



ISTITUTO PROFESSIONALE DI STATO PER L'ENOGASTRONOMIA E L'OSPITALITÀ
ALBERGHIERA

ELENA CORNARO

Viale Martin Luther King, 5 - 30016 Jesolo (ve) - tel. 042192535/93116

cod. scuola verh020008 - cod. fiscale 93023530277

SITO www.cornaro.edu.it PEO verh020008@istruzione.it PEC verh020008@pec.istruzione.it



ISTITUTO PROF. I.P.S.E.O.A. - "E. CORNARO"-JESOLO LIDO
Prot. 0011398 del 26/08/2026
I-3 (Entrata)

Jesolo, (vd. segnatura)

INTEGRAZIONE AL DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI PROGRAMMAZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE E PROTEZIONE Art. 17, comma 1, lettera A, Decreto Legislativo 9 aprile 2008 N. 81 coordinato con il Decreto Legislativo 3 agosto 2009 n. 106



SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

nei casi di

“crisi convulsive” “shock anafilattico” “diabete giovanile” e “asma” o
“accesso asmatico” e “allergia alimentare” “Celiachia”

ISTITUTO PROFESSIONALE DI STATO PER L'ENOGASTRONOMIA E L'OSPITALITÀ ALBERGHIERA

ELENA CORNARO

Viale Martin Luther King, 5 - 30016 Jesolo (ve)

Decreto Legislativo 9 aprile 2008 n. 81 coordinato con il Decreto Legislativo 3 agosto 2009 n. 106
(Attuazione delle direttive CEE riguardanti il miglioramento della
sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro)

PARTECIPANTI ALLA STESURA DEL DOCUMENTO

Nome e Cognome	In qualità di	Firma
Prof.ssa Giuseppina Fazio	Dirigente scolastico	Documento firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs. 82/2005 (Codice dell'Amministrazione Digitale) e norme correlate
Mauro Baraldi	Responsabile Servizio Prevenzione Protezione	

PRESA VISIONE DEL DOCUMENTO PER LE RISPETTIVE COMPETENZE

Nome e Cognome	In qualità di	Firma
Prof.ssa Manuela Polo	(1° Collaboratore)	
Prof.ssa Alessandra Fedon	(2° Collaboratore)	

INFORMAZIONI SUL DOCUMENTO

Data o periodo di effettuazione del Documento	SETTEMBRE 2026
Data o periodo di verifica programmata del Documento	TRIMESTRALE
Data o periodo di revisione programmata del Documento	SETTEMBRE 2027

PRESA VISIONE DEL DOCUMENTO PER LE RISPETTIVE COMPETENZE

Nome e Cognome	In qualità di	Firma
Prof.ssa Giulia Mattiuzzo	Rappresentante dei lavoratori Sicurezza	

PRESA VISIONE DEL DOCUMENTO PER LE RISPETTIVE COMPETENZE

Nome e Cognome	In qualità di	Firma
Prof. Raffaele I. Trotta	Rappresentante dei lavoratori Sicurezza	

PRESA VISIONE DEL DOCUMENTO PER LE RISPETTIVE COMPETENZE

Nome e Cognome	In qualità di	Firma
Prof. Gian Paolo Di Vuolo	Rappresentante dei lavoratori Sicurezza	



Ulss 10 Veneto
Orientale



Azienda Ulss 12
veneziana



Ufficio Scolastico
Territoriale
Venezia



Azienda Ulss
13 Mirano



Ulss 14
Chioggia

PROTOCOLLO DI INTESA TRA UFFICIO SCOLASTICO PROVINCIALE E LE AZIENDE ULSS DELLA PROVINCIA DI VENEZIA IN MATERIA DI SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

Premesso che:

- con Legge 27 maggio 1991 n. 176 è stata ratificata e data esecuzione alla “Convenzione sui diritti del fanciullo” fatta a New York il 20 novembre 1989 nella quale viene espressamente indicato che “ *gli stati parti adottano misure per promuovere la regolarità della frequenza scolastica...*” (art. 28 comma 1 lett. e);
- l’essere portatori di una patologia specifica non deve costituire fattore di emarginazione per lo studente e che gli studenti che frequentano ogni ordine e grado di scuola, possono avere la necessità della somministrazione di farmaci in ambito scolastico a causa di patologie le cui manifestazioni acute possono manifestarsi in modo non prevedibile;
- in data 25 novembre 2006 sono state sottoscritte dai Ministri della Salute e dell’Istruzione, Università e Ricerca le raccomandazioni in tema di somministrazione dei farmaci in orario scolastico, raccomandazioni che si allegano e che fanno parte integrante del presente protocollo;
- tutti i cittadini sono obbligati dalle disposizioni vigenti ai doveri di primo soccorso e che nelle scuole è presente personale dirigente, docente, educativo ed A.T.A. adeguatamente formato ai sensi del D.M. 388 del 15.07.2003 in attuazione dell’art. 37 del D.lgs. 81/2008 e s.m.i.
- in tutte le sedi scolastiche sono presenti, per le emergenze sanitarie e per intervenire in caso di infortunio/trauma i materiali contenuti nelle cassette di primo soccorso secondo il DM sopra citato

si conviene quanto segue:

a fronte di specifica richiesta e successiva autorizzazione dei genitori degli alunni o di chi ne eserciti la potestà genitoriale (in seguito genitore) e della prescrizione, certificazione del pediatra di libera scelta (PLS), del medico di medicina generale (MMG) o specialista, nel caso di specifiche patologie già riconosciute nell'alunno che si manifestano in modo acuto e non prevedibile, così come dai successivi articoli, il dirigente scolastico individua il personale scolastico che, **avendone dato la disponibilità e opportunamente formato dalle Aziende ULSS**, interviene, se necessario, anche con la somministrazione di farmaci forniti dai genitori e custoditi a scuola.

Articolo 1: Specifiche patologie già riconosciute

La somministrazione di farmaci a scuola secondo le modalità previste dal presente protocollo, riguarda i casi di **“crisi convulsive”, “shock anafilattico”, “diabete giovanile” e “asma” o “accesso asmatico”**.

Articolo 2: richiesta/autorizzazione (Allegato 1)

Il genitore, in caso di bisogno di eventuale somministrazione di farmaci in ambito scolastico da parte del figlio/a:

1. fa richiesta di somministrazione del farmaco al Dirigente Scolastico, secondo lo schema riportato nell'allegato n° 1,
2. accompagna la richiesta di somministrazione con la presentazione di una certificazione medica redatta dal PLS, dall'MMG o dallo specialista,
3. fornisce il farmaco, tenendo nota della scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto in uso, obbligandosi a sostituirlo in prossimità della scadenza.
4. fornisce al dirigente scolastico un recapito telefonico al quale sia reperibile egli stesso o un suo delegato.

Il genitore si impegna a dare tempestiva comunicazione alla scuola quando, essendosi modificata la situazione clinica di base, non sussista più la necessità di somministrare il farmaco.

Articolo 3: prescrizione/certificazione

La prescrizione/certificazione del MMG, del PLS, del Medico specialista deve specificare:

1. il nome dell'alunno,
2. la patologia dell'alunno,
3. l'evento che richiede la somministrazione di farmaci,
4. le modalità di somministrazione del farmaco,
5. la dose da somministrare,
6. la modalità di conservazione del farmaco,
7. gli eventuali effetti collaterali,
8. la non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco relativamente ai punti 4,5,6.

Non sono necessarie riconferme annuali.

Articolo 4: il Dirigente Scolastico

Il Dirigente Scolastico, a fronte della richiesta accompagnata dalla certificazione:

1. organizza momenti informativi per l'intero personale scolastico in servizio nella sede scolastica dove è presente l'alunno affetto da specifica patologia, in collaborazione con l'Azienda ULSS del territorio e con il supporto dell'UST,
2. individua, fra il personale che si dichiara disponibile alla somministrazione del farmaco in caso di bisogno, **in primis** quello che è stato formato ai sensi del DM 388/2003. Si fa in ogni caso riferimento alle raccomandazioni ministeriali citate in premessa.
3. indica, vista la prescrizione/certificazione, le modalità per la conservazione e la somministrazione del farmaco.
4. stende, in collaborazione con l'Azienda ULSS del territorio, il "**piano personalizzato d'intervento**", che descrive i comportamenti da attuare in caso di sintomatologia acuta e non prevedibile, così come da allegato 3,
5. fornisce al genitore il "piano personalizzato d'intervento" suddetto,
6. autorizza la somministrazione del farmaco da parte del personale scolastico, solo se in possesso dell'autorizzazione lasciata ai genitori (allegato 2)
7. redige un prospetto informativo da inviare alla fine di ogni anno scolastico al UST, che specifichi: il numero di richieste di somministrazione ricevute, le situazioni cliniche particolari che le hanno motivate, il numero di interventi con la somministrazione di farmaci attuate dal personale scolastico.

Articolo 5: il personale scolastico

Il personale scolastico che ha dato la disponibilità e che è stato successivamente individuato dal Dirigente Scolastico per la somministrazione del farmaco:

1. partecipa a specifici momenti formativi in orario di servizio,
2. provvede alla somministrazione del farmaco, secondo le indicazioni precisate nella prescrizione/certificazione e nel "piano personalizzato d'intervento",
3. aggiorna la "scheda riepilogativa sulle situazioni critiche verificatesi e sugli interventi effettuati", come da allegato n° 4 ed esempio 4 bis.

Articolo 6: l'Azienda Socio-Sanitaria Locale, tramite i Distretti Socio-sanitari o il dipartimento di Prevenzione (o altre strutture aziendali) e i medici curanti

L'Azienda ULSS, tramite i Distretti Socio-sanitari o il dipartimento di Prevenzione (o altre strutture aziendali) e i medici curanti:

1. **Individua il personale medico** per la formazione alla somministrazione d'urgenza comunicandolo all'UST e alle scuole coinvolte;
2. **organizza la gestione dei casi attraverso incontri** che coinvolgono le parti interessate (familiari, operatori scolastici, ...) dopo la segnalazione del Dirigente scolastico,
3. esprime pareri su richiesta del Dirigente Scolastico sui casi,
4. **si rende disponibile a partecipare ad incontri di formazione degli operatori scolastici** sulle specifiche patologie presenti fra gli alunni,
5. si impegna a garantire il **necessario supporto nella redazione** del "piano personalizzato d'intervento",
6. partecipa all'aggiornamento periodico del "piano personalizzato d'intervento".

