

**INDICAZIONI GENERALI****All. 1)****- anno 2020 -**

Le indicazioni di seguito riportate sono riferite alle modalità di segnalazione/attivazione del servizio di assistenza per le attività di promozione dell'autonomia personale e per favorire esperienze di autonomia, per l'anno 2020 a favore dei degli alunni con disabilità seguiti dal servizio integrazione scolastica e sociale del Distretto Padova Sud.

**Modalità:**

La Richiesta di attivazione dell'intervento, assegnazione di un Operatore Socio Sanitario per le attività ricreative estive, deve essere presentata, da parte dei genitori del minore, all'assistente sociale del **Comune di residenza**, al fine di attivare l'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (UVMD) per la valutazione della richiesta.

**Tipologia di Progetti:**

Interventi di promozione dell'autonomia personale (integrazione sociale, ricreative, ecc... ), per favorire esperienze di autonomia e di vita indipendente delle persone con disabilità.

**Destinatari:**

Person<sup>19</sup>e con disabilità certificate ai sensi della L. 104/92 art. 3 c. 3 <sup>19</sup>

**Documentazione:**

ISEE, se presente quello relativa ai redditi 2019, qualora non disponibile si utilizzerà l'ISEE presentato per la richiesta del 2019.

**Valutazione:**

La richiesta di intervento assistenziale verrà valutata in sede di UVMD.

**Modalità di erogazione del servizio:**

- **Periodo:** 15/20 giorni per ogni persona con disabilità per la quale l'UVMD ha redatto un progetto l'intervento;
- **Ore da assegnare:** 4 ore giornaliere, dal lunedì al venerdì;
- **Altre modalità di intervento:** dovranno essere condivise con l'UOC Infanzia Adolescenza Famiglia - servizi di Età Evolutiva e Neuropsichiatria Infantile competenti per territorio.
- **Collaborazioni:** saranno prese in considerazione forme di collaborazione con il terzo settore che prevedono l'intervento di volontari;
- **Risorse:** qualora le richieste di intervento fossero superiori rispetto alle risorse disponibile, si terrà conto della posizione della graduatoria di priorità.

**Graduatoria di priorità**

- Gravità
- Reddito ISEE

**Modulo di Richiesta**

**All. 2)**

Al fine di poter programmare gli interventi di promozione dell'autonomia personale (integrazione sociale, attività ricreative e di tempo libero) per favorire esperienze di autonomia e di vita indipendente, per l'assegnazione di personale di assistenza, vi chiediamo gentilmente di far pervenire il presente modulo.

Queste informazioni, indicative, sono fondamentali per la definizione e la programmazione delle risorse attivabili.

**Destinatario dell'intervento**

Nome e cognome del minore

.....

Nato a ..... il ..... residente a .....

In via ..... tel. ....

La persona è in possesso del riconoscimento dello stato di Handicap ai sensi della Legge 104/92  SI  NO

art.3 comma 1(Handicap Semplice)  art. 3 comma 3 (Handicap Grave)

**Il minore è/sarà iscritto:**

\*Centro Estivo .....

\*Recapito/mail/cognome del responsabile del Centro Estivo .....

**Settimane richieste** mettere un crocetta sulle settimane richieste (n. 4 settimane)

<b>22/06-26/06</b>	<b>29/06- 03/07</b>	<b>06/07-10/07</b>	<b>13/07-17/07</b>	<b>20/07-24/07</b>	<b>27/07-31/07</b>

<b>03/08-07/08</b>	<b>10/08-14/08</b>	<b>17/08-21/08</b>	<b>24/08-28/08</b>		

Le settimane del mese di agosto sulla base della disponibilità degli operatori

dalle ore ..... alle ore .....

a. Il minore utilizza il servizio mensa  SI  NO

b. Il minore ha la necessità di assumere farmaci salvavita:  SI (allegare documentazione)  NO

**Note**

.....  
 .....

Si ringrazia per la collaborazione

**N.B.** Nome cognome e qualifica del compilatore .....

mail.....

Telefono .....

