



Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bergamo
Via Galliccioli, 4 – 24121 Bergamo

LINEE GUIDA SULLA CORRETTA GESTIONE IGIENICO - SANITARIA DEGLI ASILI NIDO DELLA PROVINCIA DI BERGAMO

1. **SERVIZI – OPERATORI DI SUPPORTO ALL’ASILO NIDO PER PROBLEMATICHE IGIENICO SANITARIE (..... *OMISSIS*)**
2. **AMMISSIONE AL NIDO**
3. **ALLONTANAMENTI**
4. **RIAMMISSIONI**
5. **ALIMENTAZIONE**
6. **VACCINAZIONI**
7. **SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI DURANTE L’ORARIO DI AFFIDAMENTO AL NIDO**
8. **PROBLEMATICHE PSICOLOGICHE E/O EDUCATIVO RELAZIONALI**
9. **ACCERTAMENTI SANITARI RICHIESTI PER IL PERSONALE OPERANTE NEL NIDO (*OMISSIS*)**
10. **INDICAZIONI E PRECAUZIONI IN MERITO ALLA CONDUZIONE IGIENICA DEL NIDO (*OMISSIS*)**
11. **ELENCO DEI REFERENTI ASL COMPETENTI PER TERRITORIO (*OMISSIS*)**

1. SERVIZI – OPERATORI DI SUPPORTO ALL’ASILO NIDO PER PROBLEMI IGIENICO - SANITARI

..... *omissis*

2. AMMISSIONE AL NIDO

Documenti richiesti per l’ammissione:

- 1- Certificato medico di prima ammissione in comunità rilasciato dal Medico di fiducia (con data non anteriore a 5 giorni);
 - 2- Fotocopia del cartellino vaccinale aggiornato o autocertificazione di uno dei genitori (anche nel caso di renitenza all’obbligo vaccinale);
- *omissis*

Allo scopo di contenere rischi infettivi, il personale dovrà attentamente vigilare nei confronti degli adulti autorizzati a frequentare temporaneamente il nido al fine di garantire idonee condizioni di sicurezza ed igiene. In particolare I genitori dovranno essere formalmente informati:

- di non frequentare il nido se affetti da patologie infettive trasmissibili;
- di curare la massima igiene personale sia nell’accesso ai locali del nido (scarpe e vestiti ben puliti ecc.) sia nel contatto diretto con i bimbi.

..... *omissis*

3. ALLONTANAMENTI

La coordinatrice del nido o le educatrici possono allontanare il bambino, qualora riscontrino i seguenti segni o sintomi che si presuppongono dannosi per il bambino e/o per la comunità:

- congiuntive rosse con secrezione; palpebre arrossate e appiccicose al risveglio; dolore e arrossamento della cute circostante;
- diarrea (3 o più scariche con aumento della componente acquosa e/o diminuita consistenza);
- macchie cutanee diffuse o non diffuse quando è in corso epidemia di malattia esantematica;
- febbre superiore a 38°C (se rettale considerare 38,5°C);
- parassitosi sia intestinale sia cutanea (presenza di vermi nelle feci e/o pediculosi);
- presenza di lesioni delle mucose orali;
- vomito (due o più episodi).

In ogni caso, qualunque sintomo segno patologico presentato dal bambino, sarà segnalato prima possibile al genitore affinché contatti il medico di fiducia e prenda gli opportuni provvedimenti.

Quando il bambino è allontanato per una delle condizioni sopra riportate, dovrà essere presentato certificato di riammissione.

Nel caso di sola febbre senza alcun altro sintomo o segno, il bimbo potrà rientrare al nido dopo almeno 24 ore dallo sfebbramento; in questo caso non è richiesta la certificazione medica.

..... *omissis*

4. RIAMMISSIONI

Il certificato di riammissione necessario dopo un'assenza che supera i cinque giorni, sabato e festivi compresi se successivi al 1° giorno di assenza (il sesto giorno rientra senza certificato, il settimo ci vuole), dovrà essere redatto dal Medico di fiducia che ne dichiara l'idoneità a frequentare la comunità.

Per i bambini assenti per motivi familiari e solo dietro preavviso scritto (con specificazione del periodo di assenza o autocertificazione redatta dai genitori (allegato 2), non sarà necessario il certificato di riammissione.

Per le malattie infettive e diffuse deve essere consegnato il certificato di riammissione redatto dal medico curante indipendentemente dal numero dei giorni di assenza.

5. ALIMENTAZIONE

Durante il colloquio d'ammissione saranno raccolte informazioni relative alle abitudini dietetiche del bambino. Per i bambini di età inferiore ai 12 mesi il regime dietetico potrà essere personalizzato tenendo conto anche delle eventuali indicazioni del Pediatra di fiducia.

Le tabelle dietetiche dei Nidi per i bimbi dai 12 ai 36 mesi sono formulate o validate dal Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione dell'ASL di Bergamo. Al Nido sono serviti pasti idonei all'alimentazione di bambini non affetti da patologie acute.

