

ALLEGATO G

Nota Informativa per la Compilazione del Certificato Medico per Dieta Sanitaria Scolastica

Gentile Medico,

al fine di garantire la sicurezza alimentare e l'adeguatezza nutrizionale dei pasti erogati nel servizio di ristorazione scolastica, La invitiamo a compilare il certificato seguendo le indicazioni riportate di seguito.

Considerata l'elevata complessità organizzativa della Ristorazione collettiva scolastica e il conseguente incremento del rischio clinico e gestionale derivante da un elevato numero di Diete Speciali Sanitarie, le variazioni al menu sono limitate a casi di **comprovata necessità**. Tale indicazione è finalizzata a ottimizzare le procedure di preparazione e somministrazione dei pasti, riducendo le possibilità di errore nelle fasi critiche della filiera produttiva.

1. Definizione della Diagnosi e Durata

È necessario barrare una sola delle tre opzioni di validità previste:

- **Richiesta Breve:** per esigenze transitorie, con durata massima di **30 giorni** (non ripetibile).
- **Patologia in Accertamento:** qualora l'iter diagnostico sia in corso, con durata massima di **4 mesi** (non ripetibile).
- **Patologia Accertata:** valida per l'intero anno scolastico o per un periodo specifico.

Diagnosi: Deve essere indicata in modo chiaro. Si ricorda che in questo caso devono essere esclusi esclusivamente gli alimenti testati con **test scientificamente validati**. Non sono ammesse diagnosi generiche o legate a semplici gusti personali (es. "non gradisce").

Rischio Anafilassi: È obbligatorio indicare se il paziente ha avuto episodi pregressi di shock anafilattico alimentare.

Farmaco Salvavita: Specificare se al paziente è stato prescritto un farmaco salvavita (es. adrenalina).

2. Selezione del Menù di Esclusione

Il certificato prevede 10 menù standardizzati e un'opzione per menu personalizzato.

- **Modalità di scelta:** È possibile barrare uno o più numeri corrispondenti alla dieta, ma non è consentito modificare gli alimenti da escludere già descritti nella terza colonna della tabella.
 - **Specifiche Obbligatorie:**
 - Per il Menù n. 3 (privo di latte): indicare esplicitamente se escludere o meno la carne di vitello.
 - Per il Menù n. 5 (privo di uovo): indicare esplicitamente se escludere o meno la carne di pollo.
- **Menu Personalizzato (MP):** Da utilizzare solo se i menù standard non sono idonei.
In questo caso, è necessario allegare un elenco degli alimenti da escludere o uno schema dietetico personalizzato con eventuali grammature o nel caso di selettività alimentare da patologia (es: nel disturbo dello spettro autistico) un elenco degli alimenti tollerati.

3. Requisiti di Validità

Il certificato sarà ritenuto valido solo se completo di:

- Dati anagrafici e codice fiscale del fruitore.
- Recapito telefonico del medico.
- Timbro e firma leggibile.

CERTIFICATO MEDICO PER RICHIESTA DIETA SANITARIA SCOLASTICA

DATI DEL FRUITORE DELLA DIETA

Cognome: Nome:

Data di nascita: Codice fiscale:

TIPOLOGIA DI RICHIESTA (barrare la voce interessata)

- RICHIESTA BREVE (durata massima 30 giorni) *Erogazione dal: al:*
- PATOLOGIA IN ACCERTAMENTO (durata massima 4 mesi) *Erogazione dal: al:*
- PATOLOGIA ACCERTATA (valida per tutto l'anno scolastico) *Inizio validità dal:*

DIAGNOSI (Indicare la patologia o il disturbo clinico che giustifica l'esclusione o la sostituzione di alimenti)

.....

VALUTAZIONE DEL RISCHIO E FARMACI SALVAVITA

Il paziente ha avuto episodi pregressi di shock anafilattico riconducibili all'ingestione di alimenti? SI NO

Al paziente è stato prescritto un farmaco salvavita? SI NO

DIETA RICHIESTA (Prescrizione tecnica per la cucina - **BARRARE IL NUMERO DIETA DA RICHIEDERE**)

Si richiede l'applicazione del regime dietetico corrispondente al numero:

| Numero dieta | Descrizione menù dieta | Alimenti e loro derivati da ELIMINARE (anche come ingredienti e come possibili tracce) |
|--------------|---|--|
| 1 | Menù per favismo | Fave, piselli |
| 2 | Menù privo di glutine | Avena, farro, grano (frumento), kamut, segale, orzo |
| 3 | Menù privo di latte | Latte e prodotti a base di latte Specificare se togliere il vitello → <input type="checkbox"/> escludere <input type="checkbox"/> non escludere |
| 4 | Menù privo di lattosio | Latte e formaggi con lattosio e grana padano <9 mesi, parmigiano reggiano <12 mesi |
| 5 | Menù privo di uovo | Uova e prodotti a base di uova Specificare se togliere il pollo → <input type="checkbox"/> escludere <input type="checkbox"/> non escludere |
| 6 | Menù privo di pesce, molluschi e crostacei | Pesce, molluschi, crostacei |
| 7 | Menù privo di frutta a guscio e arachidi | Mandorle, noci, anacardi, noci di pecan, nocciole, pinoli, pistacchi, arachidi |
| 8 | Menù a basso contenuto di nicel | Cereali integrali (pasta, pane integrali), pesce in scatola, crostacei, molluschi, formaggi stagionati, spinaci, asparagi, funghi, pomodori, cavolfiore, broccoli, frutta secca, legumi, banana, fragola, agrumi, cioccolato |
| 9 | Menù iposodico | Sale aggiunto, affettati e formaggi stagionati, tonno in scatola |
| 10 | Menù frullato | Alimenti non frullabili |
| MP | MENU PERSONALIZZATO | Nei casi in cui sia necessario un menu diverso da quelli sopraelencati allegare elenco degli alimenti scritto in maniera chiaramente leggibile. Il documento deve riportare la data e i dati anagrafici del fruitore della dieta. |

Dr. (cognome e nome):

TIMBRO E FIRMA

Recapito telefonico:

.....