**Data**

**Firma**

## Note Organizzative

## All. 2a)

- a. Il Responsabile del Centro Estivo deve attestare che la struttura garantisce (all. 2b):
  - a1. caratteristiche di agibilità (D.lgs 81/08 es.m.i)
  - a2. caratteristiche di accessibilità (barriere architettoniche)
  - a3. servizi igienici idonei per i minori con disabilità
  - a4. adeguato sistema di protezione per le aree esterne
  - a5. Progetto Organizzativo del servizio secondo quanto previsto dal DPCM del 17/05/2020 all.8 e dell'ordinanza regionale n. 50 del 23/05/2020.
- b. Il Servizio di Integrazione Scolastica e Sociale Disabili, per garantire idonea supervisione delle attività, potrà effettuare sopralluoghi presso i CRE, ove è stato assegnato l'operatore socio sanitario;
- c. L'intervento assistenziale dell'operatore socio sanitario sarà effettuato preferibilmente in orario antimeridiano per favorire l'accoglienza, la merenda ed eventuale pranzo dei minori e per particolari occasioni come uscite e attività in piscina;
- d. In caso di assenza degli operatori assegnati sarà cura del Servizio o della Cooperativa convenzionata dare tempestiva comunicazione al responsabile del Centro. Vista la situazione sanitaria - emergenza COVID-19 - **la sostituzione del personale assente**, sarà organizzata sulla base delle disposizioni emanate dalla struttura;
- e. Per la partecipazione a gite/uscite fuori territorio dell'A.ULSS 6, qualora l'operatore dia la propria volontaria disponibilità, la richiesta deve pervenire con almeno 5 giorni di anticipo, in quanto tale gita/uscita deve essere autorizzata dal Servizio. Le uscite nel territorio dell'A.ULSS 6 devono essere comunque comunicate al Servizio (Allegato 3);
- f. Per la somministrazione dei farmaci gli operatori socio sanitari possono provvedervi solo per i farmaci salvavita. Al Servizio dovrà essere inviata copia della richiesta di somministrazione del farmaco salvavita compilata dai genitori e dal medico. A tal fine si allega modulistica (Allegato 4/4a). **Si ricorda che tutto il personale presente (indipendentemente dal ruolo o dalle funzioni) al momento dell'urgenza ha l'obbligo di somministrare il farmaco salvavita;**
- g. Per favorire la partecipazione dei minori alle attività extrascolastiche è necessario che gli operatori socio sanitari siano coinvolti in alcuni momenti di programmazione;
- h. Per eventuali segnalazioni di disservizio si invita ad utilizzare il modulo predisposto (Allegato 5) e di inviarlo al Servizio ([integrazionescolastica.d5@aulss6.veneto.it](mailto:integrazionescolastica.d5@aulss6.veneto.it)).

UOC Disabilità e Non Autosufficienza – Servizio Integrazione Scolastica e Sociale Responsabile del procedimento:  
Carminuccia Amato tel. 049 9598131 fax 0499598120 mail [integrazionescolastica.d5@aulss6.veneto.it](mailto:integrazionescolastica.d5@aulss6.veneto.it)

**Scheda progetto**

**All. 3)**

**IL Responsabile del Centro Estivo/...**

**Nome cognome**

**Comune**

**Comunica**

Che Il minore \_\_\_\_\_

frequentante il Centro Estivo \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

con orario \_\_\_\_\_ che comprende il servizio mensa SI  alle ore \_\_\_\_\_ No

assume SI  non assume NO  Farmaci

Si attesta, inoltre, che la struttura garantisce:

- caratteristiche di agibilità (D.lgs 81/08 es.m.i)
- caratteristiche di accessibilità (barriere architettoniche)
- servizi igieni idonei per i minori con disabilità
- adeguato sistema di protezione per le aree esterne
- Progetto Organizzativo del servizio secondo quanto previsto dal DPCM del 17/05/2020, Linee guida per la gestione in sicurezza di opportunità organizzate di socialità e gioco per bambini e adolescenti nella fase 2 dell'emergenza COVID-19 e dell'ordinanza regionale n. 50 del 23/05/2020.

**Data**

**Firma del Responsabile**

\_\_\_\_\_

**N.B. L'Allegato 2b deve essere inviato dal responsabile del Centro Estivo al Servizio di Integrazione Scolastica e Sociale  
Distretto Padova Sud - integrazionescolastica.d5@aulss6.veneto.it**

**All. 4)**

Al Servizio Integrazione  
Scolastica e Sociale Disabili  
mail: integracionescolastica.d5@aulss6.veneto.it  
Tel. 049/9598131 fax 049 9598120

**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 – Distretto Padova Sud

dipendente della Cooperativa

per accompagnare il minore \_\_\_\_\_

frequentante il \_\_\_\_\_

all'uscita/gita il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

con il seguente mezzo di trasporto \_\_\_\_\_

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

Data \_\_\_\_\_

Il Responsabile del Centro Estivo  
\_\_\_\_\_

Riservato all'Ufficio

Si Autorizza

Non si autorizza

Note:

**AII. 5)**

Al 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:

1. attesta le condizioni di salute dell'alunno come dichiarate nella presente;
2. prescrive il farmaco indispensabile per il trattamento d'urgenza con chiaramente specificate la posologia e le modalità di somministrazione del farmaco;
3. 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 \_\_\_\_\_

**All. 5a)**

Al Responsabile del Centro Estivo

**OGGETTO:** Dichiarazione medica.

Il sottoscritto dott. ....medico curante del  
minore.....

nato/a a .....il .....

iscritto al Centro Ricreativo Estivo.....