(..... omissis)

In caso di allergie/intolleranze o patologie particolari (celiachia, diabete ecc.) verrà predisposta dieta personalizzata a cura del personale ASL, previa presentazione di certificazione medica rilasciata dal pediatra di fiducia.

Si ricorda che al Nido non deve essere introdotto nessun genere alimentare proveniente dall'esterno. Nel caso di festeggiamenti organizzati dal nido fuori orario di attività corrente possono essere presentati cibi (es. torte, dolci o salate) preparati nella cucina del nido. In alternativa sarà possibile somministrare alimenti (sia dolci che salati) confezionati all'origine senza alcuna farcitura e preferendo prodotti con ridotto contenuto di grassi.

..... omissis

6. VACCINAZIONI

La copertura vaccinale è garanzia sia per il singolo che per la comunità in cui viene inserito, pertanto dovrà essere consegnata all'atto dell'iscrizione una fotocopia del cartellino di vaccinazione o un'autocertificazione. La mancanza di tale documentazione verrà segnalata al Servizio Vaccinazioni competente.

Dopo ogni vaccinazione deve essere consegnato il relativo aggiornamento.

.....omissis

7. SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI DURANTE L'ORARIO DI AFFIDAMENTO AL NIDO

Il realizzarsi di momenti di urgenza o di emergenza deve essere sempre supportato dal parere medico (118) e dal coinvolgimento immediato dei genitori.

Di seguito si indicano i criteri generali perché si possa provvedere alla somministrazione di farmaci durante l'orario di affidamento al nido:

1. la somministrazione di medicinali già affidata ai genitori può essere da questi ultimi delegata al personale cui viene affidato il minore acquisita la preventiva disponibilità del personale stesso. E' indispensabile che la delega sia scritta e che sia corredata da specifiche indicazioni, sempre rilasciate dal medico curante;
2. questa possibilità di delega riguarda interventi normalmente affidati ai genitori in ambiente familiare;
3. l'esercizio della delega presuppone l'accettazione (per altro non obbligatoria) da parte della scuola;

..... omissis

8. PROBLEMATICHE PSICOLOGICHE E/O EDUCATIVO – RELAZIONALI

I genitori, per problemi psicologici quali: difficoltà di inserimento del bambino nella vita di comunità, aggressività, gelosia, eccessiva oppositività, disturbi nel sonno o nell'alimentazione, difficoltà nell'accettazione delle prime regole di comportamento, possono, previo appuntamento, chiedere uno o più incontri con lo psicologo di distretto (ove disponibile) o con lo psicologo che gestisce lo spazio di consultazione 0 – 5 anni.

Le educatrici del Nido, qualora intravedano nel bambino una sofferenza o un disagio di tipo psicologico, devono sensibilizzare i genitori, invitandoli a consultare il medico curante che può aiutarli nel superamento delle difficoltà manifestate anche avvalendosi delle consulenze di esperti.

