenza, alla Segreteria di Giunta, alla sezione Casa di vetro ai sensi dell'art.5 del L.R. n. 23/2017 nonché al BURC per la pubblicazione.

Moira PARDO
Firmato digitalmente ai sensi del CAD e normativa connessa

ALLEGATO A

LINEE DI INDIRIZZO PER L'ACCREDITAMENTO DEI SOGGETTI/ENTI PER L'USO DEI DEFIBRILLATORI SEMIAUTOMATICI/AUTOMATICI ESTERNI (DAE) A PERSONALE NON SANITARIO E PER LA FORMAZIONE DEGLI ISTRUTTORI BLSD/PBLSD

fonte: http://burc.regione.campania.it

INDICE

PREMESSA – FINALITÀ E PREMESSE 3
Art. 1 – Finalità 3
PARTE PRIMA – REQUISITI, PROCEDURE E MODALITÀ DI ACCREDITAMENTO 3
Art. 2 – Soggetti/Enti titolati all'erogazione dei corsi 3
Art. 3 – Requisiti minimi per l'accreditamento 3
Art. 4 – Modalità di presentazione domanda di accreditamento 6
Art. 5 – Recepimento e attuazione del regolamento per i Soggetti/Enti già accreditati 6
Art. 6 – Rilascio dell'accreditamento 6
Art. 7 – Sospensione/revoca dell'accreditamento 6
Art. 8 – Validità dell'accreditamento 7
PARTE SECONDA – STANDARD E PROCEDURE PER L'EROGAZIONE DEI CORSI ED ADEMPIMENTI DEL SOGGETTO ACCREDITATO 7
Art. 9 – Obiettivi didattici del corso 7
Art. 10 – Struttura del corso 7
Art. 11 – Composizione delle aule per l'erogazione del corso 8
Art. 12 – Materiali ed attrezzature minime per l'erogazione dei corsi 8
Art. 13 – Durata del corso ed esame finale 9
Art. 14 – Adempimenti del soggetto accreditato o riconosciuto 9
PARTE TERZA – RILASCIO, VALIDITÀ E DURATA DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'USO DEL DAE 11
Art. 15 – Rilascio dell'autorizzazione all'uso del DAE 11
Art. 16 – Validità e durata dell'autorizzazione all'uso del DAE 11
Art. 17 – Retraining 11
PARTE QUARTA – FORMAZIONE DEGLI ISTRUTTORI BLSD/PBLSD 12
Art. 18 – Riconoscimento della qualifica di Istruttore BLSD 12
Art. 19 – Percorso formativo dell'istruttore 12
Art. 20 – Mantenimento dello status di istruttore 12
Art. 21 – Documentazione degli istruttori, dei direttori di corso e del direttore scientifico 12
Art. 22 – Integrazione degli istruttori BLSD/PBLSD afferenti al Soggetto/Ente accreditato 13

fonte: http://burc.regione.campania.it

PREMESSA
FINALITÀ E PREMESSE

Art. 1 Finalità

Le presenti Linee di Indirizzo hanno la finalità di disciplinare le modalità di accreditamento di soggetti erogatori dei corsi per la formazione specifica sulle manovre di rianimazione cardio-polmonare di base ed uso del defibrillatore semiautomatico/automatico esterno (DAE) ad opera di personale non sanitario (laico), al fine di favorire la diffusione e l'utilizzo dei defibrillatori semiautomatici/automatici esterni (DAE) per garantire un tempestivo sostegno delle funzioni vitali ed eventuale defibrillazione, ove necessario, in attesa dell'intervento di personale sanitario specializzato. I corsi in oggetto sono il Basic Life Support & Defibrillation (BLSD) e il Pediatric Basic Life Support & Defibrillation (PBLSD).
Il documento non si applica alla formazione BLSD/PBLSD del personale sanitario e non sanitario che opera sui mezzi di soccorso.

PARTE PRIMA
REQUISITI, PROCEDURE E MODALITÀ DI ACCREDITAMENTO

Art. 2 Soggetti/Enti titolati all'erogazione dei corsi

La Regione Campania, in attuazione del decreto del Ministro della Salute 18 marzo 2011, identifica i soggetti/enti per la realizzazione di corsi finalizzati all'abilitazione di personale laico all'utilizzo del DAE, come di seguito riportato:

a) Centrali operative del sistema di emergenza 118;
b) Strutture del servizio sanitario regionale;
c) Università;
d) Ordini professionali sanitari;
e) Organizzazioni medico scientifiche di rilevanza nazionale;
f) Croce Rossa Italiana;
g) Associazioni di volontariato nazionali e regionali operanti in ambito sanitario;
h) Enti pubblici che hanno come fine istituzionale la sicurezza del cittadino;
i) Altri soggetti pubblici o privati operanti in ambito sanitario che dispongono di una adeguata struttura di formazione.

I soggetti sopra elencati, ad esclusione dei soggetti di cui al punto a), devono presentare apposita istanza volta ad ottenere l'accreditamento da parte della Regione Campania all'erogazione dei corsi di formazione finalizzati all'abilitazione all'utilizzo dei DAE e alle manovre RCP di base.
Le centrali operative del sistema di emergenza 118 possono organizzare corsi di formazione in ossequio alle disposizioni di cui al presente documento.

Art. 3 Requisiti minimi per l'accreditamento

I soggetti/enti, che intendono accreditarsi per l'erogazione dei corsi di formazione validi ai fini del rilascio dell'autorizzazione all'utilizzo dei DAE presso la Regione Campania, dovranno dimostrare di possedere, oltre ad uno statuto, una sede legale, un legale rappresentante, **i seguenti requisiti minimi**:

1. prevedono nel proprio statuto/atto aziendale **l'impegno nel campo della formazione** (anche a titolo non esclusivo);
2. disponibilità **di almeno una sede operativa** con requisiti necessari alla gestione delle attività formative ubicata **obbligatoriamente** nella Regione Campania. Ogni sede operativa deve avere la disponibilità dei locali destinati all'erogazione del servizio, producendo documenti ufficiali che certifichino la detenzione ad uso esclusivo dei locali, corredati da planimetria quotata sottoscritta da tecnico abilitato, con indicazione della destinazione d'uso e della superficie netta di ciascuna aula, ai fini della verifica del requisito di cui all'art. 11. Resta intesa la

fonte: http://burc.regione.campania.it

possibilità di poter erogare corsi presso strutture terze purché rispettino i requisiti necessari alla gestione delle attività formative;

3. Il soggetto/Ente deve essere ufficialmente affiliato o riconosciuto da uno degli organismi
- **società scientifiche internazionali membri ufficiali di ILCOR** che abbiano istituito percorsi formativi regolamentati, ufficiali e standardizzati per il riconoscimento della qualifica di istruttore BLS con DAE.
- **società scientifiche nazionali iscritte nell'elenco di cui al decreto del Ministro della Salute 2 agosto 2017, che abbiano al contempo mission coerente e attività regolare nell'area dell'emergenza-urgenza**, che siano dotate di comprovata attività scientifica, didattica e pubblicistica nel settore e che abbiano istituito percorsi formativi regolamentati, ufficiali e standardizzati per il riconoscimento della qualifica di istruttore BLSD/PBLSD, che eroghino in via continuativa corsi BLSD/PBLSD e che rilascino le relative certificazioni di istruttore direttamente ovvero tramite i centri ad esse affiliati ed autorizzati.

Il Soggetto/Ente allega all'istanza di accreditamento l'attestato di affiliazione o di riconoscimento in corso di validità, rilasciato dall'organismo.
Qualora il Soggetto/Ente afferisca ad una delle **società scientifiche nazionali iscritte nell'elenco di cui al decreto del Ministro della Salute 2 agosto 2017**, allega altresì una dichiarazione sottoscritta dal presidente o dal legale rappresentante della società scientifica. Con tale dichiarazione la società scientifica attesta: di essere iscritta nell'elenco di cui al decreto del Ministro della Salute 2 agosto 2017, indicando gli estremi dell'iscrizione; di operare nell'area dell'emergenza-urgenza; di erogare corsi BLSD/PBLSD; di aver istituito un proprio percorso per il riconoscimento della qualifica di istruttore BLSD/PBLSD; di rilasciare le relative certificazioni direttamente ovvero tramite i centri ad essa affiliati e autorizzati.
La dichiarazione di cui al comma precedente riguarda la società scientifica e non il singolo Soggetto/Ente. Essa può pertanto essere prodotta in copia e vale per tutti i Soggetti/Enti affiliati alla medesima società scientifica.
La Regione Campania verifica l'iscrizione consultando l'elenco tenuto dal Ministero della Salute, fermo restando il potere di controllo di cui all'art. 71 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

4. è in possesso di una polizza assicurativa RCT/RCO in corso di validità;

5. è in possesso di un **Regolamento** dei percorsi di formazione ed aggiornamento continuo degli istruttori;

6. ha un servizio/struttura preposta alla formazione con al suo interno un medico con specializzazione in Anestesia e Rianimazione, o in Cardiologia, o in Medicina Interna, o in Medicina di Emergenza-Urgenza, con funzioni di **DIRETTORE SCIENTIFICO** della struttura formativa, responsabile della rispondenza dei corsi ai criteri previsti. Il direttore scientifico incaricato deve essere **esclusivo**, ovvero, non è consentito ricoprire tale ruolo per più di 1 centro di formazione;

7. disponibilità di almeno **5 (cinque) istruttori con ruolo di DIRETTORE DI CORSO esclusivi** *(non è consentito ricoprire tale ruolo per più di 1 centro di formazione)*.
Oltre agli istruttori con ruolo di direttore di corso, il Soggetto/Ente può avvalersi di semplici **ISTRUTTORI** BLSD/PBLSD certificati, anche non sanitari (laici).
Il Soggetto/Ente è comunque tenuto a dichiarare l'elenco completo di tutti gli istruttori, sia quelli con ruolo di direttore di corso che quelli di istruttori semplici, con le modalità e la documentazione previste dall'art. 21.
Compiti, requisiti e caratteristiche delle due figure sono di seguito specificati:

Istruttore con ruolo di DIRETTORE DI CORSO

- deve possedere le seguenti qualifiche, caratteristiche e attività:
  - *avere un titolo riconosciuto in Italia nelle seguenti professioni sanitarie accreditate dal Ministero della Salute: Medico Chirurgo, Odontoiatra, Infermiere, Infermiere pediatrico, Ostetrica/o, Fisioterapista.*
  - *possedere una certificazione di istruttore BLSD/PBLSD in corso di validità conforme a quanto previsto dall'art. 18 del presente documento;*
  - *essere allineato esclusivamente ad 1 (uno) centro di formazione;*
  - *aver svolto almeno 10 corsi in qualità di istruttore nell'ultimo triennio, indipendentemente dal Soggetto/Ente per il quale sono stati svolti e dalla Regione in cui si sono tenuti, purché erogati da un soggetto/ente accreditato o riconosciuto.*
- specifiche del ruolo:
  - *deve essere sempre presente durante tutta la durata del corso;*

fonte: http://burc.regione.campania.it

- *svolge attività di docenza diretta e/o in collaborazione con altri direttori di corso oppure con istruttori semplici, anche laici, assegnati al corso, indicati e registrati dal soggetto/ente erogatore;*
- *è il responsabile diretto dell'attività didattica svolta in quella determinata sessione;*
- *svolge gli esami finali da solo o in collaborazione con altri istruttori del corso;*
- *è responsabile della corretta gestione della parte documentale fino al successivo rilascio all'ente/soggetto erogatore;*
- *è incluso nella lista istruttori del corso al fine del mantenimento del corretto rapporto istruttori/allievi, per un numero massimo di candidati di 6 (sei) unità.*

ISTRUTTORE SEMPLICE

- deve possedere le seguenti qualifiche, caratteristiche e attività:
  - *certificazione specifica BLSD/PBLSD in corso di validità conforme a quanto previsto dall'art. 18 del presente documento;*
  - *essere allineato esclusivamente ad 1 (uno) centro di formazione;*
  - *può essere non sanitario (laico), purché nel corso sia presente almeno un **direttore di corso***
- specifiche del ruolo:
  - *svolge attività didattica durante il corso solo se nel corso in aula è presente un direttore di corso;*
  - *si occupa dell'organizzazione dell'aula e supporta il direttore di corso durante tutte le attività;*
  - *può effettuare gli esami finali sotto la supervisione del direttore di corso.*

