



  
 OSPEDALE SACRO CUORE DI GESÙ  
 FATEBENEFRAATELLI

**9° CORSO di**  
**ALLERGOLOGIA ed**  
**IMMUNOLOGIA PEDIATRICA**  
 ...verso il futuro

Presidente  
 Iride Dello Iacono

Responsabili Scientifici  
 Antonella Casani  
 Carmen Verga

**15-16 GENNAIO 2016**  
 Centro Congressi Fra Pietro Maria de Giovanni o.h.  
 Ospedale Sacro Cuore di Gesù Fatebenefratelli  
**BENEVENTO**

# Le scelte sbagliate in allergologia

  
 OSPEDALE SACRO CUORE DI GESÙ  
 FATEBENEFRAATELLI

**9° CORSO di**  
**ALLERGOLOGIA ed**  
**IMMUNOLOGIA PEDIATRICA**  
 ...verso il futuro

Presidente  
 Iride Dello Iacono

Responsabili Scientifici  
 Antonella Casani  
 Carmen Verga

**15-16 GENNAIO 2016**  
 Centro Congressi Fra Pietro Maria de Giovanni o.h.  
 Ospedale Sacro Cuore di Gesù Fatebenefratelli  
**BENEVENTO**

**Roberto Bernardini**

**Unità Operativa Complessa di Pediatria  
 Nuovo Ospedale San Giuseppe, Empoli**



# Le scelte sbagliate in allergologia

**Vaccinazioni**

**Allergia Alimentare**

**Dermatite atopica**

**Orticaria acuta**

**Rinite allergica**

**Immunoterapia specifica**

**Asma bronchiale**

**Allergia a farmaci**

**Prevenzione nei bambini a rischio (3 aspetti)**

**Razionale per evitare le "scelte sbagliate in allergologia"**

**Conclusioni**

OSPEDALE SACRO CUORE DI GESÙ  
FATEBENEFRAATELLI

**9**<sup>°</sup> CORSO di  
ALLERGOLOGIA ed  
IMMUNOLOGIA PEDIATRICA  
*...verso il futuro*

Presidente  
Iride Dello Iacono

Responsabili Scientifici  
Antonella Casani  
Carmen Verga

15-16 GENNAIO 2016  
Centro Congressi Fra Pietro Maria de Giovanni o.h.  
Ospedale Sacro Cuore di Gesù Fatebenefratelli  
BENEVENTO

immunologia  
pediatrica

# RIAP

rivista allergologia



Organo Ufficiale della Società Italiana di Allergologia ed Immunologia Pediatrica

**"CHOOSING WISELY"**  
ovvero  
Le cose da fare ma soprattutto da non fare

# 01

**Supplemento 1**

marzo 2014 • anno XXVIII

[www.riap.it](http://www.riap.it)



# Le scelte sbagliate in allergologia

## Vaccinazioni

Allergia Alimentare

Dermatite atopica

Orticaria acuta

Rinite allergica

Immunoterapia specifica

Asma bronchiale

Allergia a farmaci

Prevenzione nei bambini a rischio (3 aspetti)

Razionale per evitare le "scelte sbagliate in allergologia"

Conclusioni



OSPEDALE SACRO CUORE DI GESÙ  
FATEBENEFRATELLI

**9**<sup>°</sup> CORSO di  
ALLERGOLOGIA ed  
IMMUNOLOGIA PEDIATRICA  
*...verso il futuro*

Presidente  
Iride Dello Iacono

Responsabili Scientifici  
Antonella Casani  
Carmen Verga

**15-16 GENNAIO 2016**  
Centro Congressi Fra Pietro Maria de Giovanni o.h.  
Ospedale Sacro Cuore di Gesù Fatebenefratelli  
**BENEVENTO**

# 1 **NON controindicare le vaccinazioni in caso di allergie**

Reazioni locali e sistemiche lievi (arrossamento del sito di inoculo e/o febbre) dopo la vaccinazione sono reazioni comuni e non controindicano la somministrazione di dosi di vaccino in futuro.

Le reazioni anafilattiche dopo somministrazione di un vaccino sono eventi rari (1 caso per milione di dosi somministrate). L'anamnesi positiva per allergie o per reazioni aller-

giche minori non sono controindicazioni alle vaccinazioni.

Speciali precauzioni dovrebbero essere seguite solo in caso di soggetti che abbiano presentato reazioni sistemiche gravi con rischio della vita (dispnea grave, stridore, cianosi, alterazioni dello stato di coscienza, ipotensione).

