REGIONE DEL VENETO
ULSS6 EUGANEA

Regione del Veneto
AZIENDA U.L.S.S. N. 6 EUGANEA
www.aulss6.veneto.it – P.E.C.: protocollo.aulss6@pecveneto.it
Via Enrico degli Scrovegni n. 14 – 35131 PADOVA

Cod. Fisc. / P. IVA 00349050286

NOTE ORGANIZZATIVE DEL SERVIZIO INTEGRAZIONE SCOLASTICA E SOCIALE DISTRETTO PADOVA TERME COLLI

Premessa

Il Servizio di Integrazione Scolastica e Sociale Disabili (SISS) dell'A.ULSS 6 EUGANEA organizza e gestisce gli interventi educativi-assistenziali per gli alunni con disabilità, frequentanti i Centri Ricreativi Estivi (CRE), attraverso l'assegnazione di operatori socio sanitari (OSS).

L'operatore socio sanitario agisce nell'area dell'autonomia personale, dell'autosufficienza di base e della generalizzazione delle abilità apprese nei vari contesti di vita della persona con disabilità.

Per favorire l'inclusione sociale del minore si ritiene opportuno che, per ogni minore con disabilità iscritto al CRE, sia predisposta una Scheda Progetto (Allegato 2) da restituire al responsabile del Comune di residenza che provvederà a trasmetterla a questo SISS.

Per ottimizzare la collaborazione si indicano le **modalità organizzative del servizio**:

- è indispensabile la trasmissione e la condivisione delle note con i responsabili/coordinatori dei CRE per la presa in carico dei minori e l'organizzazione del personale di assistenza;
- gli operatori socio sanitari dell'A. ULSS o della Cooperativa incaricata sono assegnati esclusivamente per i minori con disabilità seguiti da questo SISS durante l'anno scolastico;
- il SISS comunicherà l'assegnazione del personale di assistenza esclusivamente ai Comuni sul cui territorio vengono organizzati i CRE;
- il SISS, per garantire idonea supervisione delle attività, effettua sopralluoghi presso i CRE attraverso i propri Coordinatori, ove sarà assegnato l'operatore socio sanitario;
- la presenza dell'operatore socio sanitario all'interno della struttura viene registrata nel foglio di rilevazione presenze. Tale modulo, firmato dal Responsabile del CRE, dovrà pervenire alla Cooperativa entro i primi 3 gg. del mese successivo;
- in relazione all'attuale situazione di emergenza, qualora sia presente un operatore socio sanitario all'interno del cluster – gruppo in cui si verifichi un caso di positività per COVID 19, è necessario dare comunicazione del nominativo dell'operatore al Dipartimento di Prevenzione. Si chiede quindi ai Referenti Covid di ogni singolo Centro Estivo di inserire anche i dati degli operatori socio sanitari tra quelli richiesti dal Dipartimento di Prevenzione per segnalare e permettere ai sanitari la tracciabilità dei contatti. Pertanto, il Centro, è tenuto a comunicare tempestivamente al Servizio Integrazione Scolastica e alla Cooperativa Ancora

Servizi il nominativo dell'operatore, inserito nel gruppo in cui si è verificato il caso di positività per COVID 19,tramite mail ai seguenti indirizzi:

- **integrazionescolastica.d123@aulss6.veneto.it**
- **padova@ancoraservizi.info**

