



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna
Dipartimento Salute Donna Infanzia e Adolescenza – Rimini
U.O. Tutela Salute Famiglia, Donna ed Età Evolutiva
Pediatria di Comunità

Direttore

Prot. N° 2020/0244075/P

Rimini 23/09/2020

Ai Dirigenti degli Asili Nido e Scuole dell'Infanzia Comunali - Rimini
Ai Dirigenti dei Circoli Didattici - Rimini
Ai Dirigenti degli Istituti Comprensivi - Rimini
Ai Dirigenti delle Scuole Secondarie di primo grado – Rimini
Ai Dirigenti delle Scuole Secondarie di secondo grado - Rimini
Ai Dirigenti degli Asili Nido, Scuole Private e Parificate - Rimini

E p.c. Dr. Franco Borgognoni
Direttore f.f. U.O. Igiene e Sanità Pubblica - Rimini

Dr. Gianluca Vergine
Direttore U.O. Pediatria Ospedale Infermi - Rimini

Ai Pediatri di Libera Scelta AUSL Romagna – Rimini

Ai Medici Medicina Generale AUSL Romagna - Rimini

OGGETTO: Programma delle attività della Pediatria di Comunità per le comunità educative scolastiche. Anno scolastico 2020 - 2021

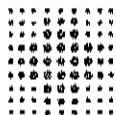
SCREENING AMBLIOPIA (solo per le Scuole dell'Infanzia)

Rivolto ai bambini nati nel 2017. L'esame verrà effettuato dall'ortottista all'interno delle scuole, in orario scolastico, previ accordi telefonici con gli insegnanti. Sarà cura dell'Istituzione Scolastica comunicare alla famiglia la data dello screening e acquisire il consenso.

SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO EDUCATIVO - SCOLASTICO

La somministrazione di farmaci in orario scolastico è limitata ai casi di effettiva ed inderogabile necessità.

- Durante l'anno scolastico, in caso di malattia infettiva, è possibile che venga richiesto ai Dirigenti Scolastici il tempestivo invio degli elenchi degli alunni iscritti, al seguente indirizzo PEC: azienda@pec.auslromagna.it. Si specifica che non sussistono impedimenti di legge all'invio degli elenchi in quanto si tratta di informazioni indispensabili per l'applicazione delle misure di profilassi per esigenze di sanità pubblica. Il mancato o ritardato invio degli elenchi comporterà inevitabilmente il ritardo degli interventi sanitari che, in caso di pericolose malattie infettive trasmissibili (es. meningite e tubercolosi) potrebbero determinare gravi/gravissime conseguenze per la salute collettiva e dei singoli con tutte le responsabilità che ne deriverebbero. Si raccomanda altresì che gli elenchi siano compilati come da esempio specificato (all. 1). Si suggerisce di preparare preventivamente gli elenchi al fine di garantire un pronto invio in caso di emergenza;



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna
Dipartimento Salute Donna Infanzia e Adolescenza – Rimini
U.O. Tutela Salute Famiglia, Donna ed Et  Evolutiva
Pediatria di Comunit 