La presenza di una sensibilizzazione alle proteine dell'uovo non è una controindicazione alla vaccinazione contro morbillo, parotite e rosolia.

I vaccini antinfluenzali a virus inattivati (split o a sub unità) possono essere somministrati nei soggetti con storia di allergia alle proteine dell'uovo. La somministrazione è considerata sicura anche nei pazienti con storia di allergia severa alle proteine dell'uovo (ad esempio ipotensione, dispnea, nausea, vomito, reazioni che hanno richiesto la somministrazione di adrenalina), tuttavia in questi casi è bene effettuare la vaccinazione dopo consulenza da parte del pediatra allergologo.

## **Bibliografia di riferimento**

Kelso et al. J Allergy Clin Immunol 2012;130:25.

Santuccio e Trotta, Rapporto Agenzia Italiana del Farmaco, 2013.

Gallo et al. Rapporti ISTISAN 09/13.

Kelso et al. Ann Allergy Asthma Immunol 2013;111:301.

**In caso di reazioni locali e sistemiche lievi;  
In caso di allergia severa alle proteine dell'uovo;  
In caso di pregressa reazione allergica anche grave alla vaccinazione.**

# 7 ANAFILASSI DA VACCINO: 5 RIVACCINAZIONI

<b>VACCINI CAUSA DI ANAFILASSI</b>	<b>NUMERO DI BAMBINI CON ANAFILASSI</b>	<b>RIVACCINAZIONE</b>	<b>REAZIONI LOCALI O GENERALI</b>
HEXAVAC	1	VACCINI SINGOLI (A DOSI FRAZIONATE IL Dt)	NO
DTPa	1	VACCINO ANTI DIFTERITE E TETANO (NO PERTOSSE) A DOSI FRAZIONATE	NO
MRP	3	VACCINO IN DOSI FRAZIONATE (SOLO IN 1 PZ, GLI ALTRI 2 NON SONO STATI ANCORA RIVACCINATI)	NO
DT	2	VACCINO IN DOSI FRAZIONATE IN ENTRAMBI I BAMBINI	NO

# Le scelte sbagliate in allergologia

Vaccinazioni

**Allergia Alimentare**

Dermatite atopica

Orticaria acuta

Rinite allergica

Immunoterapia specifica

Asma bronchiale

Allergia a farmaci

Prevenzione nei bambini a rischio (3 aspetti)

Razionale per evitare le "scelte sbagliate in allergologia"

Conclusioni



OSPEDALE SACRO CUORE DI GESÙ  
FATEBENEFRAATELLI

9° CORSO di  
ALLERGOLOGIA ed  
IMMUNOLOGIA PEDIATRICA  
...verso il futuro

Presidente  
Iride Dello Iacono

Responsabili Scientifici  
Antonella Casani  
Carmen Verga

15-16 GENNAIO 2016  
Centro Congressi Fra Pietro Maria de Giovanni o.h.  
Ospedale Sacro Cuore di Gesù Fatebenefratelli  
BENEVENTO

## 2 **NON** escludere un alimento dalla dieta solo per la presenza di IgE specifiche

Per la diagnosi di allergia alimentare è fondamentale raccogliere un'approfondita e corretta storia clinica, dalla quale deve emergere un quadro compatibile con allergia alimentare e un

rapporto temporale tra l'introduzione dell'alimento e la comparsa dei sintomi. Se questi criteri sono soddisfatti, è utile eseguire dei test diagnostici.

Eeguire come primo test diagnostico gli Skin Prick Test (SPT) nei confronti degli alimenti sospettati sulla base della storia clinica e/o più frequentemente correlati a quella storia. Gli SPT costano molto meno dei test sierologici o molecolari e sono affidabili in mani esperte. Una corretta diagnosi di allergia alimentare comunque prevede un test di provocazione orale.

Non eseguire i test diagnostici molecolari, indagini di secondo livello, se non si possiedono competenze allergologiche.

### Bibliografia di riferimento

- Boyce et al. J Allergy Clin Immunol 2010;126:1105.
- Burks et al. J Allergy Clin Immunol 2012;129:906.
- Heinzerling et al. Clin Transl Allergy 2013;3:3.





### 3 In caso di sospetta allergia alimentare **NON** eseguire test privi di validazione scientifica

Per la diagnosi di allergia alimentare sono in commercio test diagnostici per i quali non è sufficientemente dimostrata l'efficacia diagnostica o, peggio, è stata già dimostrata l'inefficacia diagnostica.