8. è in possesso di una struttura organizzativa per le funzioni di **segreteria** e di registrazione dell'attività connesse alla formazione;

9. disponibilità di sistemi AV (personal computer, videoproiettori, casse, ecc);

10. disponibilità di
- **almeno 3 (tre) simulatori di paziente (manichini) vittima adulta,**
- **almeno 3 (tre) simulatori di paziente (manichini) vittima bambino,**
- **almeno 3 (tre) simulatori di paziente (manichini) vittima lattante,**

con le seguenti caratteristiche minime:
- *iperestensione della testa,*
- *possibilità di ventilazione con sollevamento del torace,*
- *resistenza alle compressioni,*
- *sistema di feedback audio/visivo delle compressioni e ventilazioni*

(richiesta valida sia per i manichini adulto, sia bambino, sia lattante)

11. disponibilità di almeno 3 (tre) simulatori DAE perfettamente funzionanti con placche adulto e pediatrico o sistema di switch modalità;

12. disponibilità di un **manuale BLSD** redatto nel pieno rispetto delle più recenti linee guida internazionali rilasciate dagli organismi riconosciuti e membri ufficiali di ILCOR. Il manuale deve essere fornito a ogni singolo partecipante prima dell'inizio del corso, al fine di consentire l'acquisizione delle nozioni preliminari indispensabili alla corretta fruizione del percorso formativo;

13. disponibilità di una presentazione per le lezioni frontali sviluppata nel pieno rispetto delle più recenti linee guida internazionali rilasciate dagli organismi riconosciuti e membri ufficiali di ILCOR;

14. impegno a istituire e tenere aggiornato, a decorrere dalla data di accreditamento e con le modalità di cui all'art. 14, un registro (anche elettronico) degli istruttori e direttori di corso che riporti per ciascuno: nome, cognome, data di nascita, codice fiscale, titolo e posizione, ruolo ricoperto nel centro, estremi dell'attestato esecutore ed istruttore con relative scadenze;

15. impegno a istituire e tenere aggiornato, a decorrere dalla data di accreditamento e con le modalità di cui all'art. 14, un registro (anche elettronico) degli attestati emessi per ogni singolo partecipante ai corsi BLSD erogati nella Regione Campania che riporti per ciascuno: nome, cognome, data di nascita, codice fiscale, numero di protocollo dell'attestato e data di emissione.

I soggetti/enti accreditati presso altre regioni che presentino istanza per essere inseriti nell'elenco degli enti accreditati presso la Regione Campania dovranno comunque rispondere a tutti i requisiti riportati nel presente regolamento seguendo l'iter di riconoscimento dell'accreditamento standard.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Art. 4 Modalità di presentazione domanda di accreditamento

Il soggetto interessato ad ottenere l'accreditamento alla formazione di cui al presente Regolamento dovrà compilare e inviare apposita istanza, redatta secondo il modello di cui all'**ALLEGATO B** del presente decreto, **esclusivamente mediante PEC dedicata: *ospedaliera.dae@pec.regione.campania.it* alla Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale**, che potrà chiedere eventuali integrazioni e/o chiarimenti.
La compilazione della domanda avviene secondo le disposizioni previste dal *D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445*, *"Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa"*. I dati riportati assumono quindi il valore di dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto di notorietà rese ai sensi degli artt. 46 e 47, con le conseguenze di carattere amministrativo e penale previste dagli artt. 75 e 76 per colui che rilasci dichiarazioni mendaci.
All'istanza deve essere allegata la check list di cui all'**ALLEGATO C** del presente decreto, compilata e sottoscritta dal legale rappresentante, che riepiloga la documentazione da produrre.
Le istanze dovranno pervenire esclusivamente nel mese di APRILE di ogni anno.
Saranno valide le domande presentate entro e non oltre le ore 24:00 dell'ultimo giorno del mese.
Non verranno valutate le domande che perverranno in altro periodo.

Art. 5 Recepimento e attuazione del regolamento per i Soggetti/Enti già accreditati

Atteso che le Linee di Indirizzo costituiscono parte integrante e sostanziale del presente decreto e perseguono l'obiettivo di riordinare l'intero settore mediante la definizione di procedure e standard formativi omogenei e uniformi, i soggetti e gli enti già accreditati dalla Regione Campania alla data di adozione del presente provvedimento dovranno conformarsi ai requisiti da esso previsti entro il termine perentorio di sei (6) mesi decorrenti dalla data di pubblicazione del decreto, presentando nuova istanza di accreditamento con le stesse modalità e tempistiche previste per gli enti di nuova candidatura al fine di comprovare il possesso dei nuovi requisiti previsti dal presente documento.

Art. 6 Rilascio dell'accreditamento

La Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale - Settore Assistenza Ospedaliera - UOS Qualità delle Cure, Reti e Percorsi procederà alla valutazione delle istanze ai fini del rilascio dell'accreditamento che sarà effettuato con provvedimento formale e può procedere alla verifica sul campo sia della veridicità delle dichiarazioni che della conformità della formazione effettuata.
Il termine per l'espletamento dell'istruttoria è fissato in 90 (novanta) giorni decorrenti dalla scadenza del termine di presentazione delle istanze.
Le domande che perverranno incomplete dei requisiti e/o in assenza dei Modelli allegati verranno respinte.
È esclusa la possibilità di modificare il format degli allegati.
La Regione si riserva di effettuare verifiche periodiche sulla presenza e il mantenimento dei requisiti.
La Regione provvede a mantenere disponibile sull'apposita sezione del sito istituzionale l'elenco aggiornato dei soggetti accreditati.

Art. 7 Sospensione/revoca dell'accreditamento

La Regione e/o le Centrali Operative 118, per conto della Regione stessa, possono effettuare verifiche periodiche, sia amministrative sia tecniche, per accertare il rispetto dei requisiti, provvedendo altresì al monitoraggio dei corsi di formazione per la verifica del rispetto dei criteri dichiarati, anche con verifiche in loco.
A verifica/visita avvenuta, l'esaminatore incaricato dalla Regione redige una breve relazione, il cui risultato viene comunicato alla Regione ed al Legale rappresentante dell'ente accreditato. Nel caso in cui le visite ispettive rilevino delle difformità, gli ispettori potranno impartire idonee disposizioni atte a rimuovere le criticità rilevate, ovvero, in caso di mancato rispetto delle prescrizioni o di violazioni di particolare rilevanza, potranno assumere tutti i provvedimenti idonei nei confronti del soggetto e/o Ente interessato, sino all'eventuale revoca dell'accreditamento, con conseguente sospensione cautelare o cancellazione dal Registro Regionale dei Centri di Formazione Accreditati all'erogazione di corsi BLSD, con segnalazione a tutte le altre Regioni e Province Autonome, anche con pubblicazione sul sito web dedicato.

fonte: http://burc.regione.campania.it

In caso di revoca, l'Ente è tenuto a presentare nuova istanza di accreditamento nel rispetto delle modalità e dei tempi previsti dall'art.4.

Art. 8 Validità dell'accreditamento

L'accreditamento ha validità di 3 (tre) anni.
Alla scadenza del triennio non è previsto alcun rinnovo dell'accreditamento in essere. Il Soggetto/Ente che intenda proseguire l'attività formativa deve presentare nuova istanza di accreditamento, redatta secondo il modello di cui all'allegato B del presente decreto, con le medesime modalità e nei medesimi termini previsti dall'art. 4 del presente regolamento, dimostrando il possesso di tutti i requisiti ivi richiesti.

PARTE SECONDA
STANDARD E PROCEDURE PER L'EROGAZIONE DEI CORSI ED ADEMPIMENTI DEL SOGGETTO ACCREDITATO

Art. 9 Obiettivi didattici del corso

Nel rispetto delle ultime linee guida emanate dalle **società scientifiche membri ufficiali** che compongono l'assemblea generale dell'ILCOR *(International Liaison Committee on Resuscitation)* il corso deve preparare il personale non sanitario (laico) ad eseguire la rianimazione cardiopolmonare (RCP) e usare un defibrillatore semiautomatico/automatico esterno (DAE) in modo sicuro, tempestivo ed efficace. Il corso comprende obiettivi cognitivi e psicomotori.

Nello specifico lo studente al termine del corso dovrà essere in grado di:
- Descrivere il modo in cui una RCP di alta qualità migliora la sopravvivenza
- Spiegare i concetti della Catena della Sopravvivenza
- Riconoscere quando qualcuno ha bisogno della RCP
- Eseguire una RCP di alta qualità su un adulto
- Descrivere come eseguire la RCP con l'aiuto di altre persone
- Eseguire ventilazioni efficaci bocca-bocca o con una maschera su un adulto
- Usare un DAE su un adulto
- Descrivere quando e come aiutare un adulto o un bambino che sta soffocando

Se è previsto anche il modulo pediatrico, il corso deve far acquisire anche le seguenti competenze:
- Eseguire una RCP di alta qualità su un bambino
- Eseguire ventilazioni efficaci bocca-bocca o con una maschera su un bambino
- Usare un DAE su un bambino
- Eseguire una RCP di alta qualità su un lattante
- Eseguire ventilazioni efficaci bocca-bocca o con una maschera su un lattante
- Descrivere quando e come aiutare un bambino che sta soffocando
- Dimostrare come aiutare un lattante che sta soffocando

Art. 10 Struttura del corso

I soggetti accreditati nell'erogazione dei corsi dovranno rispettare protocolli e algoritmi BLSD/PBLSD nel rispetto delle ultime **linee guida emanate dalle società scientifiche membri ufficiali che compongono l'assemblea generale dell'ILCOR** *(International Liaison Committee on Resuscitation)*.

La struttura del corso rivolto a personale non sanitario (laico) deve prevedere obbligatoriamente:
1. una parte teorica (max 20% della durata)
2. una parte pratica simulativa effettuata mediante l'ausilio dei manichini e dei trainer DAE
3. un esame finale pratico obbligatorio

fonte: http://burc.regione.campania.it

Tutte le fasi del corso devono essere erogate esclusivamente in presenza.
Non è ammessa alcuna modalità di formazione a distanza (FAD sincrona/asincrona) né totalmente né in parte.

Il corso può prevedere due formule:

- corso **BLSD** per operatore laico inclusivo del solo modulo adulto
- corso **BLSD/PBLSD** per operatore laico inclusivo dei moduli adulto e pediatrico

Il Soggetto/Ente accreditato dovrà provvedere a comunicare anticipatamente alla Regione, ai sensi dell'art. 14, la formula (BLSD o BLSD/PBLSD) del corso che ha intenzione di erogare.
Le due formule sopra indicate sono le uniche ammesse.
Il modulo pediatrico comprende inscindibilmente la vittima bambino e la vittima lattante e non può essere erogato separatamente dal modulo adulto.
Il corso deve essere erogato in un'unica giornata e non può essere frazionato su più giornate.

Art. 11 Composizione delle aule per l'erogazione del corso

Durante lo svolgimento del corso, sia della parte teorica che pratica, sarà necessario rispettare un rapporto massimo di 1 istruttore ogni 6 partecipanti. Durante le sessioni pratiche sarà necessario garantire, altresì, un congruo rapporto istruttore/studenti/manichini con un massimo di 1/6/2. Si precisa che durante le simulazioni pratiche il singolo istruttore non può controllare più di 2 manichini/2 studenti per volta.

Per la valutazione delle competenze (esame finale) deve essere garantito un rapporto istruttore/studente di 1:1.

Durante lo svolgimento del corso deve essere sempre presente il **direttore di corso**, che è incluso nella lista istruttori del corso al fine del mantenimento del corretto rapporto istruttori/studenti. Il direttore di corso può quindi ricoprire ad interim il ruolo di istruttore. Nel corso si possono impiegare anche istruttori non sanitari purché sia sempre garantita la presenza del direttore di corso.

