

PROTOCOLLO PER RICHIESTA DIETE SPECIALI PER MOTIVI SANITARI E COMUNICAZIONE AL SERVIZIO DI IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE (MODULO A, MODULO B, MODULO D)

Il genitore del bambino che necessita di una dieta speciale per motivi di salute dovrà farne richiesta all'ufficio competente del Comune/scuola privata, compilando e consegnando l'apposito **modulo A** (modulo richiesta) corredato di certificato del medico curante (vedi **modulo B**, esempio di certificato con le minime indicazioni necessarie per diete speciali ai fini della ristorazione scolastica) attestante la tipologia di problema e la terapia dietetica.

Gli uffici comunali competenti e le scuole private, sono tenuti ad inviare, ai Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN), ai fini della valutazione e validazione dei menù per diete speciali, entro 15 gg **dall'acquisizione** di ogni nuovo certificato medico, il **modulo A** e il **modulo B** (certificato medico) ed il relativo menù dietetico corredato di ricettario elaborato secondo il regolamento UE 1169/2011.

Per l'eventuale richiesta di predisposizione di dieta speciale per motivi sanitari, si rimanda alla disponibilità di risorse dei SIAN competenti per territorio, in tale caso è necessario compilare il modulo D.

Ai fini della raccolta dei dati epidemiologici, ogni anno (entro il mese di maggio) dovrà essere inviato il modulo C. Il SIAN competente per il territorio valuta, richiede eventuali modifiche ed integrazioni e valida i menù dietetici (comprensivi di colazione, merende, pranzo, cena, consumati in ambito scolastico).

Sia per la **GESTIONE DIRETTA** che per la **GESTIONE INDIRETTA** il personale competente adegua il menù con sostituzione degli alimenti/ingredienti e delle modalità di preparazione, quindi invia la documentazione (menù, tabelle dietetiche e ricettario) al SIAN competente per il territorio. Sarà competenza del SIAN inviare il menù validato al richiedente.

In un secondo tempo, il SIAN potrà provvedere al sopralluogo presso il centro cottura, con verifica della preparazione dei pasti, e presso la mensa, con verifica della distribuzione dei pasti.

Nel caso in cui la dieta speciale prosegua per più di un anno scolastico, è necessario consegnare ogni anno, entro il mese di settembre, il modulo A ed il corrispondente certificato medico (in vigore) all'ufficio competente del Comune/scuola privata.