..... omissis

9. ACCERTAMENTI SANITARI RICHIESTI PER IL PERSONALE OPERANTE PRESSO I NIDI

..... omissis

10. INDICAZIONI E PRECAUZIONI IN MERITO ALLA CONDUZIONE IGIENICA E DI SICUREZZA DEL NIDO

.....omissis

10.1 Sicurezza dei giochi

.....omissis

10.2 Criteri da osservare per giochi o attività per cui il marchio di qualità non è applicabile

.....omissis

10.3 Precauzioni enteriche nel bagno e al fasciatoio

..... omissis

10.4 Pulizia ed igiene degli ambienti dei giochi e di altri accessori

..... omissis

11. ELENCO DEI REFERENTI ASL COMPETENTI PER TERRITORIO

Distretto	Direttore del Distretto	Coord. Sanitario	Coord. Sociale	Responsabile Sanita' Pubblica
Bergamo tel. 035-2270341	Dr.ssa Monica Meroli	Dr.ssa Giulia Drago	Dott. G. Domenico Maggi	Dr. Massimo Giannetta Tel. 035-2270556
Dalmine tel. 035-378111	Dr. Enrico Tinelli	Dr. Liborio Ragusa	Dott. G. Domenico Maggi	Dr. Massimo Giannetta tel. 035-2270556
Seriate tel. 035-299157	Dr.ssa M. Rita Tibaldi	Dr.ssa Clelia Fontanini	Dott.Fabrizio Barcella	Dr.ssa Doris Crevatin tel. 035-955414
Grumello del Monte tel. 035-8353320	Dr. Roberto Alfieri	Dr.ssa Clelia Fontanini	Dott.Fabrizio Barcella	Dr.ssa Doris Crevatin tel. 035-955414
Valle Cavallina tel. 035-955439	Dr.Roberto Alfieri	Dr.ssa Rosalba Barcella	Dott.ssa Carla Vender	Dr.ssa Doris Crevatin tel. 035-955414
Monte Bronzone tel. 035-914551	Dr.Roberto Alfieri	Dr.ssa Rosalba Barcella	Dott.ssa Carla Vender	Dr.ssa Doris Crevatin tel. 035-955414
Alto Sebino tel 035-4349611	Dr.Vito Brancato	Dr.ssa Maria Sorlini	Dott.ssa Carla Vender	Dr.ssa Doris Crevatin tel. 035-955414
Valle Seriana tel. 035-759603	Dr. Luciano Berti	F.F.Dr. Luciano Berti	Dott.Marino Maffeis	Dr. Michele Servillo tel. 035-759629
Alta Valle Seriana Valle di Scalve tel 0346-89029	Dr. Vito Brancato	Dr. Leone Arrigoni	Dott. Marina Maffeis	Dr. Michele Servillo tel. 035-759629
Valle Brembana tel. 0345-59113	Dr. Benigno Carrara	Dr. Ennio Tua	Dott. Gennaro Esposito	Dr. Marcello Dalzano tel. 035-4991110
Valle Imagna e Villa D'Almè tel. 035-634611	Dr. Pierluigi Capolino	Dr.ssa Maddalena Rizzo	Dott. Gennaro Esposito	Dr. Marcello Dalzano tel. 035-4991110
Isola Bergamasca 035-603251	Dr. Fausto Alborghetti	Dr.ssa Luisa Porrati	Dott.ssa Gatti Liliana	Dr. Marcello Dalzano tel. 035-4991110
Treviglio tel. 0363-304141	Dr. Leonardo Ravazzi	Dr.ssa Anna Fellin	Dott. Pierluigi Maffioletti	Dr.ssa Vincenza Amato tel. 0363-906111
Romano tel. 0363-990336	Dr. Alfonso Rossi	Dr. Giovanni Lo Faso	Dott.ssa Franca Frazzi	Dr.ssa Vincenza Amato tel. 0363-906111

NOTA INFORMATIVA RELATIVA ALL'ALLONTANAMENTO DI BIMBO DAL NIDO A CAUSA DI INTERCORRENTI MANIFESTAZIONI PATOLOGICHE.

PER IL MEDICO CURANTE

Come previsto dal Regolamento Igienico-Sanitario di questo nido, si rende noto che in data odierna è

stato allontanato il bimbo _____

di età _____ residente a _____ in via _____

In quanto presentava le seguenti manifestazioni:

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> congiuntive rosse con secrezione palpebre arrossate e appiccicose al risveglio | <input type="checkbox"/> diarrea |
| dolore e arrossamento della cute circostante | <input type="checkbox"/> febbre |
| <input type="checkbox"/> macchie cutanee | <input type="checkbox"/> pediculosi |
| <input type="checkbox"/> vermi nelle feci | <input type="checkbox"/> vomito |
| <input type="checkbox"/> lesioni delle mucose orali | |

Al riguardo si forniscono le seguenti precisazioni:

Data _____

L'operatore del nido

*Io sottoscritto _____
genitore del bambino _____*

dichiaro che mio figlio si assenterà / si è assentato dal nido nel periodo

dal _____ al _____

per motivi familiari.

Dichiaro inoltre che mio figlio durante il periodo di assenza non ha contratto alcuna malattia.

Firma

Data _____

DELEGA GENITORIALE PER LE PROCEDURE DI EMERGENZA

Io sottoscritto/a _____ residente a _____
Indirizzo _____ genitore di _____

delego il personale della struttura educativa a chiamare il 118 in caso di urgenza. Chiedo contestualmente che venga fatto ogni possibile tentativo per contattarmi in tali condizioni presso i recapiti che ho fornito in precedenza.

In fede _____

Data _____

DELEGA GENITORIALE

Io sottoscritto/a _____ residente a _____

Indirizzo _____ genitore di _____

delego il responsabile della struttura educativa a praticare a mio/a figlio/a le prestazioni sanitarie

cite nelle indicazioni del medico curante dr. _____ che qui allego e secondo

le modalità e le precauzioni che nello stesso documento sono espresse*.

Comunico che il mio recapito per ogni emergenza sarà:

_____ Tel. _____

Questa delega si intende temporalmente limitata al periodo _____

In fede _____

Data: _____

***CERTIFICAZIONE DEL MEDICO DI FIDUCIA** per la somministrazione di farmaci in orario scolastico. Su ricettario devono essere riportati:

- farmaco, sua formulazione, dose e modalità di somministrazione;
- altre raccomandazioni ritenute necessarie.

MODULO DI ACCETTAZIONE DA PARTE DELLA SUTTURA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Preso visione della proposta di delega alla somministrazione di terapia avanzata dai genitori

Del bambino _____ e delle

prescrizioni e delle indicazioni predisposte dal medico curante si ACCETTA l'esercizio di tale delega esclusivamente nei limiti fissati nei documenti stessi.

Si affida lo svolgimento degli interventi richiesti a: _____ nella

sua qualifica di: _____ che firma/no per accettazione.

Ci si riserva comunque la possibilità di recesso con preavviso massimo di una settimana qualora le condizioni organizzative o altri impedimenti rendano impraticabile il sicuro esercizio della delega stessa. In questi casi verrà comunicata per scritto nei tempi citati la decisione di recesso ai genitori.

Il Responsabile

*Operatore Delegato
(per accettazione)*

data _____