Durante il corso di formazione BLSD, ogni Centro di Formazione dovrà garantire, a pena di annullamento del corso stesso, ad ogni discente uno spazio minimo per le lezioni frontali e le esercitazioni pratiche pari a 3 mq.
Si richiede altresì che l'aula del corso possa garantire:

- Una buona acustica
- Un ambiente pulito e ben tenuto
- Un'adeguata illuminazione regolabile per le presentazioni video
- Un monitor o schermo o telo di proiezione di dimensioni sufficienti per essere visto da tutti gli studenti
- Altoparlanti con una buona qualità del suono per i video
- Una sedia per ogni studente
- Se possibile, una superficie stabile con adeguate imbottiture/protezioni per esercitarsi
- Un tavolo per le funzioni di registrazione dei partecipanti

Art. 12 Materiali e attrezzature minime per l'erogazione dei corsi

Il materiale didattico minimo da garantire in ogni edizione di corso deve prevedere:

- Registro delle presenze dei partecipanti e degli istruttori al corso con relative firme di ingresso ed uscita
- Liberatoria compilata dai genitori in caso di partecipazione al corso di minorenni
- Un manuale in formato cartaceo o ebook per ogni partecipante, redatto nel pieno rispetto delle più recenti linee guida internazionali rilasciate dagli organismi membri ufficiali di ILCOR. Il manuale deve essere consegnato ad ogni studente prima dell'inizio del corso.
- Due check list di esame per ogni studente per ogni modulo (adulto, bambino, lattante)
- Un modulo di questionario di gradimento del corso per ogni studente.
- Materiale monouso individuale per ogni partecipante per la simulazione delle ventilazioni, sia con tecnica bocca a bocca sia con tecnica bocca a maschera.

fonte: http://burc.regione.campania.it

L'attrezzatura minima per l'erogazione dei corsi, da garantire nel rispetto delle prescrizioni indicate nell'art. 11, è la seguente:

- Manichini mezzo busto o corpo intero misura **adulto** che abbiano le seguenti specifiche minime:
  - *iperestensione della testa, possibilità di ventilazione con sollevamento del torace, resistenza alle compressioni, sistema di feedback audio/visivo delle compressioni e ventilazioni*
- Manichini mezzo busto o corpo intero misura **bambino** che abbiano le seguenti specifiche minime:
  - *iperestensione della testa, possibilità di ventilazione con sollevamento del torace, resistenza alle compressioni, sistema di feedback audio/visivo delle compressioni e ventilazioni*
- Manichini corpo intero misura **lattante** che abbiano le seguenti specifiche minime:
  - *iperestensione della testa, possibilità di ventilazione con sollevamento del torace, resistenza alle compressioni, sistema di feedback audio/visivo delle compressioni e ventilazioni*
- Pocket mask misura adulto
- Pocket mask misura pediatrica
- Trainer DAE dotati di placche (pads) per vittime adulte o pediatriche oppure in alternativa dotati di sistema di cambio modalità mediante pulsante, switch o chiave
- Computer e Sistema di riproduzione audio/visivo

Il possesso della dotazione di cui al presente articolo è attestato mediante la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà redatta secondo il modello di cui all'**ALLEGATO N** del presente decreto, resa dal legale rappresentante ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nella quale sono indicati, per ciascuna tipologia di attrezzatura, la quantità posseduta, la marca, il modello e, ove disponibile, il numero di lotto o di serie riferito alla tipologia. Non è richiesta l'indicazione del numero di serie di ciascun singolo esemplare, né l'allegazione di titoli di acquisto o di documenti fiscali, fermo restando il potere di verifica e di controllo della Regione di cui agli artt. 6 e 7 del presente regolamento.

Art. 13 Durata del corso ed esame finale

Corso BLSD solo modulo adulto: durata minima 5 ore con esame finale compreso

Corso BLSD/PBLSD con moduli adulto e pediatrico: durata minima 6 ore con esame finale compreso

Il rilascio dell'attestato di superamento del corso è condizionato all'esito positivo di un test finale costituito da una prova pratica che deve prevedere una valutazione tramite scheda valutativa compilata dall'istruttore per ogni modulo trattato (adulto, bambino, lattante) che includa la corretta esecuzione di:

a) Valutazione sicurezza ambientale;
b) Riconoscimento di un arresto cardiocircolatorio;
c) Messa in atto dei metodi di rianimazione di base in relazione agli ambiti di utilizzo;
d) Utilizzazione del defibrillatore DAE per l'analisi dell'attività elettrica cardiaca;
e) Applicazione, in sicurezza, della sequenza di scariche di defibrillazione e RCP

La prova si considera superata se il candidato esegue correttamente la sequenza operativa omettendo azioni che comprometterebbero la sopravvivenza della vittima e la sicurezza degli operatori.
Le checklist di valutazione delle competenze completate per gli studenti dovranno essere conservate unitamente a tutta la documentazione.
Il Soggetto/Ente accreditato dovrà provvedere a sottoporre ai partecipanti un questionario di gradimento del corso da conservare presso la propria segreteria.

Art. 14 Adempimenti del soggetto accreditato o riconosciuto

Il soggetto/ente accreditato o riconosciuto deve obbligatoriamente:

1. comunicare alla Regione Campania ed alla Centrale Operativa 118 territorialmente competente l'attivazione di ogni corso di formazione BLSD che intende eseguire sul territorio regionale, fornendo le seguenti informazioni:
   - ✓ sede del Corso;
   - ✓ date e orari;
   - ✓ tipologia di corso da avviare (BLSD oppure BLSD/PBLSD);
   - ✓ nominativo e codice fiscale del Direttore del Corso e degli istruttori;

fonte: http://burc.regione.campania.it

- ✓ numero, nominativo e codice fiscale degli allievi;
- ✓ contatti del Rappresentante Legale del Centro di Formazione

Detta comunicazione dovrà essere effettuata **almeno 7 giorni prima dell'inizio del corso** compilando l'**ALLEGATO G** del presente decreto ed inviandola esclusivamente mediante PEC dedicata Regionale: ***ospedaliera.dae@pec.regione.campania.it*** ed alla PEC della Centrale Operativa 118 territorialmente competente (di cui si allega elenco completo all'**ALLEGATO L** del presente decreto).

2. al termine dell'esecuzione del corso, trasmettere alla Regione Campania e alla Centrale Operativa 118 di riferimento l'elenco dei soggetti dichiarati idonei esecutori BLSD, comprensivo di tutti i seguenti dati:

- ✓ cognome e nome
- ✓ data e luogo di nascita
- ✓ codice fiscale
- ✓ residenza
- ✓ professione
- ✓ data certificazione
- ✓ numero certificazione

Detta comunicazione dovrà essere effettuata **entro e non oltre 7 giorni dalla chiusura del corso** compilando l'**ALLEGATO H** del presente decreto, esclusivamente mediante PEC dedicata Regionale: ***ospedaliera.dae@pec.regione.campania.it*** ed alla PEC della Centrale Operativa 118 territorialmente competente (di cui si allega elenco completo all'**ALLEGATO L** del presente decreto).

3. rispettare il programma del corso, utilizzare adeguati spazi e materiali per la didattica e consentire eventuali visite di verifica da parte della struttura del Sistema 118 competente per il territorio presso cui si svolge ciascun corso, anche su richiesta della Regione, ovvero direttamente dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale - Settore Assistenza Ospedaliera - UOS Qualità delle Cure, Reti e Percorsi;

4. garantire la conservazione di tutta la documentazione cartacea di ogni singolo corso svolto nonché di ogni singolo attestato BLSD con autorizzazione all'uso del DAE per almeno 3 anni dalla data dell'ultimo corso svolto;

5. tenere un registro aggiornato, anche in formato elettronico, dei direttori di corso e degli istruttori;

6. tenere un registro aggiornato, anche in formato elettronico, dei corsi effettuati, indicante almeno:

- ✓ data di esecuzione
- ✓ sede
- ✓ numero totale formati
- ✓ nominativi del direttore del corso ed istruttori

7. tenere un registro, anche in formato elettronico, delle persone formate, indicante almeno:

- ✓ nome, cognome, data e luogo di nascita, codice fiscale;
- ✓ numero di protocollo dell'attestato di formazione;
- ✓ data di rilascio dell'autorizzazione;

8. trasmettere alla Regione Campania, **entro il 15 gennaio di ciascun anno**, l'elenco degli attestati emessi nell'anno solare precedente, redatto secondo il tracciato di cui all'**ALLEGATO I** del presente decreto, disponibile in formato Excel editabile, scaricabile al seguente link: ***https://www.regione.campania.it/aree-tematiche/sanita/assistenza/assistenza-ospedaliera/blsd-laico***. L'elenco deve essere trasmesso in formato .xls mediante PEC dedicata regionale: ***ospedaliera.dae@pec.regione.campania.it***.
Qualora nell'anno solare precedente non sia stato emesso alcun attestato, il Soggetto/Ente ne dà comunque comunicazione entro il medesimo termine e con le medesime modalità.

9. trasmettere alla Regione Campania Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale - Settore Assistenza Ospedaliera - UOS Qualità delle Cure, Reti e Percorsi ogni eventuale cambiamento di denominazione e dei requisiti dichiarati in possesso all'atto della presentazione della domanda di accreditamento mediante PEC dedicata Regionale: ***ospedaliera.dae@pec.regione.campania.it.***;

10. informare i committenti e le strutture presso le quali svolge i corsi dell'obbligo, gravante sul detentore dell'apparecchio, di comunicare alla Regione Campania l'installazione dei defibrillatori

fonte: http://burc.regione.campania.it

semiautomatici/automatici esterni, secondo il modello di censimento di cui all'**ALLEGATO M** del presente decreto. Resta inteso che il relativo adempimento compete esclusivamente al detentore del defibrillatore e che nessuna responsabilità in ordine al medesimo grava sul Soggetto/Ente accreditato.

PARTE TERZA
RILASCIO, VALIDITÀ E DURATA DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'USO DEL DAE

Art. 15 Rilascio dell'autorizzazione all'uso del DAE

La Regione delega i Soggetti/Enti accreditati all'erogazione dei corsi BLSD per personale non sanitario al rilascio dell'autorizzazione all'uso del DAE alle persone che abbiano partecipato al corso e abbiano superato con esito positivo la verifica finale.
L'autorizzazione è rilasciata dal Soggetto/Ente accreditato in nome e per conto della Regione Campania e risulta dall'attestato consegnato al discente al termine del corso.
L'attestato deve riportare i seguenti elementi:

- numero di protocollo progressivo dell'attestato, univoco per ciascun attestato emesso;
- nome, cognome e codice fiscale del discente;
- luogo e data di svolgimento del corso;
- denominazione del Soggetto/Ente accreditato, con indicazione degli estremi del decreto di accreditamento;
- tipologia di corso svolto (corso BLSD – modulo adulto ovvero corso BLSD/PBLSD – moduli adulto e pediatrico);
- l'indicazione che l'autorizzazione all'uso del DAE è rilasciata per conto della Regione Campania;
- firma del legale rappresentante del Soggetto/Ente accreditato, del Direttore Scientifico e del Direttore del Corso.

È fatto divieto assoluto di apporre sull'attestato il logo, lo stemma o qualunque altro segno distintivo della Regione Campania.

Art. 16 Validità e durata dell'autorizzazione all'uso del DAE

L'autorizzazione all'utilizzo del DAE ha validità su tutto il territorio nazionale.
Fermo restando l'obbligo di pianificare un'attività di retraining ogni due anni, l'autorizzazione all'uso del DAE rilasciata a personale non sanitario, intesa come atto che legittima il soggetto ad impiegare il defibrillatore ai sensi della Legge 3 aprile 2001, n.120, ha durata illimitata, ferma restando la disciplina del retraining di cui all'art. 17.