Articolo 7: Autosomministrazione dei farmaci da parte degli studenti.

L'autosomministrazione del farmaco, anche per patologie non contemplate all'art. 1, è prevista laddove l'alunno, per età, esperienza, addestramento, è autonomo nella gestione del problema di salute. Anche in questo caso il genitore darà comunicazione al Dirigente Scolastico in merito al farmaco usato. Nel caso di studenti maggiorenni verrà fatta da parte dello studente comunicazione al Dirigente scolastico con presa d'atto da parte di quest'ultimo

Articolo 8: Gestione dell'Emergenza

È in ogni caso prescritto il ricorso al Servizio Territoriale Emergenza (118) qualora si ravvisi una situazione d'emergenza.

È in ogni caso prescritta l'informazione al genitore contestualmente all'evento acuto e non prevedibile.

Articolo 9: durata della validità del presente protocollo d'intesa

- Il presente protocollo ha validità **di cinque anni a partire dalla stesura**. Potranno essere concordati ulteriori aggiornamenti e integrazioni in conseguenza di modifiche normative o di specifiche necessità.
- Almeno sei mesi prima della naturale scadenza del quinquennio, le parti si impegnano a verificare i risultati del protocollo e a ridefinire i termini degli impegni ed il successivo periodo di validità.
- L'ufficio Scolastico Provinciale si impegna ad inviare il presente protocollo a tutte le istituzioni scolastiche della Provincia, ad istituire presso lo stesso ufficio stesso uno sportello informativo sui monitoraggi.
- Le Aziende ULSS si impegnano ad informare del presente protocollo i PLS, gli MMG, i medici specialisti che possono aver in cura pazienti scolarizzati.

Il direttore
generale
dell'Ulss 10
f.to Paolo Stocco.

Il direttore
generale
dell'Ulss 12
f.to Antonio
Padoan

Il dirigente
Dell'UST
VENEZIA
f.to Domenico
Martino

Il direttore
generale
dell'ulss 13
f.to Arturo Orsini

Il direttore
generale
dell'ulss 14
f.to Giuseppe
Dal Ben

Al Dirigente Scolastico

.....
.....
.....

OGGETTO: RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

Il sottoscritto genitore – tutore
dell'alunno/a frequentante nel corrente anno scolastico la
classe presso, preso atto del protocollo in materia di
somministrazione dei farmaci a scuola adottato tra Ufficio Scolastico Provinciale e le Aziende
ULSS della Provincia di Venezia e vista la specifica patologia dell'alunno/a, con la presente,

RICHIEDE

la somministrazione di farmaci in orario scolastico a fronte delle situazioni specificate nella
prescrizione/ certificazione redatta da e allegata alla presente.

Con la presente consegna il farmaco con scadenza.....

Comunica i propri recapiti telefonici :

tel fisso

Cellulare

Data

.....

Allegato 2 "Autorizzazione"

Al Dirigente Scolastico

.....

.....

.....

OGGETTO: AUTORIZZAZIONE A SOMMINISTRARE I FARMACI A SCUOLA

Il sottoscritto genitore – tutore
dell'alunno/a frequentante nel corrente anno scolastico la
classe presso, considerati gli interventi di
informazione e formazione attuati da in datae preso
atto del piano personalizzato d'intervento a favore dell'alunno/a redatto dalla scuola con la
collaborazione della Azienda ULSS competente per territorio e consegnato alla famiglia in data,
con la presente

AUTORIZZANO

gli operatori scolastici a somministrare i farmaci previsti nel protocollo all'alunno/a

Data

.....

Allegato 3:

Esempio di “piano personalizzato d’intervento”

Piano personalizzato d’intervento alunno Filippo Filippini

Descrizione comportamenti	Eventuali note
L'alunno/studente..... è affetto daed è in terapia (nome farmaco) con somministrazioni giornaliere. La malattia può anche però manifestarsi con crisi (frequenza)..... che si manifestano con..... In presenza dei comportamenti sopra citati è il caso di intervenire somministrando..... Molto raramente nell'alunno la malattia può manifestarsi con crisi : • intervenire somministrando con • avvisare telefonicamente il “servizio territoriale d'emergenza (118), • avvisare telefonicamente il genitore dell'alunno relativamente a quanto sta avvenendo.	Intramuscolare significa su un muscolo: ad esempio si può intervenire sul gluteo

Il dirigente scolastico

Il referente dell'Azienda ULSS

Allegato 4:

Scheda riepilogativa sulle situazioni critiche verificatesi a scuola nel corso dell'anno scolastico

<i>data</i>	<i>situazione verificatesi</i>	<i>intervento effettuato dal personale scolastico</i>

Allegato 4 bis:

Esempio di compilazione della “scheda riepilogativa sulle situazioni critiche verificatesi a scuola nel corso dell’anno scolastico”

<i>data</i>	<i>situazione verificatesi</i>	<i>intervento effettuato dal personale scolastico</i>
28/10/2005 ore 10.00	Forte sudorazione e pallore diffuso	• Ins. Rossi: somministrato succo di frutta • Ins. Rossi: avvisato la famiglia
12/05/2006, ore 11.40	Sudorazione, accompagnata da vomito, convulsioni generalizzate senza perdita di coscienza	• Coll. Scol, Verdi: somministrato succo di frutta • Ins. Neri: avvisato uno dei colleghi individuato dal dirigente scolastico, l’ins. Rossi • Ins. Rossi: affidati i bambini della classe all’insegnante Bianchi • Ins. Neri: avvisato la famiglia • Ins. Rossi: preparato il medicinale • Ins. Neri: avvisato e allertato il 118 • Ins. Rossi: verificato che dopo un minuto la crisi convulsiva non si attenuava, consapevole che la somministrazione non comporta effetti collaterali, si procedeva con l’iniezione intramuscolare. • Ins. Neri, Rossi, coll.Scol. Verdi: si verificava la risoluzione del caso con scomparsa delle convulsioni e ripresa di coscienza. • Coll. Scol, Verdi: avvisata la famiglia sulla situazione. • Coll. Scol, Verdi: avvisato il 118 sulla risoluzione del caso, 118 che era oramai giunto con servizio ambulanza nel cortile delle scuola. • Arrivo papà dell’alunno.

--	--	--

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
(PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE)
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Le seguenti modalità operative a cui attenersi a da attuarsi in caso di assistenza all'evento acuto e non prevedibile:

l'alunno/a – studente/ssa è affetto/a da:

.....

.....

.....

ed è in terapia con:

.....

.....

.....

con somministrazioni:

.....

.....

.....

la malattia può anche però manifestarsi con:

.....

.....

.....

in presenza dei comportamenti sopra citati è il caso di intervenire somministrando:

molto raramente/ raramente/ frequentemente/
nell'alunno/a – studente/ssa la malattia può manifestarsi con:

e/o perdita di coscienza:

in questo caso è però necessario:

- intervenire somministrando:

- con:

- dose d_i :

- avvisare telefonicamente il “servizio territoriale d'emergenza (118),”
- avvisare telefonicamente il genitore dell'alunno relativamente a quanto sta avvenendo.

IL FARMACO E' REPERIBILE PRESSOPIANO.....

LINEE GUIDA



ASSOCIAZIONE ITALIANA EPILESSIA

Via San Donato, 150 – 40127 Bologna

Tel. 366 7366949

E-mail: info@associazioneepilessia.it

www.associazioneepilessia.it

Protocollo Operativo per la Gestione delle Crisi Epilettiche a Scuola.

Il verificarsi della crisi epilettica:

La maggior parte delle crisi in persone con epilessia nota non rappresenta una emergenza medica e termina, senza danni, dopo 1-2 minuti dall'inizio.

Per crisi epilettica prolungata si intende la crisi di durata superiore ai 3-4 minuti. Le crisi possono diventare pericolose quando: durano da 5 a 10 minuti oppure quando una seconda crisi insorge subito dopo che è cessata la prima.

Le manifestazioni presenti prima e durante la crisi possono essere molto diverse nelle diverse persone, mentre tendono a ripresentare le stesse caratteristiche nella stessa persona. In alcune persone la crisi epilettica è preceduta da segni premonitori (aura)..

Nella scheda di prescrizione il medico specialista dovrebbe evidenziare il quadro clinico peculiare del bambino/ragazzo segnalando gli eventuali segni premonitori tipici ove ci sono. In ogni caso è opportuno chiedere alla famiglia come si manifestano e chiedere di mantenere un rapporto collaborativo per i successivi sviluppi della malattia.

Nel caso di crisi epilettica in un bambino non segnalato come affetto da epilessia, è necessario ed urgente attivare il 118 ed seguire le indicazioni fornite dallo stesso.

Conservazione dell'eventuale farmaco se prescritto dal medico di famiglia: E' sufficiente conservare il farmaco (diazepam – Micronpan-microclismi o il Buccolam soluzione per mucosa orale) in confezione integra, a temperatura ambiente, lontano da fonti di calore e dalla luce solare.

Codice di comportamento durante una crisi epilettica

L'intera classe deve collaborare per la gestione della crisi. Senza perdere il controllo, tenendo presente che, durante lo svolgimento della crisi, la persona non prova dolore e, salvo rari casi, la crisi termina spontaneamente in media dopo 1 o 2 minuti. Qualsiasi sintomo come, ad esempio, deviazione degli occhi o della bocca, perdita di coscienza, irrigidimento di un arto, scomparirà al termine della crisi stessa.

