

ALLEGATO G: Nota informativa per la Compilazione del Certificato Medico per Dieta Sanitaria Scolastica e Certificato Medico per le Richiesta 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, in conformità con le *linee d'indirizzo vigenti della ristorazione scolastica della Regione Abruzzo*.

Considerata l'elevata complessità organizzativa e il conseguente incremento del rischio clinico e gestionale, le variazioni al menu sono limitate a casi di **comprovata necessità**. Tale indicazione è finalizzata a ottimizzare le procedure di preparazione e somministrazione, 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 → ☐ escludere ☐ 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 → ☐ escludere ☐ 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 nichel	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:

.....