Rientrano tra questi test inutili:

- Il test citotossico o test di Bryan;
- Il test di provocazione e neutralizzazione sublinguale o intradermico;
- La Kinesiologia applicata;
- Il test del riflesso cardio-auricolare;
- Il Pulse test;
- Il test elettrotermico o Elettroagopuntura secondo Voll;
- Il Vega Test;
- Il Sarmtest;
- Il Biostrenght test e varianti;
- La biorisonanza;
- L'analisi del capello (Hair analysis);
- Il Natrrix o FIT 184 Test.

#### Bibliografia di riferimento

Boyce et al. J Allergy Clin Immunol 2010;126:1105.

Walsh e O'Flynn. Br J Gen Pract 2011;61:588.

Kattan et al. Curr Allergy Asthma Rep 2013;13:58.



## Test privi di validità scientifica

# Allergie'e'Intolleranze'Alimentari'

## Documento'Condiviso'



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri



Società Italiana di  
Allergologia, Asma ed  
Immunologia Clinica



Associazione Allergologi Immunologi  
Territoriali e Ospedalieri



Società Italiana  
di Allergologia e Immunologia Pediatrica

Tabella 8.1 Principali test complementari e alternativi privi di validità per la diagnosi di allergia e intolleranza alimentare.

	TEST IN VIVO	TEST IN VITRO
NOME DELLA METODICA	provocazione-neutralizzazione intradermica/sublinguale	test citotossico
	kinesiologia applicata	dosaggio delle IgG 4
	test elettrodermici (Vega/Sarm/Biostrongt)	
	biorisonanza	
	Iridologia	
	Analisi Del Capello	
	Pulse Test	
	Strenght Test	
	Riflesso Cardia Auricolare	

**Allergie e'Intolleranze'Alimentari'**

## 8 **NON eseguire una dieta di eliminazione senza controllare la crescita e l'aspetto nutrizionale**

La terapia dell'allergia alimentare consiste nell'evitare l'alimento o gli alimenti responsabili della sintomatologia. Ciò è vero sia per le forme di allergia alimentare IgE-mediata che non IgE-mediata. Quando si intraprende una dieta di esclusione, anche per un solo alimento

o gruppo alimentare, devono essere date corrette indicazioni nutrizionali, al fine di assicurare innanzitutto un adeguato apporto calorico, oltre che di macro e di micronutrienti. È indispensabile un idoneo follow-up, con l'obiettivo di valutare la "compliance" alla dieta, individuare precocemente i deficit nutrizionali e verificare che l'accrescimento sia regolare.

### **Bibliografia di riferimento**

Burks et al. Pediatrics 2011;128:955.

Walsh et al. Br J Gen Pract 2011;61:473.

Burks et al. J Allergy Clin Immunol 2012;129:906.

Giovannini et al. Ital J Pediatr 2014;40:1.

REVIEW

Open Access

# Nutritional management and follow up of infants and children with food allergy: Italian Society of Pediatric Nutrition/Italian Society of Pediatric Allergy and Immunology Task Force Position Statement

Marcello Giovannini<sup>1</sup>, Enza D'Auria<sup>1\*</sup>, Carlo Caffarelli<sup>2</sup>, Elvira Verduci<sup>1</sup>, Salvatore Barberi<sup>1</sup>, Luciana Indinnimeo<sup>3</sup>, Iride Dello Iacono<sup>4</sup>, Alberto Martelli<sup>5</sup>, Enrica Riva<sup>1</sup> and Roberto Bernardini<sup>6</sup>

## Abstract

Although the guidelines on the diagnosis and treatment of food allergy recognize the role of nutrition, there is few literature on the practical issues concerning the nutritional management of children with food allergies. This Consensus Position Statement focuses on the nutritional management and follow-up of infants and children with food allergy.

It provides practical advices for the management of children on exclusion diet and it represents an evidence-based consensus on nutritional intervention and follow-up of infants and children with food allergy.

Children with food allergies have poor growth compared to non-affected subjects directly proportional to the quantity of foods excluded and the duration of the diet. Nutritional intervention, if properly planned and properly monitored, has proven to be an effective mean to substantiate a recovery in growth.

Nutritional intervention depends on the subject's nutritional status at the time of the diagnosis.

The assessment of the nutritional status of children with food allergies should follow a diagnostic pathway that involves a series of successive steps, beginning from the collection of a detailed diet-history.

It is essential that children following an exclusion diet are followed up regularly.

The periodic re-evaluation of the child is needed to assess the nutritional needs, changing with the age, and the compliance to the diet.

The follow-up plan should be established on the basis of the age of the child and following the growth pattern.