1. Osservare attentamente quello che accade al bambino/ragazzo durante la crisi (le informazioni saranno utili al medico per definire correttamente il tipo di crisi).
2. Controllare il tempo di durata della crisi con l'orologio. Se la crisi dura più di 5 minuti chiamare un'ambulanza.
3. Fare spazio e togliere dalle vicinanze gli oggetti taglienti o appuntiti.
4. Proteggere la testa della persona con qualcosa di morbido durante la fase convulsiva, sistemando sotto la testa indumenti morbidi per evitare che la persona si ferisca a causa dei movimenti bruschi causati dalla crisi.
5. Togliere eventuali occhiali, allentare vestiti stretti.
6. Quando la crisi è terminata girare la persona su un fianco, in posizione di sicurezza, per agevolare la respirazione e per evitare che la saliva ostruisca le vie aeree.
7. Rimanere accanto alla persona sino alla spontanea conclusione della crisi e alla piena ripresa della coscienza, parlargli in modo calmo e gentile per consentirgli di orientarsi nell'ambiente circostante con i dovuti tempi e rialzarsi quando avrà ripreso le proprie forze, che potrebbe essere anche dopo diverse decine di minuti.
8. Evitare che i compagni gli si affollino intorno.
9. NON tentare di aprirgli la bocca con le mani o con oggetti. Ciò potrebbe provocare la rottura di denti o lesioni all'articolazione mandibolare.
10. NON mettere nulla in bocca.
11. NON trattenere la persona cercando di bloccarne i movimenti.
12. NON dare cibo o acqua sino a quando la persona non si sarà completamente ripresa.

I rischi maggiori sono legati al trauma che il paziente può provocarsi cadendo a terra.

Prevenire non è possibile ma occorre:

- Collocare il suo banco nel modo più protetto possibile da incidenti da caduta improvvisa. Accompagnarlo se deve fare le scale.
- Verificare l'eventuale stato febbrile.
- Evitare stimoli acustici improvvisi (rumori improvvisi- grida)....sensibilizzare i compagni e/o stimoli visivi improvvisi o prolungati(flash, televisore, videogiochi).

Di questi problemi tenerne conto sia in classe sia quando si organizzano attività come le visite guidate, dove l'accompagnatore è d'obbligo anche eventualmente supportato dalla famiglia.

Shock anafilattico

CHE COS'È

Lo shock anafilattico è una **rapida sequenza di eventi**, per lo più scatenata dal **contatto di anticorpi IgE con un allergene**, che si sviluppa improvvisamente e può mettere in pericolo la vita del paziente. La pressione si abbassa, il respiro si fa difficoltoso in quanto il polmone è preda di un **attacco asmatico grave** e la pelle può presentare orticaria o angioedema. È scatenato da una massiccia liberazione di istamina e di altri mediatori dell'infiammazione allergica da parte di cellule presenti in vari organi (*mastociti*) e nel sangue (*basofili*). L'istamina e gli altri mediatori determinano una **reazione infiammatoria e vasomotoria generalizzata** a tutto l'organismo; in genere la liberazione è scatenata dal contatto tra un allergene e gli anticorpi IgE presenti sulla superficie dei mastociti e dei basofili. Se l'infiammazione si estende alla laringe e alle corde vocali (*glottide*), incombe il rischio di una ostruzione totale del passaggio del respiro. In alcuni casi i meccanismi non sono ancora ben definiti e si parla di reazioni anafilattoidi o di anafilassi idiopatica.

Vi sono inoltre reazioni chiamate **anafilattoidi** in cui l'istamina e gli altri mediatori vengono rilasciati dai mastociti e dai basofili con meccanismi indipendenti da quello delle IgE: un esempio è lo shock anafilattico che può essere scatenato dalla **iniezione di mezzo di contrasto iodato**.

COME SI MANIFESTA

I primi sintomi sono la comparsa di **formicolio e senso di calore al capo e alle estremità**; si manifestano poi in sequenza:

- orticaria-angioedema;
- rinite;
- difficoltà respiratoria;
- prurito alla lingua e al palato;
- alterazioni della voce;
- edema della glottide;
- asma, vomito, diarrea, ipotensione, tachicardia e aritmia.

LE CAUSE

Tra le cause più frequenti si annoverano la **puntura di imenotteri** (api, vespe, calabroni), **l'ingestione di alcuni alimenti** (latte, uovo, pesce, crostacei, arachidi, noce americana, ecc.) e la somministrazione di farmaci (penicillina...).

In alcuni soggetti allergici ad un alimento come il grano, i sintomi si manifestano soltanto se viene esercitato uno **sforzo fisico successivamente all'assunzione dell'alimento stesso** (anafilassi da esercizio fisico - corsa, partita di pallone, discoteca...).

IL TRATTAMENTO

Il trattamento precoce è molto importante, mentre l'anafilassi acuta è troppo spesso sottovalutata o non trattata in modo appropriato. L'**adrenalina** rappresenta il **farmaco salvavita** e deve avere un ruolo centrale nel trattamento acuto dell'anafilassi; quando è indicata, può essere somministrata a tutti i bambini a qualsiasi età genitori dei bambini a rischio di shock anafilattico devono tenere sempre con sé una di queste fiale e non esitare a utilizzarla se compaiono sintomi minacciosi.

Nei casi a rischio (gravi allergie alimentari o punture di insetto), **i genitori devono essere accuratamente istruiti all'uso di adrenalina con apposito autoiniettore**. Questi preparati vanno iniettati **al primo segno** di reazione allergica, senza aspettare sintomi gravi, per via intramuscolare nella coscia - da 0,2 ml a 0,5 ml a seconda del peso del bambino – e sono disponibili in fiale preconfezionate con adrenalina predosata e resa resistente al calore, stabili per 18 mesi a temperatura ambiente. La siringa va premuta sulla parte esterna della coscia e, dopo il caratteristico "click" di apertura, va tenuta in sede per **almeno 10 secondi** per permettere la penetrazione del farmaco nei tessuti. La somministrazione può avvenire **anche attraverso gli indumenti**. Pur essendo l'uso di queste siringhe molto facile, è necessario farsi spiegare dettagliatamente dal medico le modalità d'impiego.

Superata l'emergenza che si risolve nella quasi totalità dei casi grazie all'adrenalina, l'uso degli **antistaminici anti-H1** (endovena o intramuscolo) risulterà vantaggioso; anche i **cortisonici**, a questo punto, saranno preziosi per contrastare l'infiammazione. I broncodilatatori per via aerosolica consentono di controllare l'**asma**.

a cura di: Alessandro Fiocchi

in collaborazione con:

Bambino Gesù Istituto per la Salute

Uso del Fastjekt



L'adrenalina è un ormone creato dalle ghiandole surrenali che incita il sistema nervoso simpatico, generando una risposta "energica" in caso di stress.

Funziona come tutti gli ormoni: si attiva su organi divenuti bersaglio provocando una risposta. Si tratta di una vera panacea in caso di anafilassi o shock anafilattico.

L'adrenalina è presente in commercio in due tipologie: **fiale e siringhe preriempite**. La prescrizione deve essere fatta dal medico e quindi il paziente non può acquistarla direttamente in farmacia.

Ma come si usa? La prima formulazione in fiale è all'1/1000 e si usa tramite iniezione intramuscolare nella coscia, da fare con una siringa da 1ml. Il dosaggio è di 0,2-0,5 e va eventualmente ripetuto, in considerazione della gravità della crisi e della risposta al farmaco, dopo 10/15 minuti.

L'adrenalina in fiale deve essere tenuta in frigorifero, altrimenti non è più attiva. Per superare questo pericoloso inconveniente è stato prodotto il secondo tipo di adrenalina in siringhe pre-riempite sotto forma di penna, molto più stabili rispetto alle fiale. In Italia è in uso il Fastjekt, un iniettore preriempito, che consta di una sola dose di soluzione (0,30 ml) con 330 mcg di adrenalina.



Istruzioni per l'uso:

FASTJEKT(R) è pronto all'uso e può essere utilizzato, ove possibile, previa disinfezione del punto di iniezione:

- Togliere il tappo blu.
- Prendere in mano FASTJEKT(R) tenendo l'estremità in plastica arancione a contatto con la coscia e premere con forza sulla pelle, si sentirà lo scatto dell'ago.
- Tenere FASTJEKT(R) in detta posizione per almeno dieci secondi, fino a quando cioè l'ago è penetrato nella pelle ed è stata iniettata l'adrenalina.
- Una volta che l'iniezione è completa la finestra sull'auto-iniettore si oscura. In nessun caso allontanare FASTJEKT(R) dalla coscia prima della fine dell'iniezione.
- Allontanare quindi FASTJEKT(R) dalla coscia, l'estremità in plastica arancione si allungherà automaticamente a coprire l'ago.
- Massaggiare il punto di iniezione per circa 10 secondi.
- Recarsi al più presto da un medico portando il FASTJEKT(R) utilizzato.

Informazioni:

FASTJEKT<ESPONENTE>(R) può contenere una piccola bolla d'azoto che si forma durante il processo di riempimento. Tutte le cartucce vengono controllate durante la fase di riempimento ed un secondo controllo viene effettuato sugli iniettori assemblati; durante questi controlli vengono scartate le cartucce con bolle di diametro superiore ai 10 mm e gli iniettori in cui le bolle si estendono al di sotto del collo della cartuccia.

E' pertanto normale la presenza di una piccola bolla che, tenendo FASTJEKT<ESPONENTE>(R) con la punta verso l'alto, rimane nel collo dell'autoiniettore (parte alta in cui si inserisce l'ago).

La piccola bolla di azoto non costituisce un pericolo per la salute del paziente in quanto:

La bolla non influenza la quantità di soluzione che viene iniettata;

L'autoiniettore viene utilizzato per via intramuscolare nel muscolo della coscia, non per iniezione endovenosa;

Vengono iniettati solo 0.3 ml ed il corretto utilizzo dell'iniettore in posizione perpendicolare alla coscia dovrebbe normalmente far fluire un'eventuale bolla verso il pistone sul fondo dell'iniettore, lontano dal punto di innesto dell'ago;

Nell'eventualità, estremamente rara, che l'azoto venga iniettato nel tessuto muscolare il corpo umano è in grado di assorbire la piccola quantità di gas senza alcuna difficoltà.

N.B. Per il suo corretto funzionamento l'iniettore viene riempito con una quantità di liquido (2,05 ml) nettamente superiore a quella da iniettare (0,30); quindi è del tutto normale che dopo l'utilizzo la maggior parte della soluzione rimanga nell'iniettore.