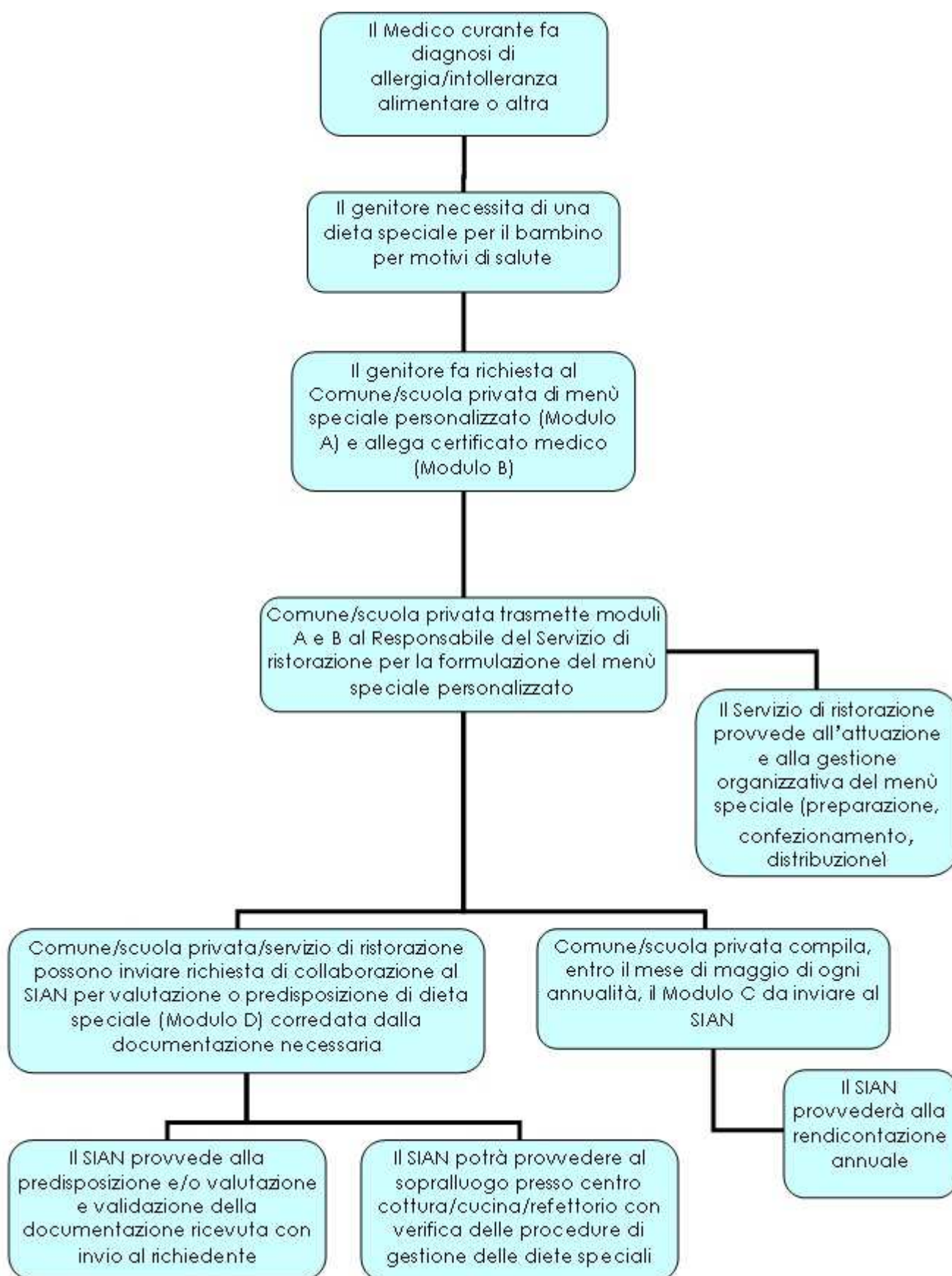
Se il bambino è affetto da condizioni permanenti (es: celiachia, diabete, favismo, altro) la prima richiesta sarà valida per tutto il percorso scolastico del bambino (il genitore potrà munirsi di fotocopia del primo certificato medico da presentare alle amministrazioni scolastiche qualora venga richiesto).

Per sospendere anticipatamente la dieta speciale è necessario darne comunicazione direttamente all'ufficio competente del Comune/scuola privata. La comunicazione dovrà essere corredata di certificato del medico curante attestante la sospensione della dieta.

Se il bambino ha un malessere temporaneo è possibile richiedere una dieta di transizione per una durata massima di circa 3 giorni.

I Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, come previsto dalla normativa vigente e secondo tariffario unico regionale delle prestazioni rese dai D.P. Regione del Veneto, effettuano su richiesta, la valutazione nutrizionale di menù e/o diete speciali per motivi sanitari.

DIAGRAMMA DI FLUSSO MENU DIETE SPECIALI



MODULO A: Fac simile di MODULO DI RICHIESTA di DIETA SPECIALE per motivi sanitari per il servizio di refezione scolastica (da consegnare al genitore da parte dell'amministrazione comunale o della scuola se privata)

Istruzioni per la riconsegna del modulo

La richiesta, con allegato il certificato del medico curante ed elenco alimenti da escludere dalla dieta, deve essere recapitata all'ufficio competente del Comune di appartenenza della scuola pubblica o all'amministrazione scolastica se si tratta di scuola privata.

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____ genitore o
 esercitante potestà genitoriale del/la bambino/a _____

nato/a _____ il _____

residente in _____ via/piazza _____ n. _____

tel. abitazione n° tel. Ufficio/cellulare n°

che frequenta la classe _____ sez. _____ della scuola _____

_____ per l'anno scolastico _____ / _____

L	M	M	G	V
---	---	---	---	---

 Il bambino/a è presente in mensa nei seguenti giorni

Contrassegnare i pasti consumati in ambito scolastico

Colazione	Merenda di metà mattino	Pranzo	Merenda di metà pomeriggio	Cena
-----------	-------------------------	--------	----------------------------	------

CHIEDE

la somministrazione al\alla proprio\ a figlio\ a di (barrare la casella interessata)

- Dieta speciale per allergia o intolleranza alimentare a tal fine si allega Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione
- Dieta speciale per la celiachia a tal fine si allega certificazione del medico curante con diagnosi
- Dieta speciale per altre condizioni permanenti a tal fine si allega certificazione del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione

Firma dei genitori o affidatari che esercitano la potestà genitoriale.