**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 **tutto il personale presente**, 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 \_\_\_\_\_

**AII. 6)**

Al Servizio Integrazione  
Scolastica e Sociale Disabili  
Tel. 049 9598131 Fax 049/9598120  
Mail: integrazione scolastica.d5@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 "Promozione Lavoro"

Operatore Socio sanitario A.ULSS 6 Euganea

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: \_\_\_\_\_





Regione del Veneto  
**AZIENDA U.L.S.S. N. 6 EUGANEA**  
Distretto Padova Sud  
U.O.C. Disabilità' e Non Autosufficienza  
Servizio Integrazione Scolastica e Sociale Disabili **ALLEGATO 7)**

**RICHIESTA ACCESSO AGLI INTERVENTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE**  
*Sostitutivo del servizio scolastico sospeso per emergenza COVID19*

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ (leggibile)  
genitore di \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

in carico al Servizio di Assistenza Scolastica

**CHIEDE**

l'assistenza per il proprio figlio con disabilità mediante l'erogazione di prestazioni individuali domiciliari in attuazione art.9 del D.L. n.14 del 9.3.2020 "Disposizioni urgenti per il potenziamento del servizio Sanitario Nazionale in relazione all'emergenza del COVID-19"

**A tal fine dichiara**

1. che nessun componente il nucleo familiare presenta una sintomatologia da infezione respiratoria e febbre (maggiore di 37,5° C);
2. di prendere atto che la finalità dell'intervento è quella di sostenere la famiglia in questa fase di chiusura delle scuole;
3. di prendere atto che l'intervento a domicilio è sostitutivo di quello previsto a sostegno del percorso scolastico e che potrà durare, salvo diverse indicazioni e/o sospensioni richieste dal genitore o dal Servizio, per la durata dell'emergenza;
4. di prendere atto che l'operatore incaricato utilizzerà i dispositivi di protezione indicati dalle direttive ministeriali ed in particolare mascherina, guanti monouso, liquido disinfettante, che lo stesso adotterà tutte le disposizioni igienico-sanitarie prescritte e indicate dalla comunità scientifica e che lo stesso non potrà essere sostituito qualora ammalato;
5. di prendere atto che qualora le condizioni generali dell'alloggio non siano adeguate l'intervento a domicilio non potrà essere realizzato e/o verrà sospeso;
6. di attenersi a tutte le disposizioni che potranno essere successivamente fornite in ordine alla tutela della salute di tutte le persone coinvolte.

**Si impegna**

- a. a compilare la scheda allegata 7) per l'attivazione del servizio;
- b. a **comunicare tempestivamente** ai Coordinatori della cooperativa Promozione Lavoro l'eventuale insorgenza di una sintomatologia da infezione respiratoria e febbre (maggiore di 37,5° C) con la conseguente sospensione dell'intervento;
- c. a rispettare gli orari nelle giornate indicate garantendo la presenza di un genitore o altro adulto, sollevando l'operatore incaricato da ogni responsabilità in ordine ad eventuali danni ad oggetti e cose presenti nell'alloggio, nonché danni materiali che si potessero verificare nel corso dell'intervento.

**Autorizza**

al trattamento dei dati secondo la disciplina del Regolamento Europeo n. 679/16 (GDPR)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

AZIENDA U.L.S.S. N. 6 EUGANEA  
Distretto Padova Sud  
U.O.C. Disabilità' e Non Autosufficienza  
Servizio Integrazione Scolastica e Sociale Disabili  
E-mail: [integrazionescolastica.d5@aulss6.veneto.it](mailto:integrazionescolastica.d5@aulss6.veneto.it)

**SCHEDA ALLEGATA ALLA RICHIESTA DI INTERVENTO DOMICILIARE ALLEGATO 8)**

Premesso che non potrà essere garantita la continuità con l'operatore socio sanitario assegnato per l'assistenza scolastica, si chiede di compilare la scheda in tutte le sue parti per le informazioni utili all'avvio dell'intervento domiciliare che sarà erogato in base alla valutazione di quanto dichiarato.

Il genitore di \_\_\_\_\_  
chiede l'intervento domiciliare per sollevare la famiglia in merito a (possibili più risposte):

- aiuto per igiene personale del minore  
 aiuto per somministrazione pasti  
 aiuto nelle attività ludico-ricreative  
 altro (specificare per quale attività) \_\_\_\_\_

Nell'alloggio è presente uno spazio dedicato per l'intervento assistenziale  SI  NO

Indicare il numero dei componenti familiari presenti a casa \_\_\_\_\_

**Indicazioni preferenza giorno** (da lunedì a venerdì) e orario:

(la richiesta dei giorni e dell'orario verrà valutata anche sulla base della disponibilità degli operatori. Nel periodo dei centri Estivi la programmazione delle attività potrebbe essere di pomeriggio)

1° giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

2° giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

3° giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

4° giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

5° giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

(max 10 ore settimanali).

Il minore assume farmaci salvavita:  SI  NO

**Il genitore dichiara:**

- a. unico genitore che si occupa del minore SI  NO   
b. padre lavoratore SI  NO  dipendente  autonomo   
c. madre lavoratrice SI  NO  dipendente  autonomo   
d. di usufruire dei benefici previsti L. 104/92 SI  NO   
e. che in famiglia sono presenti altre persone con disabilità SI  NO

Numero di telefono per contattare la famiglia \_\_\_\_\_

Indirizzo mail \_\_\_\_\_

Indirizzo del domicilio dove dovrà essere svolto l'intervento \_\_\_\_\_

**Note** \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

FIRMA del genitore \_\_\_\_\_