Diabete in età pediatrica

Una malattia che va tenuta sotto controllo. Come convivere con il diabete che colpisce i piccoli per migliorare la loro vita.

COS'E' IL DIABETE INFANTILE

E' una malattia cronica caratterizzata da iperglicemia, ovvero un aumento dello zucchero (glucosio) nel sangue, a sua volta causata da una carenza (assoluta o relativa) di insulina nell'organismo umano.

Più frequente nei bambini è la forma costituita dal **diabete mellito di tipo I**, in cui vi è una carenza assoluta di insulina, un ormone prodotto da alcune cellule del pancreas che svolge un ruolo fondamentale nel mantenimento del normale il livello di glicemia.

Il diabete mellito di tipo I ha un'incidenza annua media, nell'italia non insulare, di 8.1 su 100.000 bambini ogni anno. Si presenta con maggior frequenza nelle femmine –con un rapporto di 1 a 5- e nell'isola di Sardegna ha un'incidenza annua 4-5 volte più elevata rispetto alla media nazionale, isole escluse.

Esistono altre forme di diabete che, in misura minore, possono interessare l'età pediatrica:
- il **diabete mellito di tipo II**, tipico dell'età adulta, ma che presenta un'incidenza in aumento anche nei bambini;

- il **MODY** (Maturity Onset Diabetes of the Young), forma genetica – familiare;
- il **diabete secondario ad altre patologie** (fibrosi cistica, malattie endocrinologiche, etc.) o legato all'assunzione di terapia cortisonica cronica.

CAUSE E MECCANISMI DI CARENZA

La causa del diabete di tipo I non è ancora nota. Esistono ipotesi su cause genetiche, a causa della tendenza all'ereditarietà, e ambientali.

È invece noto il meccanismo specifico che porta alla carenza di insulina: si tratta di un processo di autodistruzione delle cellule pancreatiche che producono insulina. In particolare alcune cellule del sistema immunitario, i linfociti, iniziano ad aggredire le cellule del pancreas che producono insulina, fino a distruggerle completamente. Attraverso lo stesso meccanismo che normalmente i linfociti attuano contro i virus e i batteri che causano le comuni malattie infettive.

Di conseguenza dall'organismo vengono prodotti nel sangue alcuni **autoanticorpi**, diretti contro particelle specifiche del proprio organismo, che sono importanti indicatori di malattia o pre-malattia. Per tali motivi il diabete mellito di tipo I viene classificato tra le **patologie autoimmuni***.

SINTOMI

La carenza assoluta di insulina è incompatibile con la vita. Una **diagnosi precoce** e un **trattamento insulinico tempestivo** sono di notevole importanza.

I sintomi principali di allarme che necessitano di una consultazione medica sono:

- la poliuria, aumento della quantità di urine con aumento della frequenza delle minzioni;
- la polidipsia, sete eccessiva con aumento dell'assunzione di liquidi;

- la polifagia, fame eccessiva con aumento dell'assunzione di cibo;

- il dimagrimento;

- i dolori addominali non riconducibili ad altre patologie.

Nei casi più gravi può essere presente uno stato confusionale, l'alterazione di alcune funzioni mentali, fino al coma (coma chetoacidotico). I sintomi dipendono dallo stadio a cui è arrivata la malattia e dal tipo di diabete mellito di cui si soffre.

GLI ACCERTAMENTI

Un genitore che individui nel proprio bambino questi sintomi, deve **rivolgersi al proprio pediatra di famiglia** oppure direttamente a un **centro specializzato di diabetologia** o endocrinologia pediatrica. Nei casi più seri è bene rivolgersi direttamente a un DEA o Primo Soccorso Pediatrico.

La diagnosi è semplice, essendo inizialmente sufficiente la valutazione della glicemia. Per confermare e approfondire la diagnosi, possono essere utili altri esami più specialistici (Autoimmunità pancreatica, Peptide C, Emogasanalisi, etc.).

I RISCHI

Superata la fase critica e acuta dell'inizio della malattia, è importante impostare una **corretta terapia insulinica**. Il bambino affetto da diabete di tipo I potrà continuare senza problemi tutte le attività tipiche della sua età, senza alcuna particolare limitazione, fatta eccezione per l'assunzione smisurata di dolci o di alimenti che contengano zucchero tra gli ingredienti.

È necessario **mantenere buoni livelli di glicemia** poiché una glicemia elevata per lunghi periodi –la cosiddetta iperglicemia cronica- dovuta a un diabete mal controllato, può causare dei **danni più o meno reversibili a carico dei piccoli vasi sanguigni**, soprattutto in alcuni distretti dell'organismo, in particolare retina, rene, sistema nervoso. Vengono così a determinarsi quelle che si chiamano complicanze microvascolari del diabete di tipo I, malattie importanti che danneggiano l'occhio (retinopatia diabetica), il rene (nefropatia diabetica) e il sistema nervoso (neuropatia diabetica).

Mantenendo un buon controllo delle glicemie e aiutando i piccoli pazienti e le loro famiglie a **gestire anche autonomamente la malattia**, queste complicanze possono essere prevenute, o comunque rallentate.

LA TERAPIA

È assolutamente necessario effettuare la terapia **il più tempestivamente e correttamente possibile**.

La terapia farmacologica del diabete di tipo I è l'insulina che deve essere somministrata più volte al giorno (in 4 o più volte) mediante un'**iniezione sottocutanea**. Attualmente i più utilizzati sono i **dispositivi iniettori a penna**, molto pratici e semplici da utilizzare. Esiste anche un'altra modalità di somministrazione dell'insulina, mediante una pompa di infusione continua – **microinfusore**- che infonde nel tessuto sottocutaneo insulina 24 ore su 24. La **quantità di insulina** da somministrare può **variare in base alle attività del bambino** e anche in relazione **all'età**.

Sono disponibili diversi tipi di insulina -ultrarapida, rapida, intermedia, lenta- da somministrare in diversi momenti della giornata. Ad oggi, non esistono ancora per questo tipo di diabete altre terapie oltre a quella insulinica.

Altri cardini terapeutici si basano su:

- l'educazione alla **gestione autonoma della malattia** e all'autocontrollo delle glicemie a domicilio;
- l'esercizio fisico, attraverso un'attività regolare;
- un'alimentazione equilibrata.

Mentre la terapia insulinica ha come obiettivo primario quello di ristabilire un soddisfacente equilibrio glicemico, l'educazione alla gestione autonoma del diabete da parte delle famiglie dei bambini affetti si pone, invece, l'obiettivo principale di **migliorare sensibilmente la qualità di vita**.

**Alterazione del sistema immunitario che dà origine a risposte immuni anomale o autoimmuni, cioè dirette contro componenti del proprio organismo, in grado di determinare un'alterazione funzionale o anatomica del distretto colpito.*

a cura di: Dott. Marco Cappa
in collaborazione con:

Bambino Gesù Istituto per la Salute

L'ipoglicemia

Consiste in un abbassamento dei valori di zucchero nel sangue per ragioni organiche o esterne. Ecco come riconoscerla e come curarla.

Si definisce ipoglicemia la riduzione della glicemia al di sotto di 50 mg/dl. La presenza di glucosio nel sangue garantisce una fonte di energia "pronta" per tutti i tessuti. La quantità di glucosio disponibile varia nell'arco della giornata in funzione della quantità introdotta con i pasti, del suo consumo (attività fisica, stress, infezioni, digiuno) e delle riserve presenti (glicogeno epatico). I tessuti che utilizzano il glucosio come fonte principale di energia sono soprattutto il cervello, il cuore e i muscoli.

La rilevazione della glicemia si effettua mediante prelievo ematico (determinazione della glicemia plasmatica in laboratorio) oppure attraverso la puntura di un dito (determinazione della glicemia capillare mediante glucometro).

La necessità di intervenire immediatamente in caso di ipoglicemia e di prevenirne la ricorrenza è volta alla prevenzione del danno neuronale. L'ipoglicemia severa può infatti determinare un danno cerebrale dopo circa 6 ore.

In epoca neonatale, le limitate riserve di glicogeno epatico e l'imaturità dei sistemi di produzione energetica alternativi al glucosio (grassi), possono determinare ipoglicemia transitoria in caso di digiuno prolungato, infezioni o stress. In caso di diabete in gravidanza, l'iperglicemia può indurre iperinsulinismo reattivo nel neonato, provocando ipoglicemia.

L' ipoglicemia persistente può invece essere causata da:

- iperinsulinismo congenito, geneticamente determinato
- ridotta produzione di ormoni iperglicemizzanti (deficit di ormone della crescita, ipocorticosurrenalismo, panipopituitarismo);
- difetti congeniti del metabolismo (glicogenosi, intolleranza ereditaria al fruttosio, galattosemia, tirosinemia, malattie mitocondriali, acidemie organiche, difetti della beta ossidazione, difetti della gluconeogenesi, difetti congeniti di glicosilazione, malattie mitocondriali, difetti di chetogenesi e chetolisi).

Nelle epoche successive, la causa più frequente di ipoglicemia è l'**ipoglicemia chetotica**, una condizione benigna indotta dal digiuno che scompare alla pubertà, ma ognuna delle cause precedentemente elencate può esordire anche in epoca post neonatale.

Un'altra rara causa di ipoglicemia è la somministrazione, accidentale o dolosa, di farmaci ipoglicemizzanti (insulina, ipoglicemizzanti orali).

In **epoca neonatale** la sintomatologia dell'ipoglicemia è caratterizzata da tremori e irritabilità, pianto lamentoso, ipotonia, cianosi, vomito, difficoltà ad alimentarsi, spasmi muscolari, convulsioni e coma.

In **epoche successive** il bambino è in grado di percepire ed esprimere una sintomatologia più complessa con progressivo senso di debolezza, sudorazione profusa fredda, tachicardia, vertigini, fame spasmodica fino ad arrivare a turbe del sensorio e coma.