1) _____ 2) _____

Data _____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 del Reg. UE n.2016/679

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679, dichiariamo infine di essere informati che:

i dati personali verranno trattati dall'Azienda ULSS 5 Polesana per la seguente finalità: somministrazione di dieta speciale o dieta di transizione, adattamento della tabella dietetica del centro cottura, interventi di sorveglianza nutrizionale da parte del Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione SIAN della ASL competente per territorio;

il conferimento dei dati personali è obbligatorio, secondo le vigenti disposizioni, al fine di predisporre la dieta speciale o la dieta di transizione e che i dati verranno utilizzati per tale scopo;

la gestione dei dati avverrà con modalità informatiche e manuali, nel rispetto dei principi di pertinenza e non eccedenza garantendo la riservatezza e la sicurezza dei dati stessi;

il diniego a fornire i dati personali e a sottoscrivere il consenso non consentirà di predisporre a suo figlio/a la dieta;

i dati saranno utilizzati dai dipendenti comunali incaricati del trattamento, dal personale della ditta gestore del servizio di ristorazione presso le scuole, dal personale sanitario del SIAN della ASL competente per territorio e dalla scuola privata;

i dati non saranno oggetto di diffusione;

i titolari del trattamento sono il Comune di competenza o la scuola privata e l'Azienda Ulss 5 Polesana

il Responsabile del trattamento è per l'Azienda Ulss 5 il Direttore della Struttura cui la presente richiesta è indirizzata;

all'interessato è riconosciuto il diritto di chiedere, al Titolare del Trattamento, l'accesso ai propri dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguarda, nonché di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;

i dati saranno conservati per il periodo necessario all'espletamento del procedimento amministrativo e in ogni caso per il tempo previsto dalle disposizioni in materia di conservazione degli atti e documenti amministrativi.

Luogo.....li _____

(firma)

(firma)

Modulo B: ESEMPIO DI CERTIFICATO CON LE INDICAZIONI NECESSARIE PER DIETE SPECIALI AI FINI DELLA RISTORAZIONE SCOLASTICA

Istruzione per la compilazione

DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO CURANTE (preferibilmente PEDIATRA DI LIBERA SCELTA/ MEDICO DI MEDICINA GENERALE) in tutte le sue parti.

Data _____

Si certifica che il bambino/a _____ M F

Nato/a il _____ presenta:

ALLERGIA ALIMENTARE

possibilità di reazioni gravi fino allo **shock anafilattico** che necessita di pronta disponibilità di Adrenalina autoiniettabile SI NO

Rilevato in base alle seguenti procedure diagnostiche:

- Esami in vivo (es: Prick Test, Prick by Prick)
- Esami in Vitro (es: IgE specifiche, RAST, ISAC)
- Biopsia intestinale
- Breath test
- Test di provocazione orale
- INTOLLERANZA ALIMENTARE**
- CELIACHIA**
- MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO**
- ALTRA PATOLOGIA** _____

N.B. si fa presente che verranno considerate solo certificazioni mediche riportanti tests diagnostici riconosciuti dal Ministero della Salute.

Si richiede pertanto una **DIETA PRIVA DEI SEGUENTI ALIMENTI:**

Durata della dieta speciale

intero ciclo scolastico

intero anno scolastico

n_____mesi

Timbro e firma del Medico Curante

MODULO D: DOMANDA PER LA PREDISPOSIZIONE DI DIETA/E SPECIALI

(Il SIAN prende in carico la richiesta in base alla disponibilità di risorse)

Al Direttore del SIAN Azienda ULSS _____

VIA _____

CITTÀ _____

PEC: _____

RICHIESTA DI:

predisposizione N. _____ dieta/e speciale

Per una corretta attuazione della dieta speciale, si chiede la collaborazione di codesto SIAN, **allegando la seguente documentazione:**

- richiesta del genitore o di chi ne fa le veci (mod. A)
- certificato medico (mod. B)
- menù standard e ricettario valutato/vidimato dal SIAN

La prestazione è soggetta al pagamento secondo il tariffario regionale in vigore (TARIFFARIO UNICO REGIONALE DELLE PRESTAZIONI RESE DAI DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE DELLE AZIENDE ULSS)

Ufficio /Settore _____

Responsabile: _____

Scuola _____

Dirigente _____

DATA: _____ FIRMA _____

Riferimenti per eventuali comunicazioni:

Cognome e Nome _____

Ufficio/settore/ Scuola _____

Indirizzo _____

Tel. _____

FAX _____

e-mail _____