**Keywords:** Food allergy, Nutritional status, Dietary intake, Cow's milk allergy, Follow-up

## 9 **NON protrarre la dieta di eliminazione senza valutare periodicamente l'eventuale acquisizione della tolleranza**

La storia naturale delle allergie alimentari varia in relazione al tipo di manifestazione clinica IgE e non IgE-mediata ed ai vari alimenti. Per l'allergia alle proteine del latte vaccino IgE-mediata diversi studi hanno dimostrato che all'età di 3 anni il

75% dei bambini ha acquisito la tolleranza. Il raggiungimento della tolleranza è più tardivo e talora assente per altri alimenti quali crostacei e frutta secca È necessario saggiare l'eventuale superamento dell'allergia alimentare attraverso l'esecuzione periodica del test di provocazione orale (TPO) in ambiente protetto. La persistenza di test cutanei e/o di IgE specifiche positive per un dato alimento non implica la permanenza dell'allergia. Non continuare la dieta, pur se ha determinato un miglioramento dello score clinico di una dermatite atopica moderata/grave, senza confermare la diagnosi di allergia alimentare con un TPO.

### Bibliografia di riferimento

- Bath-Hextall et al. Allergy 2009;64:258.
- Boyce et al. J Allergy Clin Immunol 2010;126:1105.
- Schneider et al. J Allergy Clin Immunol 2012;131:2.
- Fleischer et al. J Pediatr 2011;158:578.e1.

# Le scelte sbagliate in allergologia

Vaccinazioni

Allergia Alimentare

**Dermatite atopica**

Orticaria acuta

Rinite allergica

Immunoterapia specifica

Asma bronchiale

Allergia a farmaci

Prevenzione nei bambini a rischio (3 aspetti)

Razionale per evitare le "scelte sbagliate in allergologia"

Conclusioni



OSPEDALE SACRO CUORE DI GESÙ  
FATEBENEFRAELLI

9° CORSO di  
ALLERGOLOGIA ed  
IMMUNOLOGIA PEDIATRICA  
...verso il futuro

Presidente  
Iride Dello Iacono

Responsabili Scientifici  
Antonella Casani  
Carmen Verga

15-16 GENNAIO 2016  
Centro Congressi Fra Pietro Maria de Giovanni o.h.  
Ospedale Sacro Cuore di Gesù Fatebenefratelli  
BENEVENTO

**11**

**Nei bambini con dermatite atopica favorire l'allattamento al seno (senza dieta materna) per i primi sei mesi di vita**

Le evidenze riguardo all'efficacia della dieta di eliminazione materna non sono sufficienti per consigliare questo tipo di approccio nei bambini con dermatite atopica allattati al seno. La sensibilizzazione ad allergeni alimentari, quando

presente, compare solitamente dopo le lesioni cutanee, per cui appare sempre meno accreditato il ruolo causale dell'allergia nella dermatite atopica. Gli allergeni alimentari possono agire da fattori "trigger" per la dermatite atopica, ma la decisione di sottoporre il paziente a test diagnostici per allergia alimentare deve essere presa solo in caso di mancata risposta ad una ottimale terapia topica e/o in caso di storia suggestiva di reazione allergica in seguito all'ingestione di un alimento.

### **Bibliografia di riferimento**

- Kramer et al. Cochrane Database Syst Rev 2006;(3):CD000133.  
Lack et al. J Allergy Clin Immunol 2008;121:1331.  
Maiello et al. RIAP 2011;25(5):2 [www.riap.it].

# 12

**Nei bambini con dermatite atopica considerare gli emollienti come il presidio base ma non aver paura di utilizzare lo steroide topico ai primi segni di ricaduta**

La terapia topica emolliente (idratanti e detergenti) rappresenta il presidio più utile nella gestione quotidiana della dermatite atopica. Utilizzare creme e detergenti specificamente costituiti, allo scopo di preservare e ripristinare la barriera cutanea e agire sulla sua secchezza,

alleviando il prurito. Scegliere con cura i prodotti da utilizzare poiché i comuni detergenti in commercio possono contenere sostanze che possono indurre allergia da contatto o causare irritazione e peggioramento del quadro cutaneo. Preferire composti privi di allergeni proteici, e consigliare, tra quelli disponibili, il prodotto migliore e tollerato dal paziente.