- l'intervento assistenziale dell'operatore socio sanitario sarà effettuato preferibilmente in orario antimeridiano per favorire l'accoglienza, la merenda ed eventuale pranzo dei minori. In particolari occasioni come uscite e attività in piscina, qualora l'orario superi le 6 ore di servizio, si dovrà garantire la mensa all'operatore;
- per le attività in piscina gli operatori socio sanitari **non sono tenuti a prestare assistenza in acqua** che dovrà essere garantita da personale qualificato;
- in caso di assenza degli operatori sarà cura del Servizio o della Cooperativa convenzionata dare tempestiva comunicazione al responsabile del Centro. Data la situazione attuale di emergenza Covid-19 **non sarà possibile garantire la sostituzione del personale assente**, per positività o isolamento fiduciario, secondo l'orario definito e comunque solo in relazione al personale effettivamente disponibile. Pertanto è necessario programmare anticipatamente un "Piano di sostituzione;
- qualora il minore assistito rimanga assente, il responsabile del CRE è tenuto ad avvertire tempestivamente il Servizio o la Cooperativa convenzionata. L'operatore è tenuto a rimanere nella sede di servizio, salvo diversa comunicazione da parte del Servizio o della Cooperativa per assegnazione temporanea ad altra sede;
- qualora il Centro Estivo organizzi gite/uscite fuori territorio ULSS 6, e l'operatore dia la propria volontaria disponibilità, la richiesta dovrà pervenire con almeno 5 giorni di anticipo, in quanto la partecipazione dell'operatore dovrà essere autorizzata dal Servizio o dalla Cooperativa. Le uscite nel territorio ULSS 6 devono essere comunque comunicate al Servizio o alla Cooperativa convenzionata (Allegato 3);
- per quanto riguarda la somministrazione dei **farmaci** gli operatori socio sanitari possono provvedervi solo per i farmaci salvavita. Al Servizio o alla Cooperativa dovrà essere **inviata** la richiesta di somministrazione del farmaco salvavita compilata dai genitori e dichiarazione del medico (Allegato 4 e 4/a). **Si ricorda che il personale presente** (indipendentemente dal ruolo o dalle funzioni) **al momento dell'urgenza ha l'obbligo di somministrare il farmaco salvavita ;**
- per favorire la partecipazione dei minori alle attività extrascolastiche è necessario che gli operatori socio sanitari siano coinvolti in alcuni momenti di programmazione ;
- per eventuali segnalazioni si invita ad utilizzare il modulo predisposto (Allegato 5)

Per comunicazioni si può contattare la segreteria del Servizio Integrazione Scolastica e Sociale Disabili al n. 049 8214127

Allegato 2

Al Responsabile CRE
Comune di _____

SCHEDA PROGETTO per l'inclusione sociale dei minori disabili presso il

Centro Estivo _____

Responsabile gestione CRE _____
Recapito tel./cell. _____

- Cognome e Nome minore frequentante _____
- Periodo e orario di frequenza _____
- Attività educative/ricreative proposte _____

_____

_____

_____

_____

- Il minore utilizza il servizio mensa □ SI □ NO
- Il minore ha la necessità di assumere farmaci salvavita:
- □ SI (allegare documentazione) □ NO
- In caso di assenza dell'Operatore Socio Sanitario (OSS) è stato predisposto un piano di sostituzione.

Si attesta che la struttura del Centro Estivo garantisce:

□ quanto indicato dalle attuali Linee guida per la gestione in sicurezza dell'emergenza COVID-19

□ caratteristiche di agibilità (Dlgs 81/08 e s.m.i.)

□ caratteristiche di accessibilità

□ servizi igienici idonei per i minori disabili

Referente del progetto

_____

Allegato 3

Al Servizio Integrazione
Scolastica e Sociale Disabili
mail:**integrazionescolastica.d123@aulss6.veneto.it**

Alla Cooperativa Ancora Servizi
mail: padova@ancoraservizi.info

Oggetto: richiesta di autorizzazione per la partecipazione dell'operatore socio sanitario a uscite/gite.

Si chiede di autorizzare la presenza dell'operatore socio sanitario sig./sig.ra

_____

□ dipendente dell'A.ULSS 6
□ dipendente della Cooperativa

per accompagnare il minore _____

frequentante il _____

all'uscita/gita il _____ a _____
dalle ore _____ alle ore _____

□ Si conferma che l'uscita è in linea con quanto previsto dal DPCM attualmente in vigore

Le spese per la partecipazione dell'operatore socio sanitario sono a totale carico dell'Ente promotore dell'uscita/gita.