Le forme neonatali, transitorie o persistenti, richiedono il **ricovero ospedaliero per la somministrazione di glucosio** per via orale o endovenosa. In caso di iperinsulinismo, in cui il fabbisogno di glucosio è molto elevato, può essere necessaria la somministrazione di farmaci

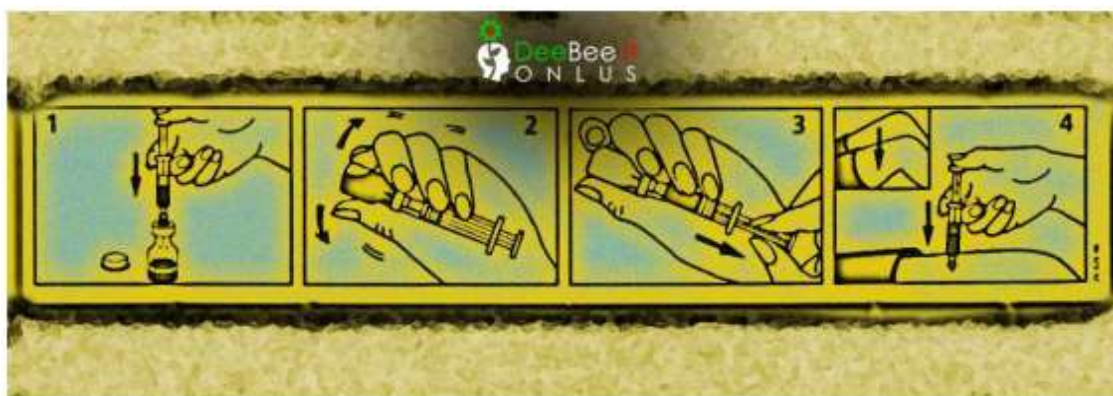
iperglicemizzanti (diazossido, sandostatina, glucagone, cortisone). Nelle forme focali o nelle forme diffuse non responsive alla terapia medica vi è indicazione all'intervento chirurgico di pancreasectomia parziale o subtotale, rispettivamente.

Nelle età successive, le forme di ipoglicemia chetotica benigna richiedono **solo indicazioni dietetiche** (evitare digiuni prolungati, somministrare maltodestrine). Le altre forme di ipoglicemia richiedono un trattamento dietetico e/o farmacologico specifico a seconda della patologia di base.

a cura di: Dott. Andrea Bartuli
in collaborazione con:

Bambino Gesù Istituto per la Salute

Come si somministra il glucagone

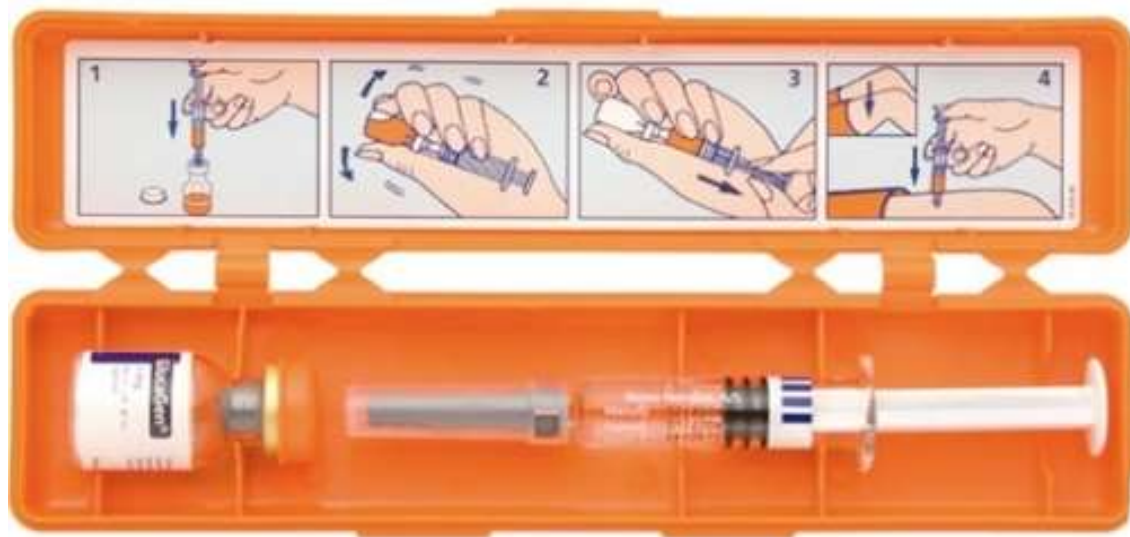


Uno degli episodi più temuti e pericolosi per le persone affette da diabete mellito tipo 1 è l'ipoglicemia severa che talvolta rende **impossibile l'assunzione di zuccheri per bocca**. In questo caso è necessario un intervento tempestivo volto alla somministrazione del glucagone, in commercio con il nome di Glucagen Hypokit 1 mg. Per poter agire rapidamente, è fondamentale che le persone vicine al diabetico sappiano **dove viene custodito il glucagone** e **come usarlo**.

Il glucagone è un ormone normalmente secreto dal pancreas, più precisamente dalle cellule alfa delle isole di Langerhans, il cui meccanismo di azione è opposto a quello dell'insulina. Il suo compito infatti è quello di favorire la liberazione del glucosio depositato nel fegato sotto forma di glicogeno.

Glucagen Hypokit viene fornito in una scatola arancione, al cui interno troviamo un piccolo kit composto da **un flaconcino** con polvere di glucagone e **una siringa** con il solvente per ricostituirlo.

La **data di scadenza** riportata sulla confezione si riferisce al prodotto conservato nel suo astuccio **in frigorifero**, tra i 2°C e gli 8°C. Se si vuole conservare a temperatura ambiente, sotto i 25°C, la sua durata sarà **limitata a 18 mesi**, entro la data di scadenza. Inoltre, una volta che la polvere di glucagone viene sciolta nel solvente, il preparato risulta instabile e va quindi **buttato dopo qualche ora**.



1. **Iniettare il solvente** contenuto nella siringa all'interno del flaconcino e, senza togliere l'ago, agitare delicatamente finché il liquido risulti limpido;
2. **Aspirare** con la siringa il glucagone ricostituito;
3. Porre la siringa con l'ago rivolto verso l'alto, picchiettare e **far fuoriuscire le bolle**;
4. Per i bambini di peso inferiore ai 25 kg (o con meno di 8 anni, nel caso in cui non si conosca il peso*) somministrare **metà flacone**; per bambini di peso (o età) superiore e adulti somministrare il **flacone intero**;
5. Il glucagone può essere iniettato sia per via sottocutanea che intramuscolare, ma le linee guide indicano come riferimento **l'iniezione intramuscolo**, preferendo zone ampie come gluteo e coscia.

Di norma l'iniezione di glucagone **ristabilisce il livello di coscienza in circa 5-10 minuti**. Per completare la ripresa e per evitare la ricomparsa di ipoglicemie, si usa dare uno **spuntino ad alto contenuto di zuccheri**.

supervisione il **dott. Alberto Comici**,
referente per il diabete al reparto di pediatria dell'Ospedale Sant'Antonio (San Daniele del Friuli).

Asma bronchiale

Asma bronchiale COS'È

L'asma è una malattia infiammatoria cronica dei bronchi, caratterizzata da respiro sibilante e a volte faticoso. Andiamo ad analizzare quale è la sua ricorrenza, quali sono le cause, come possiamo diagnosticarla e curarla.

LA FREQUENZA

In età prescolare è molto frequente (fino al 40-50% dei bambini sotto i sei anni) riscontrare la sua caratteristica principale, cioè il respiro sibilante, anche nei bambini non allergici, caratterizzato da tosse e sibilo o affanno solo in occasione di un comune raffreddore; si dice in gergo che "il raffreddore scende nel petto del bambino nell'arco di uno-due giorni". Questi bambini hanno un diametro piccolo dei bronchi, sono in genere destinati a non ripresentare il sibilo in età scolare, con la crescita dei bronchi, pertanto non vengono definiti asmatici. Viceversa, quando gli episodi di ostruzione bronchiale e di sibili espiratori continuano o iniziano dopo i 5 anni di età e si manifestano anche al di fuori dei raffreddori (ad es. durante lo sforzo o in ambienti polverosi), si può parlare di una vera e propria asma bronchiale che, nella grande maggioranza dei casi, è di origine allergica. L'asma bronchiale è una patologia molto diffusa: in Italia colpisce il 10% dei bambini sopra i sei anni.

LE CAUSE

Tra le cause d'asma, le principali sono:

- Sensibilizzazione allergica a polvere, muffe, pelo di alcuni animali (gatto, cane, cavallo), pollini, graminacee, parietaria, olivo. Raramente causano episodi asmatici alcuni alimenti (es. latte vaccino, l'uovo, il pesce) e additivi alimentari;
- Infezioni, soprattutto nei bimbi più piccoli. Le infezioni, in particolare quelle virali, sono la causa principale di asma nei primi anni di vita. La maggior parte dei bambini asmatici presenta i sintomi prevalentemente durante il periodo autunnale e invernale, quando la diffusione delle infezioni delle vie respiratorie è particolarmente elevata;
- Condizioni ambientali avverse. I bambini che frequentano ambienti particolarmente inquinati, non puliti, polverosi, o che hanno uno o entrambi i genitori fumatori, sono maggiormente esposti all'asma;
- L'attività fisica. Più della metà dei bambini sofferenti di asma bronchiale può presentare tosse o affanno durante l'attività fisica (asma da sforzo). Il bambino affetto da asma da sforzo non ha controindicazioni ad eseguire l'attività sportiva: in molti casi è sufficiente raggiungere un buon controllo dei sintomi asmatici per ottenere la scomparsa della tosse da sforzo. Esistono inoltre farmaci che, somministrati alcuni minuti prima dell'attività fisica, consentono un idoneo controllo dell'asma da sforzo.

I SINTOMI

In genere il bambino comincia a presentare una tosse secca e stizzosa, a riposo o durante il gioco o la corsa. In alcuni casi la sintomatologia è marcata a causa dello spasmo dei bronchi, si percepiscono fischi e sibili durante l'espirazione dell'aria e il bambino avverte difficoltà respiratoria.