Art. 17 Retraining

L'attività di retraining degli operatori abilitati **deve essere effettuata ogni 24 (ventiquattro) mesi**, in attuazione di quanto previsto dal decreto del Ministro della Salute e del Ministro dell'Economia e delle Finanze 18 marzo 2011, che demanda alle Regioni la definizione delle relative modalità.
La Regione Campania, con Deliberazione della Giunta Regionale n. 621 del 15 novembre 2011, recante l'approvazione del Programma Unico Regionale 'Cuore Sicuro Campania', ha disciplinato la formazione degli operatori laici alle manovre RCP base e all'utilizzo del defibrillatore semiautomatico esterno (DAE), prevedendo una validità di 24 mesi dell'attestato BLSD/PBLSD, con conseguente necessità di aggiornamento periodico delle competenze acquisite.
Il retraining costituisce adempimento dell'obbligo di aggiornamento periodico e non incide sulla validità dell'autorizzazione già conseguita.
Il retraining, volto a consolidare e mantenere le competenze già acquisite, ha durata non inferiore a 3 (tre) ore per il modulo adulto e non inferiore a 4 (quattro) ore per il modulo adulto, bambino e lattante.
Il retraining comprende il richiamo dei contenuti teorici essenziali, con particolare riguardo agli aggiornamenti delle linee guida ILCOR, e l'addestramento pratico sui manichini con impiego del trainer DAE, cui deve essere dedicata la parte prevalente del tempo complessivo.
Il retraining non prevede esame finale. L'istruttore verifica l'esecuzione delle manovre da parte di ciascun partecipante e, ove necessario, ne corregge l'esecuzione nel corso dell'attività; al termine è rilasciata attestazione di partecipazione. I

fonte: http://burc.regione.campania.it

soggetti/enti accreditati o riconosciuti dovranno provvedere alla comunicazione di apertura e chiusura del corso ai sensi dell'art. 14.

PARTE QUARTA
FORMAZIONE DEGLI ISTRUTTORI BLSD/PBLSD

Art. 18 Riconoscimento della qualifica di Istruttore BLSD

Le certificazioni di **ISTRUTTORE** riconosciute dalla Regione Campania, abilitate all'erogazione di corsi BLSD/PBLSD, sono **esclusivamente e tassativamente** quelle rilasciate da:

- ✓ **società scientifiche internazionali membri ufficiali di ILCOR** che abbiano istituito percorsi formativi regolamentati, ufficiali e standardizzati per il riconoscimento della qualifica di istruttore BLS con DAE.
- ✓ **società scientifiche nazionali iscritte nell'elenco di cui al decreto del Ministro della Salute 2 agosto 2017, che abbiano al contempo mission coerente e attività regolare nell'area dell'emergenza-urgenza**, che siano dotate di comprovata attività scientifica, didattica e pubblicistica nel settore e che abbiano istituito percorsi formativi regolamentati, ufficiali e standardizzati per il riconoscimento della qualifica di istruttore BLSD/PBLSD, che eroghino in via continuativa corsi BLSD/PBLSD e che rilascino le relative certificazioni di istruttore direttamente ovvero tramite i centri ad esse affiliati e autorizzati.
- ✓ **Croce Rossa Italiana, che abbia istituito un percorso formativo per il riconoscimento della qualifica di istruttore BLSD/PBLSD regolamentato, ufficiale e standardizzato a livello nazionale, e che rilasci direttamente le relative certificazioni.**

Il riconoscimento della qualifica di istruttore compete esclusivamente agli organismi di cui al presente articolo.

Art. 19 Percorso formativo dell'istruttore

I soggetti/enti di formazione accreditati potranno svolgere corsi per il rilascio della qualifica di istruttore BLSD/PBLSD purché ufficialmente affiliati o accreditati alle società di cui all'art. 18, e sempre che l'organismo di riferimento preveda espressamente la facoltà dei centri affiliati di erogare corsi per il rilascio della qualifica di istruttore.
Rimane inteso che **l'attestato di istruttore viene rilasciato ufficialmente e direttamente dagli organismi di cui all'art. 18**

Ai fini del riconoscimento da parte della Regione Campania, i percorsi formativi per istruttore devono essere realizzati nel rispetto dei protocolli emanati dagli organismi di cui all'articolo 18.

Art. 20 Mantenimento dello status di istruttore

Ai fini del mantenimento dello status di istruttore BLSD/PBLSD occorre:

- mantenere attiva la qualifica di istruttore rilasciata da uno degli enti di cui all'art. 18
- effettuare almeno 3 corsi di formazione nell'ultimo anno presso il Soggetto/Ente accreditato, anche in altre regioni italiane dove è accreditato.

Art. 21 Documentazione degli istruttori, dei direttori di corso e del direttore scientifico e inserimento nell'elenco certificato della Regione Campania

I soggetti/enti che intendono accreditarsi dovranno provvedere ad inviare l'elenco completo dei direttori di corso e degli istruttori BLSD/PBLSD da accreditare secondo quanto riportato nell'**ALLEGATO E *** del presente decreto, provvedendo a fornire, per ciascun istruttore BLSD/PBLSD, la seguente documentazione:

fonte: http://burc.regione.campania.it

- ✓ Carta d'identità o altro documento di riconoscimento equipollente, in corso di validità.
- ✓ Tesserino o attestato di esecutore BLSD/PBLSD in corso di validità, con indicazione della società che lo ha rilasciato.
- ✓ Tesserino o attestato di istruttore BLSD/PBLSD in corso di validità, rilasciato da uno degli organismi di cui all'art. 18 e recante l'indicazione dell'organismo emittente.
- ✓ Curriculum vitae aggiornato, datato e sottoscritto.
- ✓ Autodichiarazione redatta secondo il modello di cui all'**ALLEGATO F** del presente decreto, resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, con la quale l'interessato: accetta di svolgere attività formativa per conto del Soggetto/Ente; dichiara di essere consapevole che il Soggetto/Ente ne richiede l'inserimento nell'elenco regionale dei direttori di corso e degli istruttori BLSD/PBLSD; dichiara di essere allineato ad un solo centro di formazione; dichiara di aver assolto agli obblighi di comunicazione nei confronti del proprio datore di lavoro, ai sensi della normativa vigente e del contratto di lavoro collettivo e individuale applicabile.

Per ciascun **DIRETTORE DI CORSO** deve essere allegata, in aggiunta alla documentazione di cui sopra, la seguente ulteriore documentazione:

- ✓ Elenco di almeno 10 corsi svolti in qualità di istruttore nell'ultimo triennio, con indicazione per ciascuno di data, sede ed ente organizzatore, redatto nell'apposita sezione dell'**ALLEGATO E *** del presente decreto

Per il **DIRETTORE SCIENTIFICO** di cui all'art. 3, punto 6, deve essere allegata la seguente documentazione:

- ✓ Carta d'identità o altro documento di riconoscimento equipollente, in corso di validità.
- ✓ Autocertificazione di iscrizione all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, con indicazione del numero e della data di iscrizione, resa ai sensi dell'art. 46 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445
- ✓ Autocertificazione del possesso del diploma di specializzazione in una delle discipline indicate all'art. 3, punto 6, con indicazione dell'università e dell'anno di conseguimento.
- ✓ Atto di nomina a Direttore Scientifico, redatto secondo il modello di cui all'allegato D del presente decreto, sottoscritto dal legale rappresentante del Soggetto/Ente e accettato per iscritto dall'interessato
- ✓ Curriculum vitae aggiornato, datato e sottoscritto.
- ✓ Autodichiarazione di non ricoprire il ruolo di direttore scientifico presso altro centro di formazione.

Ogni Direttore Scientifico, Direttore di Corso o Istruttore può essere allineato ad un solo Soggetto/Ente accreditato per volta.

*** L'ALLEGATO E del presente decreto è disponibile in formato Excel editabile, scaricabile al seguente link: *https://www.regione.campania.it/aree-tematiche/sanita/assistenza/assistenza-ospedaliera/blsd-laico* e deve essere trasmesso in formato .xls mediante PEC dedicata regionale: *ospedaliera.dae@pec.regione.campania.it*.**

Art. 22 Integrazione degli istruttori BLSD/PBLSD afferenti al Soggetto/Ente accreditato

È prevista la possibilità di presentare istanza da parte dei soggetti accreditati con la quale si chiede il riconoscimento di altri istruttori previa presentazione della documentazione di cui all'art. 21 del presente documento.
Gli istruttori di cui si chiede il riconoscimento devono essere certificati dal medesimo organismo di cui all'art. 18 cui il Soggetto/Ente è affiliato o riconosciuto.
Con le medesime modalità e negli stessi termini il Soggetto/Ente comunica la cessazione dell'allineamento degli istruttori e dei direttori di corso che non operano più presso di esso, ai fini del loro depennamento dall'elenco regionale.

Le istanze dovranno pervenire esclusivamente nel mese di GENNAIO oppure nel mese di GIUGNO di ogni anno. Saranno valide le domande presentate entro e non oltre le ore 24:00 dell'ultimo giorno del mese.
Non verranno valutate le domande che perverranno in altro periodo.

fonte: http://burc.regione.campania.it

ISTANZA DI ACCREDITAMENTO

Soggetti/Enti erogatori di corsi BLSD/PBLSD per personale non sanitario – Regione Campania

art. 4 di cui all' "allegato A" del presente decreto - dichiarazioni rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

Alla Regione Campania
Direzione Generale Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale
Settore Assistenza Ospedaliera - UOS Qualità delle Cure, Reti e Percorsi
PEC: *ospedaliera.dae@pec.regione.campania.it*

OGGETTO: istanza di accreditamento all'erogazione dei corsi di formazione BLSD/PBLSD finalizzati all'abilitazione all'utilizzo del defibrillatore semiautomatico/automatico esterno (DAE) da parte di personale non sanitario.

DATI DEL LEGALE RAPPRESENTANTE E DELL'ENTE

Il/La sottoscritto/a _____

in qualità di legale rappresentante del Soggetto/Ente _____

forma giuridica _____

codice fiscale _____

partita IVA: _____

Tel. _____

sede legale in _____ prov. (____)

via/piazza _____ n._____ CAP_____

PEC_____ e-mail _____

referente per la segreteria (nome e recapito) _____

Il Soggetto/Ente appartiene alla seguente categoria fra quelle indicate all'art. 2 dell'allegato A (barrare una sola casella):

- ☐ Centrali operative del sistema di emergenza 118
- ☐ Strutture del servizio sanitario regionale
- ☐ Università
- ☐ Ordine professionale sanitario
- ☐ Organizzazione medico scientifica di rilevanza nazionale
- ☐ Croce Rossa Italiana
- ☐ Associazione di volontariato nazionale o regionale operante in ambito sanitario
- ☐ Ente pubblico avente come fine istituzionale la sicurezza del cittadino
- ☐ Altro soggetto pubblico o privato operante in ambito sanitario e dotato di adeguata struttura di formazione

SEDI OPERATIVE IN REGIONE CAMPANIA

Indicare tutte le sedi operative presso le quali saranno erogati i corsi. Per ciascuna sede va prodotta la documentazione attestante la detenzione ad uso esclusivo dei locali e la planimetria quotata sottoscritta da tecnico abilitato.

Sede operativa n. 1 – Comune _____ prov. (____)

fonte: http://burc.regione.campania.it

via/piazza _____ n. ____ CAP _____

n. aule accreditate _____ superficie netta complessiva delle aule mq _____

Sede operativa n. 2 – Comune _____ prov. (____)

via/piazza _____ n. ____ CAP _____

n. aule accreditate _____ superficie netta complessiva delle aule mq _____

CHIEDE

l'accreditamento del Soggetto/Ente sopra indicato all'erogazione dei corsi di formazione BLSD/PBLSD validi ai fini del rilascio dell'autorizzazione all'utilizzo del DAE nella Regione Campania e la conseguente iscrizione nell'elenco regionale dei soggetti accreditati di cui all'art. 6 dell'allegato A.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici conseguiti per effetto di un provvedimento emanato sulla base di una dichiarazione non veritiera ai sensi dell'art. 75 del medesimo decreto,

DICHIARA

che il Soggetto/Ente è in possesso di tutti i requisiti minimi prescritti dall'art. 3 dell'allegato A, e in particolare (barrare tutte le caselle):

☐ **1.** di prevedere nel proprio statuto o atto aziendale l'impegno nel campo della formazione, anche a titolo non esclusivo;

☐ **2.** di disporre di almeno una sede operativa ubicata nella Regione Campania, dotata dei requisiti necessari alla gestione delle attività formative, con detenzione dei locali ad uso esclusivo comprovata da documenti ufficiali e planimetria quotata sottoscritta da tecnico abilitato, con indicazione della destinazione d'uso e delle superfici;

☐ **3.** di essere ufficialmente affiliato o riconosciuto da uno degli organismi di cui all'art. 18 del decreto e di disporre di adeguata struttura di formazione nel campo della rianimazione cardiopolmonare adulta e pediatrica e dell'utilizzo del DAE, allegando alla presente istanza il documento comprovante l'affiliazione o il riconoscimento rilasciato dall'organismo medesimo;

organismo di affiliazione o riconoscimento: _____

estremi e data del documento di affiliazione: _____

Nel caso in cui l'organismo di affiliazione o riconoscimento sia una società scientifica iscritta nell'elenco di cui al decreto del Ministro della Salute 2 agosto 2017, il Soggetto/Ente allega altresì la dichiarazione rilasciata dalla medesima società scientifica attestante che il settore di attività per il quale essa è iscritta nell'elenco ministeriale comprende la formazione in materia di rianimazione cardiopolmonare e di utilizzo del DAE.

