

ALLEGATO 3

Procedura per la gestione delle diete speciali nella ristorazione scolastica

- La richiesta di dieta speciale deve essere compilata dal pediatra e/o medico curante.
- Il genitore consegnerà direttamente o per posta il modulo alla sede della Unità Pediatrica Distrettuale di Forlì, Via Colombo, 11 o al personale dell'ufficio vaccinazioni pediatriche del Comune di residenza. L'invio potrebbe essere effettuato direttamente dal curante via mail.
- La pediatra di comunità referente in collaborazione con la dietista SIAN (servizio igiene alimenti e nutrizione) valuteranno la richiesta di dieta speciale e, se autorizzata, la trasmetteranno nel rispetto alla tutela della privacy ai soggetti istituzionali coinvolti, ai genitori e tramite loro al pediatra e/o medico curante. La pediatra e la dietista parteciperanno ad incontri di formazione/informazione sulle singole problematiche se richiesto.
- I Dirigenti delle istituzioni coinvolte, sempre nel rispetto della privacy, avranno cura d'informare tutte le persone che a vario titolo interverranno nel percorso dietetico..
- La richiesta di dieta speciale dovrà essere presentata entro GIUGNO per l'anno scolastico successivo o nel momento in cui viene fatta la diagnosi. Qualora la dieta speciale sia stata richiesta per un periodo di tempo limitato, perché ad esempio sono in corso accertamenti, e deve essere proseguita, sarà necessario presentare un ulteriore certificato in mancanza del quale, automaticamente si passerà al menù in uso. Nel periodo di validità dell'autorizzazione, se la dieta speciale non è più necessaria, il curante dovrà certificare la ripresa di dieta libera da parte del bambino.

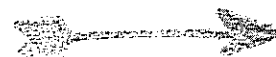
Allergie e intolleranze alimentari

- La richiesta di dieta speciale per malattie allergiche/intolleranze alimentari accertate (valutazione allergologica, test scientificamente validati, ecc..) deve essere compilata dal pediatra e/o medico curante su apposito modulo (scaricabile dal sito internet www.ausl.fo.it).
- La richiesta di dieta speciale deve essere presentata ad ogni anno scolastico e trasmessa entro GIUGNO, in caso di rinnovo.

Patologie croniche, come celiachia, favismo, fibrosi cistica, diabete, malattie metaboliche, ecc..

- La richiesta di dieta speciale deve essere redatta, dal curante o dallo specialista di riferimento, su carta intestata o modulo ad hoc e corredata di eventuali "allegati" se indispensabili per l'elaborazione della dieta stessa

Per le patologie croniche, la richiesta non andrà più presentata. I genitori, dovranno comunicare tempestivamente alla Pediatria di Comunità, il passaggio al successivo ciclo scolastico o trasferimento di scuola del proprio figlio per permettere il proseguimento della dieta speciale. I Servizi per l'Infanzia e Scolastici dell'obbligo, pubblici e privati, non dovranno accogliere richieste avanzate direttamente dalla famiglia o dal medico curante, (a meno che si tratti della cosiddetta "dieta in bianco" di durata non superiore a 3 giorni o di "diete per motivi non sanitari" (etnici, filosofici ecc..). Queste diete che non prevedono la prescrizione medica e vengono gestite direttamente dai Servizi competenti dell'Amministrazione Comunale o dai Responsabili delle scuole private, devono comunque rispettare i principi generali della ristorazione scolastica con particolare attenzione alla varietà e alla qualità degli alimenti proposti al fine di evitare carenze o squilibri nutrizionali.



MODULO PER "RICHIESTA DIETA SPECIALE PER ALLERGIE/ INTOLLERANZE
ALIMENTARI"

(da compilare a cura del Pediatra o Medico curante del bambino)

COGNOME E NOME _____	DATA DI NASCITA ____/____/____	
RESIDENTE A _____ VIA _____ N. _____ (CAP _____)		
TEL. CASA ____/____ CELL. _____ MAIL _____		
IL BAMBINO FREQUENTA/RA' LA SCUOLA: <input type="checkbox"/> Nido d'Infanzia <input type="checkbox"/> Scuola dell'Infanzia <input type="checkbox"/> Scuola Primaria <input type="checkbox"/> Scuola Secondaria I°		
NOME DELLA SCUOLA _____	SEZ/CLASSE. _____	COMUNE _____

ETA' DI ESORDIO DEI SINTOMI: _____

SINTOMATOLOGIA DETTAGLIATA:

- | | |
|---|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologica | (Specificare _____) |
| <input type="checkbox"/> Cutanea | (Specificare _____) |
| <input type="checkbox"/> Respiratoria | (Specificare _____) |
| <input type="checkbox"/> Anafilassi | (Specificare _____) |
| <input type="checkbox"/> Altro | (Specificare _____) |

ACCERTAMENTI ESEGUITI:

- | | | |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rast | <input type="checkbox"/> positivo | <input type="checkbox"/> negativo |
| <input type="checkbox"/> Prick | <input type="checkbox"/> positivo | <input type="checkbox"/> negativo |
| <input type="checkbox"/> Breath test | <input type="checkbox"/> positivo | <input type="checkbox"/> negativo |
| <input type="checkbox"/> Test di provocazione | <input type="checkbox"/> positivo | <input type="checkbox"/> negativo |
| <input type="checkbox"/> Prova di esclusione | <input type="checkbox"/> positivo | <input type="checkbox"/> negativo |
| <input type="checkbox"/> Altro _____ | | |

DIAGNOSI:

- Allergia alimentare
 Intolleranza alimentare
 Sospetta allergia/intolleranza alimentare in fase di accertamento
 Altro _____

DURATA DELLA PRESCRIZIONE DIETETICA:

- INTERO ANNO SCOLASTICO 20____/20____
 TEMPORANEA DAL _____ AL _____