Direttore

- lesioni della pelle (es. chiazze, pomfi, ecc.) o delle mucose (es. afte in bocca, ecc.) o del cuoio capelluto (lesioni pruriginose e/o presenza di formazioni biancastre adese ai capelli);
 - diarrea (due scariche di feci liquide) e/o vomito (almeno due episodi);
 - sintomi da sospetta infezione da Covid 19 (vedi ***“Indicazioni operative per la gestione di casi e focolai di SARS-CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi dell’infanzia” – All.4***)
- Non vi   obbligo di richiesta di certificazione medica per assenza scolastica di pi  di cinque giorni (Legge Regionale n 9 art. 36 del 16.07.2015). La presentazione dei certificati medici richiesti per assenza scolastica di pi  di cinque giorni, di cui all’articolo 42, sesto comma, decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1967, n. 1518   prevista esclusivamente qualora:
- Lo richiedano misure di profilassi a livello internazionale e nazionale per esigenze di sanit  pubblica, vale a dire situazioni di particolare criticit  delle quali la Direzione Regionale Sanit  e Politiche Sociali e per l’Integrazione, si far  carico di informare tempestivamente le Aziende Sanitarie. **LA RIAMMISSIONE A SCUOLA NEL MINORE ALLONTANATO PER SOSPETTA INFEZIONE DA COVID 19 RIENTRA IN QUESTA TIPOLOGIA. NEL DETTAGLIO SI RIMANDA AI SEGUENTI DOCUMENTI:**
 1. ***“Indicazioni operative per la riapertura delle scuole e per la gestione di casi e focolai di SARS-CoV-2 nelle scuole dell’Emilia-Romagna” (All.5, 5a, 5b, 5c, 5d)***
 2. ***Apertura dei servizi educativi (0-3 anni), chiarimenti in merito alle certificazioni mediche e altre specifiche (All.6, 6a, 6b, 6c, 6d)***
 - i soggetti richiedenti siano tenuti alla presentazione del certificato in altre Regioni.
- Non vi   obbligo di presentazione del certificato di riammissione per l’alunno allontanato dall’operatore scolastico per sospetto di malattia trasmissibile in atto.

Ringraziando per la collaborazione si inviano distinti saluti.

Dr. Maurizio Bigi

Allegati:

- All. 1: fac simile per compilazione elenchi in formato excel;
- All. 2: modulo per certificare “prescrizione farmaci in ambito educativo-scolastico” per PLS/MMG;
- All. 3: “modulo autorizzazione farmaci a scuola per PdC”;
- All. 4 : Indicazioni operative per la gestione di casi e focolai di SARS-CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi dell’infanzia;
- All. 5 : indicazioni operative per la riapertura delle scuole e per la gestione di casi e focolai SARS-Cov-2 nelle scuole dell’Emilia-Romagna. All.5 a_flowchart DSP, All.5 b_flowchart famiglia, All.5 c_flowchart scuola, All. 5 d_flowchart PLS-MMG;
- All.6 : apertura dei servizi educativi (0-3 anni), chiarimenti in merito alle certificazioni mediche e altre specifiche. All.6 a_flowchart DSP, All.6 b_flowchart famiglia, All.6 c_flowchart nido, All. 6 d_flowchart PLS;
- All. 7: sedi e orari ambulatori vaccinali;
- All. 8: elenco materiale primo soccorso ad uso scolastico.

Pediatria di Comunità
PEC: azienda@pec.auslromagna.it

Oggetto: PRESCRIZIONE FARMACI IN AMBITO EDUCATIVO – SCOLASTICO A CURA DEL PLS / MMG

Si certifica che

_____ nato il _____
cognome e nome del minore

residente a _____ via _____ telefono _____

frequentante la struttura educativo-scolastica _____

pec _____ oppure mail _____

classe _____ sezione _____

necessita della seguente terapia da somministrare in ambito educativo scolastico.

Nome commerciale del/i farmaco/i: _____

Dosaggio _____ Orario di somministrazione _____

Via di somministrazione: _____ Durata della terapia: _____

Modalità di conservazione: _____

Descrizione dell'evento per il quale si richiede la somministrazione del/i farmaco/i (es: anafilassi):

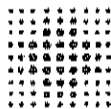
Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco SI NO

Note: _____

IN CASO DI NECESSITA' CONTATTARE (recapiti telefonici dei genitori o tutori legali)

Data _____

Timbro e firma del PLS/MMG



Dipartimento Salute Donna Infanzia e Adolescenza - Rimini
U.O. Tutela Salute Famiglia, Donna ed Età Evolutiva
Pediatría di comunità

Prot. N° _____

Rimini _____

Al Responsabile strutture educative/ Dirigente Scolastico
Via
PEC
Località

Oggetto: certificazione farmaci a scuola a cura del pediatra di Comunità

Constatata la assoluta necessità SI PRESCRIVE la somministrazione dei farmaci sotto indicati in orario ed ambito scolastico all'alunno/a

Cognome Nome nato/a il
residente a Via tel.
frequentante struttura educativa/scolastica
classe sezione

A) Nome commerciale del farmaco:

Durata della terapia:

1 A - Somministrazione quotidiana:

Orario Dose.....
Via di somministrazione..... Modalità di conservazione
Note specifiche per il personale scolastico.....