LA DIAGNOSI

Molti genitori non riescono ad individuare subito la presenza dell'asma nel loro bambino. A volte riportano di avere sentito il fischio, ma più frequentemente la diagnosi viene dalla visita del pediatra che riscontra la presenza di sibili in un bambino condotto dai genitori per via di una tosse secca e insistente.

Una conferma clinica del sospetto di asma è data dal riscontro di un immediato miglioramento della respirazione che si verifica con la somministrazione di farmaci dilatatori dei bronchi. Spesso, se sollecitati i genitori riferiscono che il bambino presenta la tosse quando ride o gioca o fa attività fisica (asma da sforzo).

Una conferma ulteriore della diagnosi è possibile tramite l'esecuzione di un esame che analizza la quantità di aria che il bambino riesce a emettere con un forte soffio.

In termini più tecnici l'esame è noto con il nome di Spirometria e in generale è eseguibile intorno ai 5-6 anni.

L'esecuzione delle prove allergiche consente di verificare la presenza di eventuali sensibilità del bambino asmatico verso sostanze (dette allergeni) contenute nell'ambiente o più raramente negli alimenti.

IL TRATTAMENTO

La terapia per curare l'asma è farmacologica. Tuttavia è indispensabile tenere sotto controllo i fattori ambientali. È inoltre indispensabile che la tecnica di assunzione dei farmaci somministrati per inalazione sia spiegata e verificata alle visite di controllo.

Sono infatti numerosi gli errori tecnici nella somministrazione. Per il successo della terapia è indispensabile che il bambino e i genitori conoscano la malattia, seguano il percorso terapeutico che il medico ha prescritto e eseguano dei regolari controlli dal curante o dallo specialista.

La terapia farmacologica.

I medicinali vanno somministrati soltanto dopo aver consultato un medico. I farmaci anti-asmatici in commercio sono impiegati sia per la cura della crisi asmatica, sia per la prevenzione dei successivi episodi. Esistono diverse categorie di farmaci anti-asmatici in commercio.

Negli ultimi decenni abbiamo progressivamente assistito alla sostituzione della via di somministrazione dei farmaci per l'asma da quella classica (orale), a quella inalatoria. Gli stessi farmaci che vengono somministrati per bocca infatti possono raggiungere direttamente le vie aeree tramite la tecnica inalatoria che consente di ottenere un'azione più mirata e minori effetti secondari.

Gli strumenti per l'inalazione dei farmaci sono rappresentati dagli apparecchi nebulizzatori, dagli spray dosati e dalle polveri.

La immunoterapia desensibilizzante.

L'obiettivo della immunoterapia desensibilizzante (ITS) è quello di eliminare o attenuare la sensibilizzazione allergica verso una specifica sostanza (allergene) attraverso la periodica somministrazione dello stesso allergene.

La somministrazione può essere effettuata per bocca o per via iniettiva, sottocutanea: l'applicazione sottocutanea non è esente da rischi di reazioni avverse. Non esistono a tutt'oggi prove scientifiche tali da consigliarne un largo impiego, specie in età pediatrica.

Attualmente il ricorso alla immunoterapia va preso in considerazione solo nei casi di allergia verso una sola sostanza oppure quando si osservi una stretta correlazione fra esposizione ad un allergene e comparsa dei sintomi respiratori.

ESEGUIRE CONTROLLI PERIODICI

È di fondamentale importanza che ai genitori venga ben chiarito che un corretto trattamento dell'asma, farmacologico e ambientale, consente al bambino di stare bene, di non sentirsi diverso dai coetanei potendo svolgere le loro stesse attività con i migliori risultati.

È dimostrato che il successo viene raggiunto in particolare dai pazienti che eseguono regolari controlli clinici, non solo in occasione della ricomparsa dei sintomi, concordati con il pediatra o con il Centro Specialistico di riferimento.

a cura di: Antonio Di Marco
in collaborazione con:
Bambino Gesù Istituto per la Salute



FARMACI INALATORI:

scelta, utilità e dosi I farmaci a disposizione per aerosol o per distanziatore appartengono sostanzialmente a 4 categorie:

Cortisonici

Broncodilatatori

Mucolitici e fluidificanti

Antibiotici

Broncodilatatori inalatori

NOMI IN COMMERCIO

Breva, Inasal, Ventolin, Broncovaleas, Adrenalina.

A CHE SERVONO

Ad "aprire i bronchi", utili dunque in presenza di broncospasmo.

DOSAGGIO

Dipende dal principio attivo che il pediatra sceglie di utilizzare. Ecco alcuni esempi pratici:

SOTTO 2 ANNI:

meglio usare salbutamolo associato a ipratropio bromuro (es: Breva, Inasal) Breva gocce: dalle 2 alle 5 gocce in 1-2 ml di fisiologica in aerosol (in base alla gravità dell'attacco asmatico)
Breva spray: 2 puff fino dalle 2 alle 4 volte al giorno (in base alla gravità dell'attacco asmatico)
Nonostante l'efficacia dell'ipratropio possa variare da bimbo a bimbo, la sua presenza consente di ridurre le dosi di salbutamolo, a vantaggio dei più piccini!

SOPRA 2 ANNI:

è possibile usare il salbutamolo da solo (es: Broncovaleas, Ventolin) con maggior tranquillità
Broncovaleas gocce: 4 gocce ogni 10 Kg (max 10 gocce in tutto!) in 1-2 ml di fisiologica in aerosol ogni 4-6-8-12 ore (in base alla gravità dell'attacco asmatico) Ventolin spray: 2 puff ogni 4-6-8-12 ore (in base alla gravità dell'attacco asmatico; nei casi più gravi, in sede ospedaliera, anche ogni 20 minuti!)

La scelta dei farmaci da utilizzare e il loro dosaggio viene fatta dal pediatra sulla base della patologia da curare.

Allergia alimentare

CHE COS'È

Per allergia alimentare si intende una **risposta anomala** del sistema immunitario, scatenata dal **contatto con un cibo** che comunemente viene assunto senza problemi dalla maggioranza degli individui. Nel linguaggio quotidiano utilizziamo spesso la parola "**allergia**" per indicare una più generica intolleranza agli alimenti. Qualche volta è effettivamente causata da una reazione allergica, ma in altri casi è causata da:

- difetto del metabolismo degli zuccheri (es. fruttosemia);
- carenze di enzimi digestivi (es. deficit di lattasi);
- effetti tossici dell'alimento da contaminazione (es. anisakis, parassita presente nel pesce crudo o poco cotto, **muffe**);
- intolleranza al glutine (**malattia celiaca**);
- idiosincrasia (reazione anormale in relazione alla quantità di cibo, agli additivi alimentari).

ALIMENTI ALLERGIZZANTI

Potenzialmente qualunque alimento è in grado di indurre allergia, infatti sono stati riportati **più di 170 alimenti** come causa di reazioni allergiche ma solo una minoranza di questi è responsabile della maggior parte delle reazioni.

Se il bambino nasce con una forte predisposizione familiare allergica, le proteine contenute negli alimenti più frequentemente assunti dalla mamma che allatta o dal bambino con le pappe (come per es. il latte di mucca, le uova, il pesce, il pomodoro, il grano, etc.) possono sensibilizzare il bambino e provocare reazioni allergiche. Le **proteine del latte vaccino** sono le prime da tenere sotto controllo in quanto le formule artificiali che sostituiscono il latte materno sono a base di latte di mucca. In seguito, numerosi altri alimenti possono causare allergia; i più frequenti sono:

- l'uovo;
- il grano;
- la soia;
- con la crescita anche il pesce (merluzzo, trota, sogliola);

- alcuni tipi di frutta a guscio e legumi (noce brasiliana, mandorle, nocciole, arachidi).

L'80% dei bambini non sviluppa allergia a più di due alimenti contemporaneamente.

COME SI MANIFESTA

Nella maggior parte dei casi **le reazioni sono immediate** e sono quelle più temibili in quanto compaiono da pochi minuti a due ore circa dal pasto che contiene le proteine allergizzanti.

Le manifestazioni di allergia alimentare possono essere a carico dell'**apparato digerente**:

- vomito,

- dolori addominali,

- scariche diarroiche, che compaiono dopo l'assunzione di un alimento (come latte di mucca o uovo) e fanno sorgere il sospetto di allergia alimentare. È bene sottolineare, tuttavia, che questi sintomi non sono affatto specifici: molto **spesso dipendono da altre malattie gastrointestinali** come la gastroenterite acuta infettiva o altre malattie infiammatorie intestinali.

Tra le **manifestazioni cutanee** di allergia alimentare, la **dermatite atopica** del primo anno di vita può essere aggravata da un'allergia agli alimenti in una minoranza di casi. Anche in questa evenienza, **l'osservazione della mamma ha un ruolo estremamente importante** nella valutazione clinica: come pensare, ad esempio, che qualche alimento sia la causa della dermatite se la pelle migliora e diventa quasi normale al mare – come spesso accade - sebbene il bambino continui a mangiare più o meno gli stessi alimenti?

È bene invece pensare ad un'allergia alimentare quando l'eczema compare o si aggrava tutte le volte in cui il bambino assume un determinato cibo. Nel dubbio, sarà comunque opportuno ricorrere ai test diagnostici (vedi oltre).

L'orticaria (e l'angioedema), a differenza di quanto comunemente si pensa, è causata da allergia ai cibi in meno del 5% dei casi. Talvolta, ma si tratta di eventualità ben poco frequenti, la **rinite** e l'**asma bronchiale** possono essere causate da allergia alimentare.

Il sintomo più temibile è lo **shock anafilattico**, reazione generalizzata causata dal contatto con l'alimento a cui il bambino è allergico. Fortunatamente **il pallore e la riduzione della pressione** sono preceduti da manifestazioni cutanee come orticaria/angioedema, rinite, asma bronchiale, spasmo laringeo. Se non si interviene prontamente con un adeguato trattamento salvavita, il collasso cardio-circolatorio può aggravarsi e talvolta condurre al decesso

LA DIAGNOSI

La diagnosi si basa prevalentemente su di una **storia clinica accurata** (la familiarità, una descrizione accurata dei sintomi, l'intervallo tra assunzione dell'alimento e la comparsa di segni clinici) e su di un altrettanto accurato **esame obiettivo** del bambino.