Il Responsabile del Centro Estivo

_____

OGGETTO: Richiesta autorizzazione per somministrazione di farmaci salvavita.

I sottoscritti_____ e _____

genitori dell'alunno/a_____iscritto/a al _____

DICHIARANO

che il proprio figlio/a_____

è affetto da _____

CHIEDONO

che in caso d'urgenza dovuta a _____

e che si manifesta con la seguente sintomatologia:_____

_____

(descrivere brevemente la situazione d'urgenza)

venga somministrato allo stesso/a il farmaco _____

come prescritto dal certificato del medico allegato alla presente.

AUTORIZZANO

il personale in servizio ad effettuare la somministrazione di cui sopra

ESONERANO

il personale coinvolto da ogni responsabilità per eventuali danni derivanti dalla somministrazione stessa.

SI IMPEGNANO

a dare comunicazione scritta se si renderanno necessarie delle modifiche nella prescrizione

Allegano a tal fine il certificato medico che:

- attesta le condizioni di salute dell'alunno come dichiarate nella presente;
- prescrive il farmaco indispensabile per il trattamento d'urgenza con chiaramente specificate la posologia e le modalità di somministrazione del farmaco;
- dichiara (come) che il farmaco può essere somministrato anche da personale privo di cognizioni specialistiche di tipo sanitario.

Consegnano:

- Il farmaco per trattamento d'urgenza;
- Altro: _____

Data _____ Firma dei genitori

_____

OGGETTO: Dichiarazione medica.

Il sottoscritto dott. _____medico curante

del minore_____

nato/a a _____.il _____

iscritto presso la scuola _____

DICHIARA che il minore è affetto da _____

_____

e pertanto in caso di "urgenza" e precisamente (descrivere brevemente i sintomi di una "crisi"):

_____

_____

_____

_____

è necessario che venga somministrato il farmaco salvavita_____

_____

nella seguente posologia_____

con le seguenti tecniche e modalità di somministrazione_____

_____

e che la **somministrazione dei farmaci non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario o l'esercizio da parte dell'adulto di una discrezionalità di natura tecnica**.

PRECISA le modalità di conservazione del farmaco: _____

_____

gli eventuali effetti collaterali_____

_____

l'eventuale necessità di chiamata del 118_____

DICHIARA inoltre che la somministrazione di tale farmaco salvavita non comporta particolari inconvenienti dal punto di vista clinico e pertanto il personale scolastico e sociosanitario, presente al momento dell'urgenza, ha l'obbligo di somministrare il farmaco e che eventuali modifiche nella prescrizione, che dovessero rendersi necessarie in corso d'anno, verranno dichiarate per iscritto.

Data _____ Firma _____

Al Servizio Integrazione
Scolastica e Sociale Disabili
mail:**integrazionescolastica.d123@aulss6.veneto.it**

MODULO PER LA PRESENTAZIONE DI SEGNALAZIONI

□ Suggerimenti/Proposte □ Elogi/Ringraziamenti □ Reclami/Opposizioni

Gentile Responsabile/Coordinatore,
ogni segnalazione, proposta o ringraziamento fornirà indicazioni utili a migliorare l'attività assistenziale presso i Centri Estivi.
Grazie per la collaborazione.

Dati del **DIRETTO INTERESSATO** (persona direttamente coinvolta nel fatto segnalato)

Cognome e Nome_____

□ Operatore Socio sanitario Cooperativa "Ancora Servizi"

□ Operatore Socio sanitario ULSS 6

Centro Ricreativo Estivo_____

Dati del **SEGNALANTE** (persona che presenta la segnalazione per conto dell'interessato)

Cognome e Nome_____

Responsabile/Coordinatore del Centro Estivo _____

Sede sita in Via:_____