☐ **4.** di essere in possesso di polizza assicurativa RCT/RCO in corso di validità, della quale allega copia alla presente istanza;

compagnia _____ polizza n. _____ scadenza ____/____/_____

☐ **5.** di essere in possesso di un regolamento dei percorsi di formazione e aggiornamento continuo degli istruttori;

☐ **6.** di disporre di un servizio o struttura preposta alla formazione con al suo interno un medico in possesso di diploma di specializzazione in Anestesia e Rianimazione, o in Cardiologia, o in Medicina Interna, o in Medicina di Emergenza-Urgenza, con funzioni di direttore scientifico, il quale non ricopre il medesimo ruolo presso alcun altro centro di formazione, nominato con atto redatto secondo il modello di cui all'allegato D e da questi accettato per iscritto;

DIRETTORE SCIENTIFICO: dott./dott.ssa _____

codice fiscale _____

iscritto all'Ordine dei Medici di _____ al n. _____

specializzazione in _____

☐ **7.** di disporre di almeno 5 (cinque) DIRETTORI DI CORSO certificati ed esclusivi, in possesso dei requisiti di cui all'art. 3 dell'allegato A, nonché degli istruttori BLSD/PBLSD certificati indicati nell'allegato E, e che ciascuno di essi è allineato esclusivamente a questo Soggetto/Ente;

n. direttori di corso allineati _____ n. istruttori allineati _____ (elenco nominativo nell'allegato E)

fonte: http://burc.regione.campania.it

☐ **8.** di essere in possesso di una struttura organizzativa per le funzioni di segreteria e di registrazione dell'attività connesse alla formazione;

☐ **9.** di disporre dei sistemi audio-video a supporto delle lezioni frontali;

☐ **10.** di possedere, in via continuativa e indipendentemente dal numero di aule dichiarate e di corsi programmati, la dotazione strumentale minima prescritta dagli artt. 3 e 12 del decreto, ivi compresi i simulatori di paziente nelle misure adulto, bambino e lattante e i simulatori DAE, nelle quantità e con le caratteristiche ivi previste, secondo quanto specificato nella dichiarazione di cui all'allegato N;

☐ **11.** di utilizzare, per l'erogazione dei corsi, materiali didattici conformi alle più recenti linee guida internazionali rilasciate dagli organismi membri ufficiali di ILCOR;

☐ **12.** di fornire a ciascun discente, prima dell'inizio del corso, il manuale dello studente e il materiale necessario allo svolgimento delle attività didattiche, ivi compreso il materiale monouso individuale per la simulazione delle ventilazioni sia con tecnica bocca a bocca sia con tecnica bocca a maschera;

☐ **13.** che nessuno dei soggetti indicati nell'allegato E ricopre il ruolo di direttore scientifico, direttore di corso o istruttore presso altro Soggetto/Ente accreditato;

DI IMPEGNARSI, con decorrenza dalla data di accreditamento:

☐ **14.** a istituire e tenere aggiornato, con le modalità di cui all'art. 14 dell'allegato A, il registro anche elettronico degli istruttori e dei direttori di corso, recante per ciascuno nome, cognome, data di nascita, codice fiscale, titolo e posizione, ruolo ricoperto, estremi dell'attestato di esecutore e di istruttore con le relative scadenze;

☐ **15.** a istituire e tenere aggiornato, con le modalità di cui all'art. 14 del decreto, il registro anche elettronico degli attestati emessi, recante per ciascun partecipante nome, cognome, data di nascita, codice fiscale, numero di protocollo dell'attestato e data di emissione;

☐ **16.** a comunicare l'attivazione e la conclusione di ciascun corso secondo i modelli di cui agli allegati G e H, nei termini previsti dall'art. 14;

☐ **17.** a trasmettere annualmente l'elenco degli attestati emessi secondo il tracciato di cui all'allegato I;

☐ **18.** a comunicare tempestivamente alla Regione ogni variazione dei requisiti dichiarati, ivi comprese le variazioni relative alle sedi operative, al direttore scientifico, ai direttori di corso e agli istruttori allineati e alla dotazione strumentale;

☐ **19.** a rilasciare gli attestati in nome e per conto della Regione Campania nel rispetto dell'art. 15, con espresso divieto di utilizzo dello stemma e del segno distintivo della Regione Campania;

☐ **20.** a consentire le verifiche sul campo disposte dalla Regione ai sensi degli artt. 6 e 7 dell'allegato A.

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA ALL'ISTANZA

Si allegano alla presente istanza (barrare le caselle corrispondenti):

☐ allegato C – check list della documentazione, compilata e sottoscritta dal legale rappresentante

☐ allegato D – atto di nomina del direttore scientifico, sottoscritto e accettato per iscritto dall'interessato

☐ allegato E – elenco dei direttori di corso e degli istruttori allineati, con la sezione relativa ai corsi svolti dai direttori di corso

☐ allegato F – autodichiarazione di ciascun direttore di corso e di ciascun istruttore

☐ allegato N – dichiarazione di possesso della dotazione strumentale minima

☐ statuto o atto aziendale e atto costitutivo

☐ documentazione attestante la detenzione ad uso esclusivo dei locali di ciascuna sede operativa

☐ planimetria quotata di ciascuna sede operativa, sottoscritta da tecnico abilitato

☐ documento comprovante l'affiliazione o il riconoscimento da parte dell'organismo di cui all'art. 18

☐ dichiarazione della società scientifica attestante che il settore di attività per il quale è iscritta nell'elenco di cui al D.M. 2 agosto 2017 comprende la formazione in rianimazione cardiopolmonare e utilizzo del DAE (*solo se l'affiliazione avviene per il tramite di una società scientifica*)

☐ copia della polizza assicurativa RCT/RCO in corso di validità

☐ regolamento dei percorsi di formazione e aggiornamento continuo degli istruttori

fonte: http://burc.regione.campania.it

☐ documentazione personale dei soggetti di cui all'art. 21 – per il direttore scientifico, per ciascun direttore di corso e per ciascun istruttore indicato nell'allegato E: documento di identità in corso di validità, attestato di esecutore e attestato di istruttore con le relative scadenze, curriculum vitae

☐ copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del legale rappresentante in corso di validità

☐ altro (specificare) _____

COMUNICAZIONI

Il sottoscritto chiede che ogni comunicazione relativa al presente procedimento sia inviata al seguente indirizzo PEC, che costituisce domicilio digitale eletto ai fini del procedimento:

PEC _____

recapito telefonico del legale rappresentante _____

recapito della segreteria _____

La presente istanza è sottoscritta dal legale rappresentante del Soggetto/Ente, cui compete in via esclusiva la titolarità delle dichiarazioni in essa contenute. Si allega copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del legale rappresentante in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Luogo e data _____ Il legale rappresentante _____

Informativa sul trattamento dei dati personali

I dati personali contenuti nella presente istanza e nei relativi allegati sono trattati dalla Regione Campania, in qualità di titolare del trattamento, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Decreto (UE) 2016/679, esclusivamente per le finalità connesse al procedimento di accreditamento dei Soggetti/Enti erogatori di corsi BLSD/PBLSD, alla tenuta dell'elenco regionale dei soggetti accreditati e dei direttori di corso e istruttori allineati, e ai successivi controlli. Il conferimento dei dati è necessario per la trattazione dell'istanza; il loro mancato conferimento comporta l'impossibilità di dare corso al procedimento. I dati sono conservati per il tempo previsto dalla normativa in materia di documentazione amministrativa e possono essere comunicati agli organi di controllo nei casi previsti dalla legge. L'interessato può esercitare i diritti di cui agli artt. 15 e seguenti del medesimo Decreto rivolgendosi al titolare del trattamento.

Il legale rappresentante dichiara di aver reso l'informativa che precede a tutti i soggetti i cui dati personali sono contenuti nell'istanza e nei documenti allegati.d

fonte: http://burc.regione.campania.it

CHECK LIST DELLA DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALL'ISTANZA

Soggetti/Enti erogatori di corsi BLSD/PBLSD per personale non sanitario – Regione Campania

art. 4 di cui all'allegato A del presente decreto

La presente check list è compilata e sottoscritta dal legale rappresentante e allegata all'istanza di accreditamento. Essa ha valore ricognitivo della documentazione trasmessa: in caso di dubbio o di difformità prevale quanto previsto dagli artt. 3 e 21 delle Linee di indirizzo di cui all'Allegato A.

AMBITO	DOCUMENTO	DESCRIZIONE DEL DOCUMENTO E DI CIÒ CHE DEVE CONTENERE	✓
A.1 Documentazione del Soggetto/Ente	**1. Istanza di accreditamento** *art. 4 (allegato B)*	Modello di cui all'allegato B, compilato in ogni sua parte e sottoscritto dal legale rappresentante, reso nelle forme degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445. Deve riportare i dati del legale rappresentante e del Soggetto/Ente, la categoria di appartenenza fra quelle indicate all'art. 2, l'indirizzo di ciascuna sede operativa e l'indirizzo PEC eletto quale domicilio digitale per le comunicazioni del procedimento. Le istanze devono pervenire nel mese di aprile di ogni anno.	☐
A.2 Documentazione del Soggetto/Ente	**2. Documento di identità del legale rappresentante** *art. 4*	Copia fotostatica non autenticata, fronte e retro, di carta d'identità, passaporto o patente di guida del legale rappresentante, in corso di validità alla data di presentazione dell'istanza. Trattandosi di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, un documento scaduto rende l'istanza non ricevibile. La titolarità delle dichiarazioni contenute nell'istanza compete in via esclusiva al legale rappresentante.	☐
A.3 Documentazione del Soggetto/Ente	**3. Statuto o atto aziendale e atto costitutivo** *art. 3*	Copia dello statuto vigente o dell'atto aziendale, unitamente all'atto costitutivo, dai quali risulti l'impegno del Soggetto/Ente nel campo della formazione, anche a titolo non esclusivo. Va evidenziata la clausola o la voce dell'oggetto sociale da cui risulta l'attività formativa. Per gli enti pubblici, l'atto aziendale o il provvedimento organizzativo equivalente.	☐
A.4 Documentazione del Soggetto/Ente	**4. Documento di affiliazione o riconoscimento** *art. 3 - art. 18*	Documento in corso di validità rilasciato dall'organismo di cui all'art. 18, comprovante che il Soggetto/Ente è ufficialmente affiliato o riconosciuto, con indicazione della denominazione dell'organismo, degli estremi e della data dell'atto e, ove previsto, del codice o numero identificativo attribuito al centro. L'organismo deve rientrare in uno dei due canali ammessi: membro ufficiale di ILCOR, società scientifica iscritta nell'elenco di cui al decreto del Ministro della Salute 2 agosto 2017.	☐
A.5 Documentazione del Soggetto/Ente	**5. Dichiarazione della società scientifica** *art. 18*	Da produrre esclusivamente nel caso in cui l'affiliazione o il riconoscimento avvenga per il tramite di una società scientifica iscritta nell'elenco di cui al decreto del Ministro della Salute 2 agosto 2017. Consiste nella dichiarazione, rilasciata dalla società scientifica medesima, attestante che il settore di attività per il quale essa risulta iscritta nell'elenco ministeriale comprende la formazione in materia di rianimazione cardiopolmonare e di utilizzo del DAE.	☐
A.6 Documentazione del Soggetto/Ente	**6. Polizza assicurativa RCT/RCO** *art. 3*	Copia della polizza di responsabilità civile verso terzi e verso prestatori d'opera, con indicazione del contraente, dei massimali, della decorrenza e della scadenza, accompagnata dalla quietanza di pagamento o dall'appendice che ne attesti la validità alla data di presentazione dell'istanza. La copertura deve comprendere l'attività formativa e i partecipanti ai corsi.	☐
A.7 Documentazione del Soggetto/Ente	**7. Regolamento di formazione e aggiornamento degli istruttori** *art. 3*	Documento interno, datato e approvato dall'organo competente, che disciplini il percorso di abilitazione degli istruttori, i requisiti di mantenimento della qualifica, le modalità di monitoraggio dell'attività didattica e la periodicità dell'aggiornamento continuo.	☐
B.1 Sedi operative	**8. Titolo di disponibilità dei locali** *art. 3*	Per ciascuna sede operativa ubicata nel territorio della Regione Campania: atto di proprietà, contratto di locazione o di comodato regolarmente registrato, con indicazione dell'indirizzo completo. Il titolo deve comprovare la detenzione dei locali ad uso esclusivo per l'erogazione del servizio.	☐
B.2 Sedi operative	**9. Planimetria quotata** *art. 3*	Per ciascuna sede operativa: planimetria quotata sottoscritta da tecnico abilitato, con indicazione della destinazione d'uso dei locali e delle superfici. Dalle quote deve risultare la superficie netta di ciascuna aula destinata all'attività formativa, ai fini della verifica del rapporto di 3 mq per discente prescritto dall'art. 11.	☐

