

Practice parameter

Food allergy: a practice parameter

Chief Editors: Jean A. Chapman, MD; L. Leonard Bernstein, MD; Rufus E. Lee, MD; John Oppenheimer, MD; Associate Editors: Richard A. Nicklas, MD; Jay M. Portnoy, MD; Scott H. Sicherer, MD; Diane E. Schuller, MD; Sheldon L. Spector, MD; David Khan, MD; David Lang, MD; Ronald A. Simon, MD; Stephen A. Tilles, MD; Joann Blessing-Moore, MD; Dana Wallace, MD; and Suzanne S. Teuber, MD

Table 11. Avoidance and Treatment Strategies for Food Allergies in Schools*

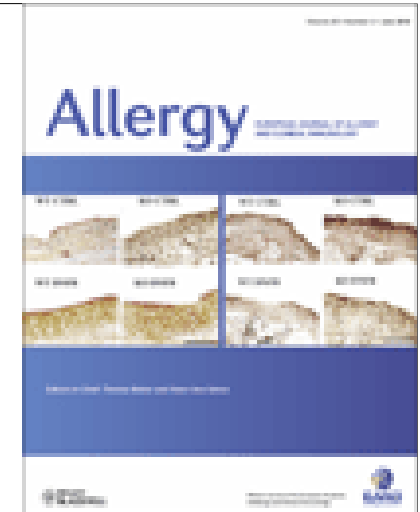
Avoidance

- Increased supervision during meals and snacks (perhaps allergy free table)
- No food, container, or utensil sharing
- Cleaning of tables, toys
- Substitution of causal food during craft, cooking, science projects
- Handwashing before and after food handling and eating
- Avoidance of exposure to food during preparation and cooking
- Provision of safe substitute foods
- Foods brought in should have ingredient labels
- Instruction of staff on issues of
Careful label reading
Cross-contamination
Technical and scientific word(s)for the food(s)

Treatment

- Physician-prescribed treatment protocols in place, periodic review of protocols
- Epinephrine available for potentially life-threatening reactions (readily available, not locked)
- Education of supervising personnel on:
recognizing signs of an allergic reaction
technique of medication administration
basic first aid and resuscitation

* Reproduced with permission from Bock et al.¹³



A. Muraro, A. Clark, K. Beyer, L. M. Borrego, M. Borres, K. C. Lødrup Carlsen, P. Carrer, A. Mazon, F. Rancè, E. Valovirta, M. Wickman and M. Zanchetti [\[](#)

The management of the allergic child at school

Allergy 2010; 65: 681- 689

giovanni.cavagni@gmail.com

immunologia pediatrica

RIAP



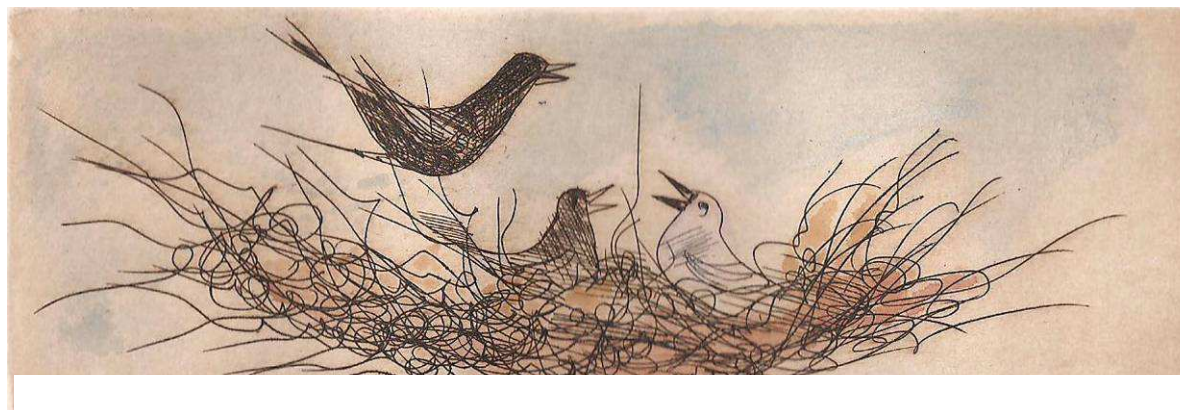
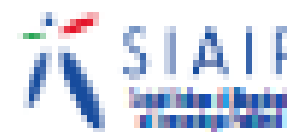
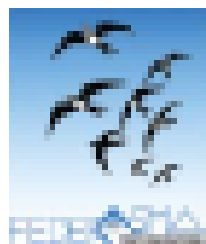
Organo Ufficiale della Società Italiana di Allergologia ed Immunologia Pediatrica