2 A - Somministrazione al bisogno:

FARMACO SALVAVITA SÌ NO

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco :
.....
.....

Via di somministrazione..... Modalità di conservazione

Note specifiche per il personale scolastico.....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco SÌ NO

IN CASO DI NECESSITA' CONTATTARE:

Medico Pediatria di Comunità

PEDIATRIA DI COMUNITA'

Indirizzi, orari e numeri telefonici per informazioni ed appuntamenti

SEDE EROGATIVA	VACCINAZIONI PEDIATRICHE ANNI 0-18 (0- 17 ANNI E 364 GIORNI)	PER APPUNTAMENTI E INFORMAZIONI
BELLARIA <i>P.zza del Popolo, 1</i>	Lunedì ore 8.30-12.30	TEL. <u>0541-327165</u> Lunedì ore 12.00 - 13.00
MORCIANO di R. <i>Via Arno, 40</i>	Martedì , Giovedì ore 8.30 - 12.30 Lunedì ore 14.30-18.00	TEL. <u>0541-854414</u> Martedì e Giovedì ore 12.00-13.00
NOVAFELTRIA <i>P.zza Bramante, 10</i>	Venerdì ore 9.00 - 12.30 1° e 3° martedì del mese ore 14.30- 17.30	Tel <u>0541-919628</u> Venerdì ore 12.00-13.00
RICCIONE <i>Via Formia, 14</i>	Lunedì, Mercoledì e Giovedì ore 8.30 - 12.30 Lunedì ore 14.30 - 18.00	TEL. <u>0541-608681</u> Lunedì, mercoledì e giovedì ore 12.00-13.30
RIMINI <i>Via Coriano, 38</i>	dal Lunedì al Venerdì ore 8.30 - 13.00 Martedì e Mercoledì ore 14.30- 18.00	TEL. <u>0541-707512/16</u> dal lunedì al venerdì ore 12.00 - 14.00 martedì ore 8.30-14.00
SANTARCANGELO <i>P.zza Suor Angela Molari, 3</i>	Martedì e Venerdì ore 8.30 - 12.30	TEL. <u>0541-326529</u> Martedì e Venerdì ore 12.00 - 13.30

Aggiornato 24/08/2020

Dipartimento Salute Donna Infanzia e Adolescenza
U.O.Tutela Salute Famiglia, Donna ed Eta' Evolutiva - Rimini

Pediatria di Comunità

MATERIALE DI PRIMO SOCCORSO AD USO SCOLASTICO
ANNO SCOLASTICO 2020 2021

- DISINFETTANTE PER LA CUTE
- COTONE IDROFILO
- GARZE STERILI
- BENDA ORLATA
- CEROTTO IN ROTOLO
- CEROTTI MEDICATI DI VARIE DIMENSIONI
- TERMOMETRO PER RILEVARE LA TEMPERATURA CORPOREA
- GHIACCIO COMUNE O SINTETICO
- UNA CONFEZIONE DI SOLUZIONE FISIOLGICA
(per l'eventuale conservazione di un dente in caso di caduta accidentale)
- GUANTI MONOUSO
- FORBICI A CON PUNTA ARROTONDATA

N.B. Si raccomanda di conservare il materiale di primo soccorso dei minori in apposito contenitore ben individuabile e separato da quello degli adulti

Il Pediatra di Comunità