fonte: http://burc.regione.campania.it

AMBITO	DOCUMENTO	DESCRIZIONE DEL DOCUMENTO E DI CIÒ CHE DEVE CONTENERE	✓
C.1 Direttori di corso e istruttori allineati	**10. Fascicolo del direttore scientifico** *art. 3 - art. 21 (allegato D)*	a) Atto di nomina secondo il modello di cui all'allegato D, sottoscritto dal legale rappresentante e accettato per iscritto dall'interessato, recante l'espressa indicazione del ruolo di direttore scientifico, distinto da quello di direttore di corso, e l'attestazione che l'interessato non ricopre il medesimo ruolo presso alcun altro centro di formazione; b) documento di identità in corso di validità; c) autocertificazione di iscrizione all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, con numero e data di iscrizione, resa ai sensi dell'art. 46 del d.P.R. 445/2000; d) autocertificazione del diploma di specializzazione in Anestesia e Rianimazione, Cardiologia, Medicina Interna o Medicina di Emergenza-Urgenza, con università e anno di conseguimento; e) curriculum vitae aggiornato, datato e sottoscritto.	☐
C.2 Direttori di corso e istruttori allineati	**11. Elenco dei direttori di corso e degli istruttori allineati** *art. 3 - art. 21 (allegato E)*	Modello di cui all'allegato E, comprensivo della sezione relativa ai corsi svolti dai direttori di corso. Deve comprendere almeno 5 direttori di corso certificati ed esclusivi. Per ciascun nominativo: nome, cognome, codice fiscale, ruolo ricoperto, qualifica, organismo certificante, numero del tesserino e relativa scadenza. Ciascun nominativo può essere allineato a un solo Soggetto/Ente accreditato per volta.	☐
C.3 Direttori di corso e istruttori allineati	**12. Fascicolo personale di ciascun direttore di corso e istruttore** *art. 21 (allegato F)*	Per ogni nominativo indicato nell'allegato E: a) documento di identità in corso di validità; b) attestato di esecutore BLSD/PBLSD in corso di validità, con indicazione dell'organismo che lo ha rilasciato e della scadenza; c) attestato di istruttore BLSD/PBLSD in corso di validità, con indicazione dell'organismo che lo ha rilasciato e della scadenza; d) curriculum vitae aggiornato, datato e sottoscritto; e) autodichiarazione secondo il modello di cui all'allegato F, resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 445/2000, con la quale l'interessato accetta di svolgere attività formativa per il Soggetto/Ente, prende atto della richiesta di inserimento nell'elenco regionale, dichiara di essere allineato a un solo centro e di aver assolto agli obblighi di comunicazione verso il proprio datore di lavoro. Per i soli direttori di corso, in aggiunta: autocertificazione di iscrizione all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri o all'Ordine delle Professioni Infermieristiche, resa ai sensi dell'art. 46 del d.P.R. 445/2000. I 10 corsi svolti nell'ultimo triennio non vanno elencati qui: sono riportati nell'apposita sezione dell'allegato E.	☐
D.1 Dotazione strumentale	**13. Dichiarazione di possesso della dotazione strumentale minima** *artt. 3 e 12 (allegato N)*	Modello di cui all'allegato N, sottoscritto dal legale rappresentante, con il quale si dichiara il possesso, in via continuativa e indipendentemente dal numero di aule dichiarate e di corsi programmati, della dotazione strumentale minima prescritta dagli artt. 3 e 12. Per ciascuna tipologia vanno indicate la quantità posseduta, la marca e il modello. Non è richiesto il numero di serie di ogni singolo esemplare né alcun documento fiscale di acquisto.	☐

Precisazioni

La struttura organizzativa preposta alle funzioni di segreteria e di registrazione delle attività connesse alla formazione, di cui all'art. 3, è oggetto di apposita dichiarazione nell'istanza e non richiede un documento autonomo da allegare: la sua sussistenza è verificata in sede di controllo ai sensi degli artt. 6 e 7 dell'Allegato A.

I materiali didattici di cui all'art. 3, punti 12 e 13 – il manuale dello studente e la presentazione per le lezioni frontali - non vanno allegati all'istanza: il loro possesso e la loro conformità alle più recenti linee guida internazionali rilasciate dagli organismi membri ufficiali di ILCOR sono oggetto di apposita dichiarazione nell'istanza e sono verificati in sede di controllo ai sensi degli artt. 6 e 7 dell'Allegato A.

I registri di cui all'art. 3, punti 14 e 15 - registro dei direttori di corso e degli istruttori e registro degli attestati emessi - non rientrano nella documentazione da presentare con l'istanza: costituiscono obblighi di tenuta che sorgono con l'accreditamento e proseguono per tutta la durata dello stesso, secondo quanto previsto dall'art. 14 del decreto.

I Soggetti/Enti già accreditati presso altre Regioni devono comunque rispondere a tutti i requisiti del decreto e seguire l'iter di accreditamento previsto dall'art. 4.

Luogo e data _____ Il legale rappresentante _____

I dati personali contenuti nel presente documento sono trattati dalla Regione Campania secondo l'informativa resa nell'allegato B, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679.

fonte: http://burc.regione.campania.it

ATTO DI NOMINA DEL DIRETTORE SCIENTIFICO

Soggetti/Enti erogatori di corsi BLSD/PBLSD per personale non sanitario – Regione Campania

art. 3, punto 6, e art. 21 di cui all'allegato A del presente decreto - dichiarazioni rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

OGGETTO: Nomina del direttore scientifico della struttura formativa e accettazione dell'incarico, da allegare all'istanza di accreditamento di cui all'allegato B

DATI DEL SOGGETTO/ENTE

Il/La sottoscritto/a _____in qualità di legale rappresentante del Soggetto/Ente_____

con sede legale in_____prov.(____)

via/piazza_____n._____CAP _____

codice fiscale _____partita IVA_____

PEC _____ e-mail _____

N O M I N A

ai sensi dell'art. 3, punto 6, di cui all'allegato A del presente decreto, quale Direttore Scientifico della struttura formativa del Soggetto/Ente sopra indicato,

il/la dott./dott.ssa _____

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

codice fiscale _____ residente in _____

via/piazza _____ n. ____ CAP _____

tel. _____ e-mail _____

iscritto/a all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di _____

al n. _____ dal ____/____/_____

in possesso del Diploma di Specializzazione in (barrare la disciplina posseduta):

☐ Anestesia e Rianimazione

☐ Cardiologia

☐ Medicina Interna

☐ Medicina di Emergenza-Urgenza

conseguito presso l'Università _____ nell'anno accademico _____

Il direttore scientifico è responsabile della rispondenza dei corsi ai criteri previsti dall'allegato A del presente decreto.

Il ruolo di direttore scientifico è distinto da quello di direttore di corso.

La nomina ha effetto dalla data di accettazione sottoscritta dall'interessato e permane per tutta la durata dell'accreditamento, salva revoca o rinuncia.

Ogni variazione è comunicata alla Regione Campania.

Luogo e data _____ Il Legale Rappresentante _____

fonte: http://burc.regione.campania.it

ACCETTAZIONE DELL'INCARICO E DICHIARAZIONI DEL DIRETTORE SCIENTIFICO

Il/La sottoscritto/a, sopra generalizzato/a, accetta la nomina a direttore scientifico della struttura formativa del Soggetto/Ente sopra indicato e, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità dichiara:

☐ **1.** di accettare l'incarico di direttore scientifico della struttura formativa del Soggetto/Ente sopra indicato e di assumere la responsabilità della rispondenza dei corsi ai criteri previsti dal decreto;

☐ **2.** di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri con il numero e dalla data sopra indicati;

☐ **3.** di essere in possesso del diploma di specializzazione sopra indicato, fra quelli previsti dall'art. 3, punto 6, del decreto;

☐ **4.** di non ricoprire il ruolo di direttore scientifico presso alcun altro centro di formazione, in conformità al requisito di esclusività previsto dall'art. 3, punto 6, del decreto;

☐ **5.** di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Soggetto/Ente e alla Regione Campania il venir meno di uno dei requisiti sopra dichiarati.

Luogo e data _____ Il Direttore Scientifico _____

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

Al presente atto sono allegati, ai sensi dell'art. 21 del decreto:

☐ copia fotostatica non autenticata, fronte e retro, di un documento di riconoscimento in corso di validità del legale rappresentante

☐ copia fotostatica non autenticata, fronte e retro, di un documento di riconoscimento in corso di validità del direttore scientifico

☐ autocertificazione di iscrizione all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, resa ai sensi dell'art. 46 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

☐ autocertificazione del possesso del diploma di specializzazione, resa ai sensi dell'art. 46 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

Informativa sul trattamento dei dati personali

I dati personali contenuti nel presente atto e nei relativi allegati sono trattati dalla Regione Campania, in qualità di titolare del trattamento, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679, esclusivamente per le finalità connesse al procedimento di accreditamento dei Soggetti/Enti erogatori di corsi BLSD/PBLSD, alla tenuta dell'elenco regionale dei soggetti accreditati e ai successivi controlli. Il conferimento dei dati è necessario per la trattazione dell'istanza; il loro mancato conferimento comporta l'impossibilità di dare corso al procedimento. L'interessato può esercitare i diritti di cui agli artt. 15 e seguenti del medesimo Regolamento rivolgendosi al titolare del trattamento.

fonte: http://burc.regione.campania.it

ALLEGATO E

ELENCO DEI DIRETTORI DI CORSO E DEGLI ISTRUTTORI ALLINEATI

Soggetti/Enti erogatori di corsi BLSD/PBLSD per personale non sanitario – Regione Campania

artt. 3 di cui all'allegato A

Soggetto/Ente: _____ **Codice fiscale / P. IVA:** _____

- Compilare le celle su sfondo giallo. Una riga per ciascun nominativo. L'elenco deve comprendere almeno 5 direttori di corso.
- Ciascun nominativo può essere allineato a un solo Soggetto/Ente accreditato per volta (art. 21 del regolamento).
- Il direttore di corso deve essere medico o infermiere iscritto al rispettivo albo: chi ha qualifica «laico» può essere indicato solo come istruttore.
- Il direttore scientifico non è compreso in questo elenco: per lui si utilizza l'atto di nomina di cui all'allegato D.
- Per ciascun direttore di corso indicato in questa scheda vanno compilati almeno 10 corsi nella scheda «Corsi dei direttori».