Supplemento 2

02

www.riap.it





COMMISSIONE PER LA TUTELA DEL BAMBINO ALLERGICO

RACCOMANDAZIONI PER LA GESTIONE DEL BAMBINO ALLERGICO A SCUOLA

Estensori del documento

Giovanni Cavagni (coordinatore)

Monica De Simone (assistente al coordinamento per FEDERASMA)

Sandra Frateiacchi (presidente FEDERASMA)

Luciana Indinnimeo (presidente SIAIP)

Francesco Paravati (past - president SIAIP)

Giuliano Perugini, Sandra Romano (componenti per FEDERASMA)

Giuseppe Baviera, Giovanna Monti (componenti per SIAIP)

Tab. I. Segni premonitori di anafilassi sistemica.

●	senso di calore cutaneo
●	formicolio e prurito al cuoio capelluto, al meato acustico esterno, alle labbra, al cavo orale
●	eritema e/o edema e/o prurito al palmo delle mani e/o alla pianta del piede e/o in sede perigenitale
●	prurito nasale, starnuti, rinorrea sierosa
●	iperemia e prurito congiuntivale, lacrimazione

Tab. II. Criteri per la definizione di anafilassi.

L'anafilassi è molto probabile se viene soddisfatto uno dei seguenti tre criteri:

1)	Esordio acuto (da minuti a alcune ore) con coinvolgimento della cute o delle mucose o di entrambe [es. orticaria generalizzata, prurito o vampate di calore (flushing), rigonfiamento di labbra, lingua, ugola] e almeno uno dei seguenti eventi:
-	compromissione respiratoria (dispnea, broncospasmo, stridore, riduzione del PFF, ipossiemia);
-	riduzione della pressione arteriosa o sintomi di disfunzione di organo (ipotonia-collasso, incontinenza).
2)	Due o più dei seguenti eventi, che si verificano rapidamente dopo l'esposizione a un probabile allergene per quel paziente (da minuti a alcune ore):
-	interessamento della cute-mucose (come sopra);
-	compromissione respiratoria (come sopra);
-	riduzione della pressione arteriosa o sintomi associati (come sopra);
-	sintomi gastrointestinali persistenti (dolori addominali crampiformi, vomito).
3)	Riduzione della pressione arteriosa dopo esposizione a un allergene conosciuto per quel paziente (da minuti a alcune ore):
a)	nei lattanti e bambini: bassa pressione sistolica (per l'età) o diminuzione di oltre il 30% della pressione sistolica;
b)	adulti: pressione sistolica inferiore a 90 mmHg o riduzione di oltre il 30% della pressione basale.

Tab. III. Classificazione di gravità dell'attacco acuto d'asma.

Segni	lieve	moderato	grave	arresto respiratorio imminente
Capacità di parola	Discorsi	Fraasi	Poche parole	–
Frequenza respiratoria	Normale	Aumentata	Aumentata	Bradipnea/gasping
Colorito	Normale	Pallore	Pallore/cianosi	Cianosi
Sensorio	Normale	Agitazione	Agitazione intensa	Confusione/sopore
Sibili	Fine espiratorio	Espiratorio	Espiro/inspiro	assente
Uso muscoli accessori	Assente	Moderato	Marcato	Movimenti toraco-addominali paradossi
Frequenza cardiaca	Normale	Aumentata	Aumentata	–

Tab. IV. Classificazione della gravità dell'asma bronchiale (caratteristiche cliniche in assenza di terapia).

	Sintomi	Sintomi Notturni	FEV ₁ o PEF
Livello 4 Grave Persistente	Continui Attività Fisica Limitata	Frequenti	FEV ₁ ≤ 60% del predetto Variabilità PEF > 30%
Livello 3 Moderata Persistente	Quotidiani Le riacutizzazioni turbano le normali attività	> 1 volta alla settimana	FEV ₁ 60-80% del predetto Variabilità PEF > 30%
Livello 2 Lieve Persistente	> 1 volta alla settimana, ma < 1 volta al giorno	> 2 Volte Al Mese	FEV ₁ ≥ 80% del predetto Variabilità PEF 20 - 30%
Livello 1 Intermittente	< 1 alla settimana Asintomatico e PEF normale in fase intercritica	≤ 2 Volte Al Mese	FEV ₁ ≥ 80% del teorico Variabilità PEF < 20

La presenza di almeno uno dei criteri di gravità è sufficiente per la classificare un paziente in un determinato livello di gravità.