Per confermare il sospetto di allergia nei confronti dell'alimento considerato, la prima cosa da fare è quella di praticare le **prove cutanee** con il metodo della puntura della pelle con lancetta

(**prick test**). Il **test** consiste nell'applicare sulla cute dell'avambraccio una goccia di estratto dell'alimento, nel pungere la goccia con una lancetta e nell'osservare la reazione locale. Quando il sospetto diagnostico cade su alimenti come **frutta e verdura**, per il test cutaneo è preferibile utilizzare gli alimenti freschi mediante il cosiddetto "prick by prick".

Nel caso di situazioni che impediscono l'esecuzione delle prove cutanee (pelle molto irritata o molto reattiva o nel caso in cui non si possa sospendere la terapia con antistaminici che interferisce con il risultato delle reazioni cutanee) può essere opportuno, a completamento dell'iter diagnostico, ricorrere alla ricerca nel siero di **anticorpi IgE** specifici per gli allergeni che si sospettano come causa dei sintomi allergici.

È molto importante tenere sempre presente che né i prick test né i RAST permettono di diagnosticare un'allergia alimentare. Hanno soltanto un valore orientativo e aiutano, insieme alla storia clinica (quel che la mamma ricorda) e all'esame obiettivo (la visita), a sospettare una allergia. Moltissimi bambini hanno prick test e RAST positivi per le proteine del latte, dell'uovo o per molti altri alimenti eppure non soffrono di alcuna forma di allergia. Uno degli errori più comuni e più dannosi consiste proprio nel considerare il bambino "allergico" soltanto perché ha i prick test o i RAST positivi per qualche alimento!

La prova decisiva per dimostrare che l'alimento è effettivamente la causa dei sintomi, è la sua esclusione dalla dieta: **la dieta di eliminazione** di uno o più cibi viene praticata per un **massimo di 2-3 settimane**. Al termine di questo periodo, se i sintomi sono ancora presenti, dobbiamo necessariamente concludere che gli alimenti "esclusi" non hanno nulla a che vedere con i disturbi che stiamo cercando di diagnosticare. Occorrerà quindi modificare la dieta di esclusione oppure cercare una causa non alimentare dei disturbi.

Se invece i sintomi sono scomparsi o si sono ridotti, dovrà essere nuovamente introdotto l'alimento (test di provocazione orale) in un ambiente ospedaliero adeguatamente attrezzato: se i sintomi ricompaiono, avremo la prova inequivocabile della allergia alimentare. Pertanto, il ruolo causale dell'alimento va sempre verificato con la dieta di esclusione ed il successivo test di scatenamento. Spesso i disturbi di cui stiamo cercando la causa sono capricciosi e dobbiamo sempre sospettare che siano migliorati soltanto per caso e non grazie alla dieta di esclusione, di qui la necessità del test di scatenamento. Comunque, le diete di esclusione non vanno mai prolungate per più di due-tre settimane:

- se il test di scatenamento dimostra che i disturbi sono causati da un determinato alimento, l'alimento andrà eliminato dalla dieta;

- se invece il test di scatenamento dimostra che gli alimenti "sospetti" non provocano reazioni, il bambino potrà ricominciare a mangiare normalmente tutti i cibi.

Recente, l'introduzione nella diagnostica allergologica di test molecolari consente di ottenere informazioni più mirate sulla proteina responsabile della reazione allergica.

LA CURA

Quando la diagnosi è certa, la terapia dell'allergia alimentare consiste semplicemente **nell'esclusione, dalla dieta, dell'alimento che causa l'allergia**. Se la **dieta** terapeutica deve essere protratta per un lungo periodo è opportuno integrarla con i nutrimenti che vengono a mancare come calcio, ferro o altri a giudizio del medico curante. Le diete di esclusione vanno prescritte dall'allergologo pediatrico.

Nel **primo anno di vita**, quando l'alimentazione è incentrata sull'allattamento al seno o sull'impiego di latti di mucca formulati, si può ricorrere a formule a base di idrolisati di riso, oppure a prodotti dietetici per l'infanzia a base di proteine del latte vaccino sottoposte a processi di digestione enzimatica (formule idrolisate di sieroproteine o della caseina) che consentono una crescita adeguata in attesa di una spontanea risoluzione della patologia che avviene nel 90% dei casi entro il **terzo anno di vita**. Nei casi più gravi si ricorre ad alimenti costituiti da miscele di aminoacidi, i componenti elementari delle proteine.

È bene tenere presente che le manipolazioni effettuate in questi ultimi alimenti per renderli meno allergizzanti, riducono notevolmente l'appetibilità ed il loro sapore sgradevole li rende male accettati al bambino. Le formule a base di proteine della soia arricchite con minerali, vitamine, aminoacidi e calcio permettono una nutrizione equilibrata analoga a quella dei normali latti in polvere, da evitare però nei primi sei mesi di vita per l'alto rischio di allergizzazione.

Non bisogna mai dimenticare che **la dieta è un aspetto importante della vita del bambino** e che una dieta di esclusione, di per sé psicologicamente onerosa, può rendere difficile anche la sua vita di relazione (frequenza dell'asilo nido o della scuola materna, partecipazione alla vita sociale dei coetanei). Ed è bene tenere presente che per la diagnosi di allergia è importante procedere con grande rigore per evitare diete incongrue.

Nei casi in cui le allergie non si risolvano spontaneamente dopo il sesto anno di vita, potrà essere intrapreso un percorso di **desensibilizzazione** per l'alimento incriminato, presso strutture ospedaliere particolarmente attrezzate e con personale esperto e dedicato alla gestione di questi piccoli pazienti. Il percorso non è privo di rischi (che diventano tuttavia trascurabili nei centri allergologici specializzati), ma consente di raggiungere un livello di tolleranza sufficiente ad evitare reazioni gravi, in caso di assunzioni accidentali dell'alimento o in molti casi a superare brillantemente la propria allergia.

ASSUNZIONE INVOLONTARIA

I sintomi provocati da un'involontaria assunzione del cibo allergizzante vanno curati in base alla gravità della reazione. Se compaiono vari disturbi (per es. orticaria, gonfiore, rinite, spasmo bronchiale e/o laringeo) vi è un forte rischio che il bambino vada incontro a shock anafilattico e si deve quindi ricorrere prontamente alla **terapia di emergenza** (adrenalina con siringa auto iniettabile, antistaminico e cortisone ev) e condurre in urgenza il bambino al più vicino **pronto soccorso**.

PREVENZIONE

In realtà possiamo fare ben poco per prevenire l'allergia alimentare. Le malattie allergiche sono **malattie a carattere genetico**, legate a vari fattori ereditari e ambientali. La loro comparsa è indipendente da quello che può mangiare la mamma durante la gravidanza o mentre allatta. L'esclusione dalla sua dieta di alimenti importanti come latte, uovo e grano non previene la comparsa di allergie!

Si possono **suggerire** solo alcune misure che hanno più la caratteristica del buon senso che della sicura efficacia:

- allattare al seno (senza restrizioni dietetiche) è utile sia per il normale nutrimento del lattante che per l'aiuto che può offrire nei confronti delle infezioni in questi primi mesi di vita, in cui le difese immunitarie sono ancora deboli;

- evitare di **fumare in gravidanza** e durante l'allattamento o a contatto del bambino perché è dimostrato che il fumo può addirittura scatenare le allergie;

- arieggiare quotidianamente la stanza del bambino per ridurre l'umidità in quanto i locali domestici umidi creano un ambiente favorevole per gli allergeni presenti in casa.

a cura di: Alessandro Fiocchi

in collaborazione con:

Bambino Gesù Istituto per la Salute

Celiachia

La celiachia o enteropatia glutine-dipendente è una condizione di permanente intolleranza al glutine. Vediamo insieme il piano dietetico per i piccoli che soffrono di questa frequente patologia: i cibi consentiti, gli alimenti proibiti e i comportamenti alimentari più corretti

Che cos'è?

La celiachia, o **enteropatia glutine-dipendente**, è una condizione di permanente **intolleranza al glutine**. Il glutine è una proteina contenuta nel grano, orzo segale ed avena. L'ingestione di tale proteina, in soggetti geneticamente predisposti, determina la comparsa della malattia caratterizzata da un danno a livello della mucosa dell'intestino prossimale di entità variabile dipendente, anche, dalla durata dell'esposizione alla proteina "tossica".

Frequenza della malattia

Ha una frequenza nella popolazione inferiore a 1:200 abitanti.

Come si manifesta?

Può avere un ampio spettro di presentazioni cliniche collegato spesso all'età di insorgenza della malattia. La forma classica si presenta tra il 6° ed il 20° mese di vita con diarrea cronica, feci semiliquide e maleodoranti, distensione addominale.

Il bambino ha di solito una crescita normale nei primi mesi di vita; a distanza di qualche settimana o mese dall'introduzione del glutine nella dieta (prime pastine, semolino, biscotti), comincia a presentare **arresto della crescita o calo di peso**.

Il bambino appare magro, pallido con masse muscolari ridotte, addome globoso e manifesta spesso irritazione. In alcuni casi, invece di presentare diarrea, ci può essere una stitichezza intrattabile. Talora, seppur raramente, la malattia viene diagnosticata per l'insorgenza di una "crisi celiaca" caratterizzata da diarrea profusa, disidratazione e shock, a volte scatenata da un episodio infettivo intercorrente.

Sono presenti alcune forme cosiddette "atipiche", soprattutto nei bambini più grandi o nell'adulto. Esse sono caratterizzate prevalentemente da **sintomi extraintestinali**, in assenza in particolare di diarrea. Tali sintomi sono principalmente: bassa statura, anemia da carenza di ferro e/o acido folico, rachitismo, osteomalacia, osteoporosi, ipoplasia dello smalto dentario, artrite ed artralgia, ipertransaminasemia, afte orali recidivanti.

In alcuni casi la celiachia può essere associata ad altre patologie come il diabete mellito insulino-dipendente e la dermatite erpetiforme che, molto probabilmente, è una manifestazione associata alla celiachia, se non una manifestazione della celiachia stessa.

