



## **IL BAMBINO DIABETICO A SCUOLA**

### **INFORMAZIONI PER I GENITORI**

#### **Cari genitori,**

Vi informiamo che l'ATS della Città Metropolitana di Milano ha attivato, da diversi anni, un supporto infermieristico per rendere serena la frequenza del bambino diabetico a scuola, a partire dal nido d'infanzia fino alla scuola primaria. In caso di concomitanza di altre gravi problematiche di salute che impediscano al bambino di effettuare l'auto-somministrazione della terapia, il servizio è esteso alla scuola secondaria di primo grado.

Come attivare questo servizio :

- a) Richiedete, alla segreteria della scuola di frequenza del vostro bambino, il modulo di richiesta per usufruire del servizio di somministrazione dell'insulina a scuola e consegnatelo alla ASST di residenza.
- b) L'ASST vi convocherà per un incontro durante il quale dovrete scegliere l'Ente Gestore che sarà incaricato di svolgere il servizio infermieristico e compilare il modulo relativo al trattamento dei dati personali e sottoscrivere l'attivazione del servizio
- c) Richiedete al Pediatra di Famiglia del vostro bambino un'impegnativa per attivazione di: "Somministrazione di insulina a scuola".
- d) Richiedete, al Centro Specialistico/Ospedaliero che ha in cura il vostro bambino una relazione clinica contenente le seguenti indicazioni:
  1. Terapia prescritta
  2. Modalità ed orari di somministrazione
  3. Eventuali modifiche da apportare allo schema terapeutico in base ai valori glicemici rilevati
  4. Recapito telefonico del medico ospedaliero diabetologo che ha in cura il bambino

L'Ente Gestore, ricevuta la richiesta di attivazione da parte della ASST vi contatterà per concordare l'inizio della somministrazione insulinica a scuola. In occasione della prima somministrazione, consegnerete all'infermiere incaricato l'impegnativa del Pediatra di Famiglia e la relazione clinica, copia della quale andrà consegnata alla Scuola.

Nei primi giorni di attivazione del servizio, per una migliore collaborazione con la famiglia e la costruzione di un rapporto di fiducia tra il vostro bambino e l'infermiere, si richiede la presenza del genitore a scuola.

L'ASST incontrerà la famiglia e gli insegnanti/operatori scolastici non solo in fase di prima attivazione, ma ogni qualvolta vi sia necessità.

**E' importante ricordare che, in caso di assenza scolastica del bambino, il genitore dovrà darne comunicazione all'infermiere addetto entro le ore 10 del giorno stesso.**

Per qualsiasi informazione/necessità rivolgersi alla seguente struttura:

**Struttura ASST Fatebenefratelli Sacco – Area Territoriale 1**

**U.O.S, Fragilità**

**Indirizzo: Piazzale Accursio, 7- Scuole Municipio 8**

**Email: curedomiciliari.accursio@asst-fbf-sacco.it**



Ai Sigg. Genitori

E p.c. ai Dirigenti  
Nidi e Scuole dell'infanzia  
Scuole primarie Municipi 2 e 3  
di Milano

Con la presente vi informiamo che l'ATS Città Metropolitana di Milano e ASST Fatebenefratelli Sacco organizzano anche per l'anno scolastico 2018 / 2019 un servizio rivolto alle famiglie dei bambini con diabete mellito insulino-dipendente che frequentano le scuole dell'infanzia e primarie.

Personale infermieristico, appositamente formato, garantirà la somministrazione d'insulina ai bambini prima dei pasti, nelle sedi scolastiche, previo controllo dei valori glicemici.

I genitori interessati ad usufruire di tale servizio sono pregati di compilare la presente richiesta e di farla pervenire, anche tramite il personale scolastico, all'indirizzo: **Punto Fragilità Via Ricordi, 1** presso cui potranno anche rivolgersi per qualsiasi informazione, nei giorni di **lunedì, mercoledì e venerdì dalle ore 9 alle ore 11, telefono 02.85785616.**

Il Resp. Area Territoriale 2 Dr.ssa Tiziana Masullo

Il Resp. U.O.S Fragilità Dr.ssa Erika Marigliano

Alla ASST Fatebenefratelli Sacco

Il Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Genitore dell'alunno \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

classe \_\_\_\_\_ Scuola \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di usufruire del servizio di somministrazione dell'insulina a scuola.

Firma

data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_