MODULO 1

Modulo per la diagnosi di allergia alimentare *accertata* (a cura dell'Ambulatorio Specialistico Accreditato)

Il/la Bambino /a
Nato/a a: il
Residente a: via
Codice Fiscale o tessera sanitaria:
Tel:
è affetto/a da
con l'assunzione di

SPT positivi per
IgE specifiche per U/I
 Quantità di alimento in grado di scatenare i sintomi

In base alle procedure diagnostiche eseguite, il/la bambino/a è risultato/a essere allergico/a al/i seguente/i alimento/i, che dovrà/dovranno pertanto essere escluso/i dalla dieta:

- PROTEINE DEL LATTE VACCINO (latte bovino e derivati; alimenti contenenti proteine del latte);
(Indicare se il bambino può mangiare la carne bovina si no)
- PROTEINE DELL'UOVO (uovo e tutti gli alimenti contenenti proteine dell'uovo);
(Indicare se il bambino può mangiare la carne di pollo si no)
- PROTEINE DEL FRUMENTO e di tutti i cereali che possano contenere proteine analoghe dal punto di vista allergenico (orzo, farro, segale, kamut, avena)
- PROTEINE DEL/I PESCE/I
(Indicare il/i pesce/i allergenici:)
(Indicare quale/i pesce/i sono invece assunti e tollerati:)
- FRUTTA SECCA CON GUSCIO
(Indicare quale/i frutta secca è allergenica:)
(Indicare quale/i tipo/i di frutta secca sono assunti e tollerati:)
- ALTRI ALLERGENI ALIMENTARI

....., il

Modulo 2

Modulo di certificazione temporanea di sospetta allergia alimentare (a cura del PLS o del MMG del SSN)

Si certifica che

Nato/a a: il

Residente a: via

Codice Fiscale o tessera sanitaria:

Tel:

ha presentato il seguente quadro clinico

.....

.....

ed è in corso un *iter* diagnostico volto a indagare la presenza di ALLERGIA ALIMENTARE o per il quale è già in corso l'*iter* diagnostico volto ad escludere altre patologie in diagnosi differenziale.

Il/la bambino/a, in attesa della definizione diagnostica, dovrà seguire una dieta priva del/i seguente/i alimento/i in attesa degli esiti degli accertamenti in corso/proposti.

....., il

Modulo 3

Modulo per la diagnosi di asma bronchiale *accertata* (a cura dell'Ambulatorio Specialistico Accreditato)

Si certifica che

Nato/a a: il

Residente a: via

Codice Fiscale o tessera sanitaria:

Tel:

Sulla base del risultato delle seguenti indagini:

Prove di funzionalità respiratoria:

- spirometria basale con test di reversibilità dopo broncodilatatore
- test da sforzo (se spirometria basale nei limiti)

Prove allergologiche in vivo e in vitro:

- SPT per allergeni
- IgE specifiche per allergeni

è risultato/a affetto/a da Asma Bronchiale:

- Intermittente
- Persistente

- lieve
- moderata
- grave

- allergica
- non allergica
- prevalentemente da esercizio fisico

..... il

Modulo 4

Modulo di certificazione temporanea di *sospetta asma bronchiale* (a cura del PLS o del MMG del SSN)

Si certifica che
Nato/a a: il
Residente a: via
Codice Fiscale o tessera sanitaria:
Tel:

Sulla base della visita da me effettuata risulta essere affetto da Asma Bronchiale per cui, in attesa di ulteriori accertamenti specialistici, si consigliano i seguenti provvedimenti:
.....
.....
.....

e si propone il seguente piano terapeutico dell'attacco acuto:
.....
.....
.....

Il presente certificato ha validità temporanea in attesa di conferma specialistica
....., il

Timbro del PLS/MMG

Norme particolari:

- se vi è l'abitudine alla pulizia dei denti dopo il pasto, il personale addetto deve accertarsi che non si verifichi uno scambio anche accidentalmente di spazzolino;
- se il pasto è consumato in classe, il personale addetto deve detergere accuratamente i tavolini con i normali detersivi e rimuovere dalla classe gli eventuali residui di cibo;
- se, a fini educativi, vi è il coinvolgimento dei bambini nello sparecchiamento dei tavolini a fine pasto, il BA va esonerato dall'operazione nei giorni in cui il menù preveda l'alimento allergizzante.