La celiachia è inoltre **particolarmente frequente in pazienti affetti da Sindrome di Down, Sindrome di Williams e Sindrome di Turner**.

Esistono anche forme di celiachia cosiddetta silente, caratterizzata da assenza di sintomi ma in presenza del tipico danno intestinale. Questo tipo di celiachia si riscontra soprattutto nei familiari di primo grado dei pazienti celiaci.

La diagnosi

Nel sospetto di malattia celiaca, la prima indagine da effettuare è un prelievo di sangue per il dosaggio degli anticorpi anti-endomisio (EMA) e/o IgA anti-transglutaminasi (IgA anti-tTG), associato ad un dosaggio degli anticorpi IgA, IgG, IgM totali nel siero.

In caso di positività degli anticorpi anti-endomisio (EMA) e/o IgA anti-transglutaminasi (IgA anti-tTG) bisognerà effettuare una biopsia digiunale. Tale procedura si effettua tramite l'esecuzione di una esofagogastroduodenoscopia, durante la quale viene prelevato un campione di mucosa

digiunale. La procedura è rapida, indolore e, per limitare i disagi, viene effettuata una sedazione al paziente.

La biopsia viene considerata positiva per celiachia quando mostra una atrofia totale o parziale della mucosa intestinale. È importante che il prelievo di sangue e la biopsia siano eseguiti quando il bambino assume ancora il glutine. L'assunzione di alimenti contenenti glutine non deve essere interrotta prima che una diagnosi di certezza (che si effettua con la biopsia) venga eseguita.

Successivi controlli

Il paziente dovrà effettuare **controlli periodici**, il primo dei quali circa tre mesi dopo l'inizio della dieta e successivamente ogni sei/dodici mesi.

Durante tali controlli deve essere effettuato un prelievo di sangue per valutare l'andamento dei valori degli anticorpi anti-endomisio ed anti-transglutaminasi. I valori, in genere, si normalizzano entro 6 mesi dall'inizio della dieta priva di glutine.

Non è necessario eseguire una nuova biopsia digiunale: sarà ripetuta solo nel caso in cui la risposta clinica alla dieta (scomparsa dei sintomi) non sia stata soddisfacente, o nei pazienti affetti da celiachia silente; anche la riesposizione al glutine non risulta per lo più necessaria. Viene raccomandata solo nei casi in cui la diagnosi iniziale risulti equivoca o nei pazienti diagnosticati prima dei due anni di vita in quanto, a quest'età, sono possibili altre condizioni cliniche che provocano alterazioni simili della mucosa intestinale.

Come si cura?

Una volta confermata la diagnosi, il trattamento consiste nell'effettuare una **rigorosa dieta priva di glutine per tutta la vita**. Tutti gli alimenti contenenti grano (frumento), segale, orzo e avena devono essere esclusi dalla dieta.

È da ricordare che piccole quantità di glutine sono presenti in alcuni farmaci e nell'Ostia per la Comunione.

Anche piccole quantità di glutine possono provocare un danno a livello della mucosa intestinale: inizialmente possono non comparire sintomi evidenti che tendono però ad evidenziarsi dopo molto tempo di dieta non corretta. Per tale motivo in tutti i pazienti in cui la diagnosi di celiachia sia stata correttamente effettuata, l'esclusione del glutine dalla dieta deve essere assoluta e per tutta la vita.

Ciò è importante non solo per evitare i rischi di tale malattia associati al malassorbimento intestinale, ma anche perché alcuni studi hanno documentato una maggiore incidenza di alcuni tumori (linfomi intestinali) in pazienti celiaci che non effettuavano la dieta.

Il paziente celiaco che segue correttamente la dieta è da considerarsi normale a tutti gli effetti. L'industria dietetica viene incontro ai soggetti affetti da celiachia producendo una serie di alimenti privi di glutine. Il paziente ha diritto ad un quantitativo mensile di tali alimenti, in forma gratuita, presentando alla ASL di appartenenza una certificazione di un Centro accreditato attestante che il paziente è affetto da celiachia biopsicamente accertata.

Il trattamento

La dieta senza glutine rappresenta la sola, unica e reale terapia della celiachia: deve essere protratta tutta la vita. Se una persona non assume glutine non può avere alcuna manifestazione di celiachia.

Il glutine è contenuto in alcuni cereali:

- frumento;

- orzo;
- segale;
- farro;
- kamut;
- sorgo;
- spelto tritcale.

L'avena oggi non è più considerata tossica ma essendo presente in prodotti con glutine è di uso sconsigliato.

Il glutine non si trova nei seguenti cereali e vegetali:

- soia;
- tapioca;
- mais;
- patata;
- miglio;
- legumi.

Seguire il prontuario

Il glutine si trova nascosto in molti alimenti per cui è fondamentale avere a disposizione e consultare: "il Prontuario dei prodotti senza glutine", edito dall'Associazione italiana Celiachia <http://www.celiachia.it> che viene costantemente revisionato con l'introduzione o l'esclusione di prodotti.

Problemi nutrizionali

Una dieta senza glutine non comporta problemi nutrizionali in quanto può essere egualmente varia.

La varietà di alimenti permessi, accanto ai prodotti specifici che l'industria mette a disposizione, permette di formulare per ogni età Un'alimentazione equilibrata, varia e gustosa, adeguata alle diverse esigenze nutrizionali sia per un bambino in fase di crescita che per un adulto. Si può facilmente fare una dieta equilibrata con prodotti naturali senza glutine come riso o polenta di mais al posto della pasta. Esistono in commercio tutta una serie di prodotti specifici senza glutine (pane, pasta, pizza, biscotti, ecc.).

Una dieta senza glutine non comporta problemi nutrizionali in quanto può essere egualmente varia.

La Asl di appartenenza riconosce ai soggetti celiaci, accertati tramite biopsia intestinale, una quota di alimenti mensili che secondo le più recenti disposizioni pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale del 25/7/01 corrispondono al 35% del fabbisogno calorico.

Vi sono una serie di alimenti che possono essere consumati, come risulta anche dal Prontuario citato, indipendentemente dalla marca. Quando si abbiano dei dubbi è bene riferirsi al succitato Prontuario.

Alimenti permessi

Di seguito sono riportati gli alimenti permessi:

- aceto di vino;
- bevande gassate (no birra);
- burro (escluso quello light);
- olio di oliva, arachide, girasole, mais (eccetto quello di germi di grano o di semi vari);
- caffè (escluso quello solubile o derivato dall'orzo o dal malto);
- carne, pollame, prosciutto crudo (eccetto gli altri insaccati, i ragù del commercio e la carne impanata o infarinata);
- formaggi freschi e stagionati italiani (esclusi quelli fusi, a fette, spalmabili, stranieri o erborinati come il gorgonzola);
- frutta fresca, sciroppata od oleosa (esclusa quella infarinata come i fichi secchi);
- succhi e nettari di frutta;
- infusi in bustina o filtro;
- latte (il latte non contiene glutine e come tale può essere assunto dal paziente celiaco, tuttavia, appena effettuata la diagnosi, può essere escluso o consigliato un latte senza lattosio, per l'alterazione della mucosa intestinale provocata dalla dieta con glutine), panna fresca, yogurt naturale, magro o intero (eccetto quello al malto, ai cereali ed attenzione a quello alla frutta);
- legumi;
- miele, zucchero;
- miglio;
- pappa reale;
- pesce fresco o surgelato (eccetto quelle surgelato precotto od impanato);
- riso;
- sciroppi;

- verdura fresca, conservata o surgelata cruda o cotta, polpa e passata di pomodoro (eccetto minestrone o zuppe con farro od orzo, verdure impanate, infarinate o in pastella) e patate (eccetto le patatine surgelate ed il purè istantaneo).

A cosa fare attenzione?

In ogni caso occorre fare attenzione alle etichette: la presenza di termini generici come amido, proteine vegetali, maltodestrine, malto, farine di cereali non specificate, estratto di caffè, pasta di cacao, oltre ad altri composti contenenti specificamente grano, frumento od orzo devono far sospettare la presenza di glutine.

Nello specifico dell'età pediatrica **è fondamentale che la famiglia accetti serenamente il problema** e adotti in casa misure e accorgimenti (es.: cucina personalizzata, posti in credenza ove vi siano solo prodotti senza glutine, inviti ad amici con proposte di alimenti senza glutine per tutti etc.). È opportuno inoltre **informare gli insegnanti** sul problema, così da far sentire il bambino normale pur stando a dieta.

Molto importante in questa età è fare riferimento ad un centro specialistico che controlli periodicamente il bambino e, attraverso personale specializzato (dietista o nutrizionista ed eventualmente psicologo) sappia dare tutte le indicazioni del caso.

Un momento critico è rappresentato dall'età adolescenziale in cui il ragazzo, alla ricerca di una propria identità, tende a contestare le indicazioni della famiglia (dieta senza glutine) e, non volendo comunicare al proprio gruppo di appartenenza il suo stato di celiaco, **facilmente tende a trasgredire**. In questa età è ancora più importante la partecipazione ad incontri di gruppo (come quelli proposti dalla associazione celiaci) o la guida di personale esperto nella materia e con esperienza in campo pediatrico-adolescenziale.

a cura di: Dott.ssa Daniela Knafelz e del Dott. Giuseppe Morino

in collaborazione con:

Bambino Gesù Istituto per la Salute

MODULISTICA

Prof.ssa Giuseppina Fazio

Documento firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs. 82/2005
(Codice dell'Amministrazione Digitale) e norme correlate

Responsabile Servizio Prevenzione Protezione

Mauro Baraldi



(1° Collaboratore)

Prof.ssa Manuela Polo

(2° Collaboratore)

Prof.ssa Alessandra Fedon

Rappresentante dei lavoratori Sicurezza

Prof.ssa Giulia Mattiuzzo

Rappresentante dei lavoratori Sicurezza

Prof. Raffaele I. Trotta

Rappresentante dei lavoratori Sicurezza

Prof. Gian Paolo Di Vuolo

Jesolo_____