N.	Cognome	Nome	Codice fiscale	Ruolo	Qualifica professionale	Organismo certificante (art. 18)	N. tesserino/attestato istruttore	Scadenza (gg/mm/aaaa)	
1	*ROSSI*	*Mario*	*RSSMRA70A01F839X*	*Direttore di corso*	*Medico*	*American Heart Association*	*AHA-123456*	*31/12/2027*	*← riga di esempio: sostituire con i dati reali*
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									
32									
33									
34									
35									
36									
37									
38									
39									
40									

Luogo e data _____ Il legale rappresentante _____

Dichiarazione resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445. I dati personali sono trattati dalla Regione Campania secondo l'informativa resa nell'allegato B.

ALLEGATO E – sezione corsi

CORSI SVOLTI IN QUALITÀ DI ISTRUTTORE DAI DIRETTORI DI CORSO

art. 21 del regolamento – almeno 10 corsi nell'ultimo triennio per ciascun direttore di corso

- Compilare un blocco per ciascun direttore di corso indicato nella scheda «Direttori e istruttori».
- Per ciascun corso indicare data, sede ed ente organizzatore. Sono validi i corsi svolti per qualunque ente e in qualunque regione.
- I corsi devono essere stati svolti nell'ultimo triennio rispetto alla data di presentazione dell'istanza.

DIRETTORE DI CORSO N. 1 – cognome e nome:			
N.	**Data (gg/mm/aaaa)**	**Sede del corso**	**Ente organizzatore**
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

DIRETTORE DI CORSO N. 2 – cognome e nome:			
N.	**Data (gg/mm/aaaa)**	**Sede del corso**	**Ente organizzatore**
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

DIRETTORE DI CORSO N. 3 – cognome e nome:			
N.	**Data (gg/mm/aaaa)**	**Sede del corso**	**Ente organizzatore**
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

DIRETTORE DI CORSO N. 4 – cognome e nome:			
N.	**Data (gg/mm/aaaa)**	**Sede del corso**	**Ente organizzatore**
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

DIRETTORE DI CORSO N. 5 – cognome e nome:			
N.	**Data (gg/mm/aaaa)**	**Sede del corso**	**Ente organizzatore**
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Luogo e data _____ Il legale rappresentante _____

AUTODICHIARAZIONE DEL DIRETTORE DI CORSO E DELL'ISTRUTTORE

Soggetti/Enti erogatori di corsi BLSD/PBLSD per personale non sanitario - Regione Campania

art. 21 di cui all'allegato A del presente decreto – dichiarazioni rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

OGGETTO: Autodichiarazione resa ai fini dell'inserimento nell'elenco regionale dei direttori di corso e degli istruttori BLSD/PBLSD, da allegare all'istanza di accreditamento di cui all'allegato B.

DATI DELL'INTERESSATO

Il/La sottoscritto/a _____

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

codice fiscale _____ residente in _____

via/piazza _____ n. ____ CAP _____

tel. _____ e-mail _____

RUOLO PER IL QUALE SI RENDE LA DICHIARAZIONE

Barrare una sola casella:

☐ DIRETTORE DI CORSO

☐ ISTRUTTORE BLSD/PBLSD

QUALIFICA PROFESSIONALE

Barrare una sola casella:

☐ medico chirurgo

☐ infermiere

☐ altra qualifica sanitaria prevista dall'art. (da specificare) _____

☐ altra qualifica non sanitaria (laico) (da specificare) _____

CERTIFICAZIONI POSSEDUTE

Organismo che ha rilasciato la certificazione di istruttore (art. 18 del decreto all'Allegato A) _____

Attestato di esecutore BLSD/PBLSD n. _____ scadenza ____/____/_____

Attestato di istruttore BLSD/PBLSD n. _____ scadenza ____/____/_____

SOGGETTO/ENTE AL QUALE SI È AFFILIATO

Denominazione _____

codice fiscale / partita IVA _____

DICHIARAZIONI

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità dichiara:

☐ **1.** di accettare di svolgere attività formativa per conto del Soggetto/Ente sopra indicato, nel ruolo per il quale è resa la presente dichiarazione;

☐ **2.** di essere consapevole che il Soggetto/Ente ne richiede l'inserimento nell'elenco regionale dei direttori di corso e degli istruttori BLSD/PBLSD;

☐ **3.** di essere allineato a un solo centro di formazione e di non risultare inserito nell'elenco regionale per conto di altro Soggetto/Ente accreditato;

fonte: http://burc.regione.campania.it

☐ **4.** di aver assolto agli obblighi di comunicazione nei confronti del proprio datore di lavoro, ai sensi della normativa vigente e del contratto di lavoro collettivo e individuale applicabile;

☐ **5.** di essere in possesso delle certificazioni sopra indicate, in corso di validità, rilasciate dall'organismo indicato;

☐ **6.** di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Soggetto/Ente il venir meno di uno dei requisiti sopra dichiarati, ivi compresa la scadenza delle certificazioni.

Per i soli direttori di corso, l'elenco di almeno 10 corsi svolti in qualità di istruttore nell'ultimo triennio non va riportato nella presente dichiarazione: è redatto nell'apposita sezione dell'allegato E del presente decreto.

Luogo e data _____ Firma _____

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

Alla presente dichiarazione sono allegati, ai sensi dell'art. 21 dell'allegato A:

☐ copia fotostatica non autenticata, fronte e retro, di un documento di riconoscimento in corso di validità

☐ copia dell'attestato di esecutore BLSD/PBLSD in corso di validità

☐ copia dell'attestato di istruttore BLSD/PBLSD in corso di validità

☐ curriculum vitae aggiornato, datato e sottoscritto

Informativa sul trattamento dei dati personali

I dati personali contenuti nella presente dichiarazione e nei relativi allegati sono trattati dalla Regione Campania, in qualità di titolare del trattamento, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679, esclusivamente per le finalità connesse al procedimento di accreditamento dei Soggetti/Enti erogatori di corsi BLSD/PBLSD, alla tenuta dell'elenco regionale dei direttori di corso e degli istruttori allineati e ai successivi controlli. Il conferimento dei dati è necessario per la trattazione dell'istanza; il loro mancato conferimento comporta l'impossibilità di dare corso al procedimento. L'interessato può esercitare i diritti di cui agli artt. 15 e seguenti del medesimo Regolamento rivolgendosi al titolare del trattamento.

fonte: http://burc.regione.campania.it

COMUNICAZIONE DI ATTIVAZIONE DEL CORSO

Corsi BLSD/PBLSD per personale non sanitario - Regione Campania

art. 14, punto 1, di cui all'allegato A del presente decreto

Alla Centrale Operativa 118 territorialmente competente
(elenco di cui all'allegato L del presente decreto)
PEC _____

e p.c. **Alla Regione Campania**
Direzione Generale Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale
Settore Assistenza Ospedaliera - UOS Qualità delle Cure, Reti e Percorsi
PEC: *ospedaliera.dae@pec.regione.campania.it*

OGGETTO: Comunicazione di attivazione di corso di formazione BLSD/PBLSD per personale non sanitario, ai sensi dell'art. 14, punto 1, dell'Allegato A.

SOGGETTO/ENTE ORGANIZZATORE

Denominazione _____

codice fiscale / partita IVA _____ n. di accreditamento _____

legale rappresentante _____

tel. _____ e-mail _____ PEC _____

DATI DEL CORSO

Codice identificativo del corso attribuito dal Soggetto/Ente _____

Tipologia di corso *(barrare una sola casella)*:

☐ corso BLSD - modulo adulto

☐ corso BLSD/PBLSD - moduli adulto e pediatrico

Data di svolgimento ____/____/_____ dalle ore _____ alle ore _____

Sede di svolgimento (denominazione) _____

via/piazza _____ n. ____ CAP _____

Comune di _____ prov. (____)

DIREZIONE DEL CORSO

Tutti i nominativi devono risultare inseriti nell'elenco regionale dei Direttori di corso allineati al Soggetto/Ente.

N.	COGNOME E NOME	CODICE FISCALE
1		

ISTRUTTORI *

Tutti i nominativi devono risultare inseriti nell'elenco regionale degli istruttori allineati al Soggetto/Ente.

N.	COGNOME E NOME	CODICE FISCALE
1		
2		
3		

fonte: http://burc.regione.campania.it

PARTECIPANTI *

Numero complessivo dei partecipanti _____

N.	COGNOME E NOME	CODICE FISCALE
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

* Ove necessario, le presenti tabelle possono essere integrate mediante l'aggiunta di ulteriori righe qualora il numero degli istruttori e/o dei partecipanti al corso risulti superiore agli spazi disponibili. Non sono consentite ulteriori modifiche, integrazioni o alterazioni del contenuto e della struttura del presente Allegato.

Luogo e data _____

Il Direttore Scientifico

_____

I dati personali contenuti nella presente comunicazione sono trattati dalla Regione Campania e dalla Centrale Operativa 118 territorialmente competente, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679, esclusivamente per le finalità connesse al monitoraggio e al controllo dell'attività formativa BLSD/PBLSD. Il Soggetto/Ente organizzatore dichiara di aver reso l'informativa a tutti gli interessati i cui dati sono contenuti nel presente documento.

fonte: http://burc.regione.campania.it

COMUNICAZIONE DI CONCLUSIONE DEL CORSO E DEGLI ESITI

Corsi BLSD/PBLSD per personale non sanitario – Regione Campania

art. 14, punto 2, di cui all'allegato A del presente decreto

Alla Centrale Operativa 118 territorialmente competente
(elenco di cui all'allegato L del presente decreto)
PEC _____

e p.c. **Alla Regione Campania**
Direzione Generale Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale
Settore Assistenza Ospedaliera - UOS Qualità delle Cure, Reti e Percorsi
PEC: *ospedaliera.dae@pec.regione.campania.it*

OGGETTO: Comunicazione di conclusione di corso di formazione BLSD/PBLSD per personale non sanitario e trasmissione dell'elenco dei soggetti dichiarati idonei esecutori, ai sensi dell'art. 14, punto 2, di cui all'allegato A del presente decreto.

SOGGETTO/ENTE ORGANIZZATORE E DATI DEL CORSO

Denominazione _____ codice fiscale / partita IVA _____

Codice identificativo del corso attribuito dal Soggetto/Ente _____ già comunicato in data ____/____/_____

Tipologia di corso (barrare una sola casella):

☐ corso BLSD - modulo adulto

☐ corso BLSD/PBLSD - moduli adulto e pediatrico

Data di svolgimento ____/____/_____ dalle ore _____ alle ore _____

Sede di svolgimento _____ Comune di _____ prov. (____)

DIREZIONE DEL CORSO

N.	COGNOME E NOME	CODICE FISCALE
1		

fonte: http://burc.regione.campania.it

ISTRUTTORI

N.	COGNOME E NOME	CODICE FISCALE
1		
2		
3		

PARTECIPANTI ED ESITI DELLE PROVE

N.	COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	RESIDENZA	PROFESSIONE	Esito PROVA PRATICA	N° e DATA DELL'ATTESTATO
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							

fonte: http://burc.regione.campania.it

N.	COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	RESIDENZA	PROFESSIONE	Esito PROVA PRATICA	N° e DATA DELL'ATTESTATO
17							
18							

Numero complessivo dei partecipanti _____

di cui dichiarati idonei esecutori _____

Luogo e data _____

Il Direttore del Corso **Il Direttore Scientifico**

_____ _____

I dati personali contenuti nella presente comunicazione sono trattati dalla Regione Campania e dalla Centrale Operativa 118 territorialmente competente, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679, esclusivamente per le finalità connesse al monitoraggio e al controllo dell'attività formativa BLSD/PBLSD e alla tenuta dei dati relativi ai soggetti abilitati. Il Soggetto/Ente organizzatore dichiara di aver reso l'informativa a tutti gli interessati i cui dati sono contenuti nel presente documento.

fonte: http://burc.regione.campania.it

ALLEGATO I

TRACCIATO DELL'ELENCO ANNUALE DEGLI ATTESTATI EMESSI

Soggetti/Enti erogatori di corsi BLSD/PBLSD per personale non sanitario – Regione Campania

art. 14 di cui all'allegato A

Soggetto/Ente: **Codice fiscale / P. IVA:**

Entro il 15 gennaio di ciascun anno il Soggetto/Ente accreditato trasmette alla Regione Campania l'elenco degli attestati emessi nell'anno solare precedente, in formato .xls oppure .csv, mediante PEC all'indirizzo ospedaliera.dae@pec.regione.campania.it.
L'elenco è redatto secondo il tracciato che segue: il file deve contenere una riga di intestazione con i nomi dei campi nell'ordine indicato e una riga per ciascun attestato emesso.
Compilare le celle su sfondo giallo. Una riga per ciascun nominativo.