3.3. Le buone norme di prevenzione del rischio e di gestione del bambino allergico	»	13
3.3.1. Le buone norme di prevenzione e di gestione in caso di allergia alimentare	»	13
3.3.1.1. La mensa	»	14
3.3.2. Le buone norme di prevenzione e di gestione in caso di asma bronchiale	»	15
3.3.2.1. Una sana qualità ambientale nella scuola	»	17
3.3.3. L'attività sportiva per il bambino allergico	»	21
3.3.3.1. Prevenzione dell'asma da esercizio fisico	»	21
3.3.3.1. Prevenzione dell'anafilassi indotta da esercizio fisico	»	22
3.3.4. Programmi di informazione e formazione	»	22

IV. Somministrazione dei farmaci a scuola

4.1. Sentenze, iniziative ed esperienze

4.2. Conclusioni

Modulo 5

Piano terapeutico individuale del bambino allergico

Fotografia del bambino

Cognome:
Nome:
Data di nascita

Diagnosi per cui può essere richiesto un intervento di emergenza:

Scuola: Classe:
Insegnante:

PADRE: Nome: Cognome:
Indirizzo
Tel. casa:
Tel. lavoro:
Tel. cellulare:

MADRE: Nome: Cognome:
Indirizzo
Tel. casa:
Tel. lavoro:
Tel. cellulare:

Altri numeri da contattare in caso di emergenza:

(1) Nome: Cognome:
Relazione con il bambino:
Tel.: Cellulare:

(2) Nome: Cognome:
Relazione con il bambino:
Tel.: Cellulare:

MEDICO CURANTE:

Nome: Cognome:
Indirizzo:
Tel.: Cellulare:

Piano di continuità terapeutica

	Farmaco	Dose	Quante volte	Come
(1)
(2)
(3)

* Presidi da utilizzare in caso di somministrazione dei farmaci:

Premedicazione prima dell'attività fisica:

	Farmaco	Dose	Quante volte	Come
(1)
(2)
(3)

* Presidi da utilizzare in caso di somministrazione dei farmaci:

Piano Terapeutico di Emergenza per Asma/Asui

	Farmaco	Dose	Quante volte	Come
(1)	Adrenalina autoiniettabile	.....	.....	.....
(2)	.....	.....	.....	.....
(3)	.....	.....	.....	.....
(4)	.....	.....	.....	.....

* Farmaci da utilizzare in caso di somministrazione dei farmaci:

Piano Terapeutico di Emergenza per l'attacco acuto d'asma bronchiale

	Farmaco	Dose	Quante volte	Come
(1)	Salbutamolo spray con inalizzatore, ripetibile se necessario ogni 20 min. fino ad un massimo di 3 dosi	.....	.....	.....
(2)	.....	.....	.....	.....
(3)	.....	.....	.....	.....
(4)	.....	.....	.....	.....

* Farmaci da utilizzare in caso di somministrazione dei farmaci:

Distanziazione appropriata

Modulo 6

Autorizzazione alla somministrazione dei farmaci a scuola

Fotografia del bambino

Nome: _____
Cognome: _____
Data di nascita: _____

Scuola: _____ Classe: _____
Insegnante: _____

Io/la sottoscritto/a _____, esercitante la potestà genitoriale sul minore _____ autorizzo _____ a somministrare i farmaci e ad intervenire secondo quanto previsto nel piano terapeutico allegato ed, in situazioni di necessità ed urgenza, a somministrare i farmaci salvavita ed a operare secondo le procedure d'intervento indicate nel piano terapeutico di emergenza allegato.

data _____

firma _____

Conclusioni

la tutela del bambino allergico (o cronico in genere) a scuola

è una esigenza che non può più essere disattesa.

È urgente che la Conferenza Stato – Regioni in accordo con il Ministero dell’Istruzione, allo scopo di indurre le singole Regioni redigano protocolli d’intesa omogenei tra Direzioni Scolastiche e Aziende Sanitarie di competenza, protocolli volti a garantire i migliori interventi di prevenzione dei rischi e di trattamento dell’emergenze,

grazie al ricorso a personale sanitario adeguatamente qualificato.

Conclusioni

Si auspica

che le raccomandazioni espresse in questo documento vengano utilizzate per

definire i percorsi necessari per una attenta e corretta valutazione dei bisogni assistenziali del bambino allergico

indispensabile a identificare e garantire ad ogni bambino il tipo di cura di cui necessita, in funzione delle sue specifiche condizioni di salute.



**Grazie
per l'attenzione**

Il sogno nel cassetto:

**CHE I BAMBINI DI OGGI
NON SIANO I FUTURI MALATI
DI DOMANI**

**Sandra Frateiacchi
Presidente FEDERASMA Onlus
Giovanni Cavagni
Comitato Medico Scientifico
FEDERASMA Onlus**

presidente@federasma.org
segreteria@federasma.org

giovanni.cavagni@gmail.com