L'elenco comprende tutti gli attestati emessi nell'anno solare precedente, compresi quelli rilasciati al termine dei corsi di retraining di cui all'art. 17 dell'Allegato A
Se nell'anno solare non è stato emesso alcun attestato, il Soggetto/Ente trasmette comunque una comunicazione con la quale dichiara di non aver emesso attestati.

	Cognome_nome	luogo e data di nascita	Codice fiscale	luogo del corso	data del corso	ente rilasciate	numero attestato	centrale operativa	
1	*ROSSI MARIO*	*NAPOLI IL 01/12/1970*	*RSSMRA70A01F839X*	*Teverola (Ce)*	*29/09/2026*	*xxxxxx*	*xxxxxxxxxxxxxxxxxx*	*C.O.T. 118 Caserta*	*← riga di esempio: sostituire con i dati reali*
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									
32									
33									
34									
35									
36									
37									
38									
39									
40									

Luogo e data _____ Il legale rappresentante _____

Dichiarazione resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445. I dati personali sono trattati dalla Regione Campania secondo l'informativa resa nell'allegato B.

ELENCO DELLE CENTRALI OPERATIVE 118 DELLA REGIONE CAMPANIA

indirizzi PEC ai quali trasmettere le comunicazioni di cui all'art. 14 di cui all'allegato A del presente decreto

La Centrale Operativa 118 competente è quella nel cui ambito territoriale si svolge il corso, indipendentemente dalla sede legale o operativa del Soggetto/Ente accreditato.
A essa sono trasmesse, a mezzo PEC, la comunicazione di attivazione del corso di cui all'allegato G e la comunicazione di conclusione del corso e degli esiti di cui all'allegato H, con contestuale invio per conoscenza alla Regione Campania all'indirizzo *ospedaliera.dae@pec.regione.campania.it*.

CENTRALE OPERATIVA 118	SEDE	RESPONSABILE	PEC
C.O. 118 Napoli 1	P.O. Ospedale del Mare - Napoli	dott. Giuseppe Galano	*cot118@pec.aslna1centro.it*
C.O. 118 Napoli Ovest	P.O. S. Maria delle Grazie - Località La Schiana, Pozzuoli (NA)	dott. Luigi Langella	*uoc118@pec.aslnapoli2nord.it*
C.O. 118 Napoli Est	P.O. San Leonardo - Viale Europa, Castellammare di Stabia (NA)	dott. Salvatore Criscuolo	*pocast.118@pec.aslnapoli3sud.it*
C.O. 118 Caserta	A.O.R.N. S. Anna e S. Sebastiano - Via Ferdinando Palasciano, Caserta	dott. Roberto Mannella	*centraleoperativa118@pec.aslcaserta.it*
C.O. 118 Benevento	A.O.R.N. San Pio - Via Raffaele Delcogliano, Benevento	dott. Ciriaco Pedicini	*cot118@pec.aslbenevento.it*
C.O. 118 Avellino	Strada Comunale Cappuccini - C.da Amoretta, Avellino	dott.ssa Rosaria Bruno	*cot118emergenzaterritoriale@pec.aslavellino.it*
C.O. 118 Salerno	A.O.R.N. San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona - Via San Leonardo, Salerno	dott. Domenico Violante	*centrale.operativa@pec.sangiovannieruggi.it*

fonte: http://burc.regione.campania.it

CENSIMENTO DEFIBRILLATORI SEMI-AUTOMATICI ESTERNI

art. 14, punto 10 di cui all' "allegato A" del presente decreto

Compilare in seguito all'installazione del DAE e inviare via pec

Alla Regione Campania
Direzione Generale Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale
Settore Assistenza Ospedaliera - UOS Qualità delle Cure, Reti e Percorsi
PEC: *ospedaliera.dae@pec.regione.campania.it*

OGGETTO: Censimento defibrillatori semi-automatici esterni.

ANAGRAFICA APPARECCHIATURA

Costruttore _____

Modello _____ Matricola _____

REFERENTE DAE

Nome _____ Cognome _____

e-mail _____ Tel. _____

POSTAZIONE

☐ FISSA ☐ MOBILE (su autovettura, camion, ecc.)

UBICAZIONE (se mobile si intende la sede di riferimento del referente)

Denominazione della sede_____

tipologia struttura (es. scuola, impianto, sportivo, impresa privata, ecc.)_____

Provincia_____ Comune_____ Località_____

indirizzo_____civico_____

coordinate geografiche (se disponibili)_____

Latitudine_____ Longitudine_____

NOTE DI ACCESSO ALLA SEDE

Breve descrizione del posizionamento de DAE (es. vicino distributore di bevande, teca esterna)

_____

Modalità di accesso alla Sede (es. identificarsi alla portineria)

_____

fonte: http://burc.regione.campania.it

DISPONIBILITÀ

Dal mese _____ al mese _____

Orario:

☐ Non definito

☐ H24

☐ Parziale:

- Lunedì dalle ore alle ore
- Martedì dalle ore alle ore
- Mercoledì dalle ore alle ore
- Giovedì dalle ore alle ore
- Venerdì dalle ore alle ore
- Sabato dalle ore alle ore
- Domenica dalle ore alle ore

MANUTENZIONE

Scadenze elettrodi adulti _____

Scadenze elettrodi pediatrici (barrare se non presenti) _____

Scadenze batterie _____

Ai sensi del *D.Lgs. 196/2003* e del *Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR)*, si presta il consenso al trattamento dei dati personali forniti.

Data _____ Firma _____

fonte: http://burc.regione.campania.it

DICHIARAZIONE DI POSSESSO DELLA DOTAZIONE STRUMENTALE MINIMA

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445
art. 12 del regolamento di cui all'allegato A del presente decreto

Alla Regione Campania
Direzione Generale Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale
Settore Assistenza Ospedaliera - UOS Qualità delle Cure, Reti e Percorsi
PEC: *ospedaliera.dae@pec.regione.campania.it*

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di legale rappresentante

del Soggetto/Ente_____

con sede legale in _____

via/piazza _____ n. _____ CAP _____

codice fiscale/partita IVA _____

PEC _____

con riferimento all'istanza di accreditamento all'erogazione dei corsi BLSD/PBLSD presentata ai sensi dell'art. 4 di cui all'allegato A del presente decreto, e relativamente alla/e sede/i operativa/e di seguito indicata/e:

sede operativa n. 1 – indirizzo completo _____

sede operativa n. 2 – indirizzo completo _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici conseguiti per effetto di un provvedimento emanato sulla base di una dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del medesimo decreto,

D I C H I A R A

che il Soggetto/Ente possiede, in via continuativa e quale requisito di accreditamento, la dotazione strumentale minima prescritta dall'art. 12 di cui Allegato A, nelle quantità e con le caratteristiche di seguito indicate, e che tale dotazione è presente presso la/e sede/i operativa/e sopra indicata/e, è in stato di efficienza e piena funzionalità ed è conforme alle più recenti linee guida internazionali rilasciate dagli organismi membri ufficiali di ILCOR:

TIPOLOGIA DI ATTREZZATURA	QUANTITÀ MINIMA RICHIESTA	QUANTITÀ POSSEDUTA	MARCA E MODELLO	N. DI LOTTO O DI SERIE (riferito alla tipologia)
Manichini misura adulto *mezzo busto o corpo intero, con sistema di feedback audio/visivo su compressioni e ventilazioni*	**3**			
Manichini misura bambino *mezzo busto o corpo intero, con sistema di feedback audio/visivo su compressioni e ventilazioni*	**3**			
Manichini misura lattante *corpo intero, con sistema di feedback audio/visivo su compressioni e ventilazioni*	**3**			
Pocket mask misura adulto				
Pocket mask misura pediatrica				
Trainer DAE *con placche adulto e pediatriche oppure con sistema di cambio modalità mediante pulsante, switch o chiave*	**3**			
Tappetini per l'appoggio delle ginocchia				
Postazioni complete per la proiezione *ciascuna composta da computer dedicato esclusivamente all'attività didattica e da sistema di riproduzione audio/visivo*	**2**			
Altre attrezzature:				
Altre attrezzature:				

fonte: http://burc.regione.campania.it

Le quantità indicate si riferiscono al numero complessivo di esemplari posseduti dal Soggetto/Ente, indipendentemente dal numero di aule dichiarate, dal numero di corsi programmati e dal luogo di svolgimento degli stessi.

Qualora un'unica confezione o kit commerciale comprenda più manichini di misura diversa, il medesimo prodotto va indicato su ciascuna delle righe corrispondenti, riportando su ognuna la quantità effettivamente posseduta per quella misura.

Il numero di lotto o di serie è riferito alla tipologia e non al singolo esemplare: qualora più esemplari appartengano allo stesso lotto o allo stesso modello, è sufficiente indicare un solo riferimento. Il campo può essere lasciato in bianco ove il dato non sia disponibile.

e dichiara altresì:

1. che le attrezzature sopra elencate sono di proprietà del Soggetto/Ente ovvero si trovano nella sua piena e continuativa disponibilità a qualunque titolo, per l'intera durata dell'accreditamento;
2. che i manichini indicati alle prime tre righe della tabella consentono l'iperestensione della testa, la ventilazione con sollevamento del torace e la resistenza alle compressioni, e sono dotati di sistema di feedback audio/visivo della qualità delle compressioni e delle ventilazioni;
3. che i trainer DAE indicati in tabella sono apparecchi esclusivamente didattici, privi della capacità di erogare scariche elettriche e non utilizzabili su persona, e in quanto tali non rientrano fra i dispositivi soggetti agli obblighi di censimento di cui all'allegato M del presente decreto;
4. che il materiale didattico monouso di cui all'art. 12 di cui all'Allegato A - filtro/valvola unidirezionale e schermo facciale per ogni partecipante - è garantito in ogni edizione di corso e reintegrato prima di ciascuna edizione;
5. di impegnarsi a comunicare tempestivamente alla Regione ogni variazione che comporti la riduzione della dotazione al di sotto delle quantità minime prescritte, nonché il trasferimento o la dismissione delle attrezzature dichiarate;
6. di essere consapevole che la Regione può procedere in ogni momento alla verifica sul campo della veridicità della presente dichiarazione, ai sensi degli artt. 6 e 7 del regolamento e dell'art. 71 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, e che l'accertata insussistenza dei requisiti comporta la sospensione o la revoca dell'accreditamento.

Ai sensi dell'art. 12 dell'Allegato A non è richiesta l'indicazione del numero di serie di ciascun singolo esemplare, né l'allegazione di titoli di acquisto, fatture o altri documenti fiscali relativi alle attrezzature dichiarate.

Si allega copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Luogo e data _____ Il legale rappresentante _____

Informativa sul trattamento dei dati personali

I dati personali contenuti nella presente dichiarazione sono trattati dalla Regione Campania, in qualità di titolare del trattamento, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679, esclusivamente per le finalità connesse al procedimento di accreditamento dei Soggetti/Enti erogatori di corsi BLSD/PBLSD e ai successivi controlli. Il conferimento dei dati è necessario per la trattazione dell'istanza; il loro mancato conferimento comporta l'impossibilità di dare corso al procedimento. I dati sono conservati per il tempo previsto dalla normativa in materia di documentazione amministrativa e possono essere comunicati agli organi di controllo nei casi previsti dalla legge. L'interessato può esercitare i diritti di cui agli artt. 15 e seguenti del medesimo Regolamento rivolgendosi al titolare del trattamento.

fonte: http://burc.regione.campania.it