Nella scelta del corticosteroide tenere in considerazione la potenza del farmaco, la sede da trattare e la sua estensione. Se utilizzati correttamente, alle dosi e per i tempi prescritti, gli effetti collaterali dei corticosteroidi topici sono irrilevanti rispetto ai benefici. L'utilizzo dello steroide ai primi segni di ricaduta è a lungo termine una strategia sicura ed efficace nel prevenire le riacutizzazioni delle lesioni e la loro intensità. La "corticofobia" rappresenta la causa più importante del cattivo, o comunque sub-ottimale, trattamento della dermatite atopica. È opportuno educare i genitori al corretto utilizzo dei corticosteroidi topici ed evitare di diffondere la cosiddetta "corticofobia".

## Bibliografia di riferimento

Boussault et al. Allergy 2007;62:1251.

Hong et al. Pediatr Dermatol 2011;28:393-6.

Maiello et al. RIAP 2011;25(5):2.[www.riap.it].



# Consensus Conference Italiana "La gestione clinica della dermatite atopica in età pediatrica": documento SIAIP-SIDerP. RIAP: Suppl 2-2015; pag 1-43.

Tabella I. Caratteristiche dei principali emollienti.

	Prodotto	Azione
• Emollienti di I generazione	Vaselina, olio di paraffina, alcoli grassi, polimeri idrofili (collagene, ac. ialuronico, chitosano, polisaccaridi gelificanti)	Igroscopica ed occlusiva
• Emollienti di II generazione	Glicerolo, sorbitolo, sostituti NMF (Natural Moisturizing Factor), derivati dell'acido pirrolidone carbossilico, urea (5-10%), acido lattico, lattato di ammonio	Ripristino dell'idratazione e funzione barriera
• Emollienti di III generazione	Lipidi fisiologici: ceramidi, colesterolo, ac. grassi polinsaturi	<i>Barrier repair therapy</i>

## Box riassuntivo

### Detersione

- Le linee guida suggeriscono l'utilizzo di lavaggi di breve durata in acqua tiepida, con detergenti delicati, il più possibile poveri o privi di conservanti e/o profumi.
- Effettuare una asciugatura delicata con panni non ruvidi.
- In caso di sovrainfezione batterica sono stati suggeriti bagni con ipoclorito di sodio diluito.

### Idratazione

- Gli emollienti rappresentano la terapia di base della DA.
- Si deve scegliere la formulazione più adeguata e vanno applicati in quantità sufficiente in funzione dell'entità della xerosi, delle condizioni climatiche, delle attività sportive sull'intera superficie cutanea da una a più volte al giorno, soprattutto in fase di remissione della malattia.
- L'applicazione costante previene i *flares* e diminuisce l'uso di steroidi topici.

**Tabella II.** Suddivisione dei CST in 4 gruppi in base alla potenza (da Patrizi e Gurioli<sup>54</sup>).

Poco potenti	Moderatamente potenti	Potenti	Molto potenti
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idrocortisone</li> <li>• Idrocortisone acetato</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aclometasone dipropionato</li> <li>• Clobetasolo butirrato</li> <li>• Desametasone sodio fosfato</li> <li>• Desametasone valerato</li> <li>• Desonide</li> <li>• Fluocortinbutilestere</li> <li>• Idrocortisone butirrato</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beclometasone dipropionato</li> <li>• Betametasone benzoato, dipropionato e valerato</li> <li>• Budesonide</li> <li>• Desossimetazone</li> <li>• Diflucortolone valerato</li> <li>• Diflucortolone valerianato</li> <li>• Fluocinolone acetonide</li> <li>• Fluocinonide</li> <li>• Fluocortolone</li> <li>• Fluocortolone caproato</li> <li>• Fluticasone propionato</li> <li>• Metilprednisolone aceponato</li> <li>• Mometasone furoato</li> <li>• Prednicarbato</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcinonide</li> <li>• Clobetasolo propionato</li> </ul>
Gruppo I	Gruppo II	Gruppo III	Gruppo IV

**Tabella III.** Scelta della formulazione del CST in funzione della forma e sede della DA.

Forma di eczema	Formulazione del CST
Eritema secco	Crema/Latte
Eritema lichenificato	Unguento
Eritema essudante	Lozione/crema
Zone pilifere	Lozione/schiuma/gel

**RIAP: Suppl 2-2015; pag 1-43.**

# Le scelte sbagliate in allergologia

Vaccinazioni

Allergia Alimentare

Dermatite atopica

**Orticaria acuta**

Rinite allergica

Immunoterapia specifica

Asma bronchiale

Allergia a farmaci

Prevenzione nei bambini a rischio (3 aspetti)

Razionale per evitare le "scelte sbagliate in allergologia"

Conclusioni

OSPEDALE SACRO CUORE DI GESÙ  
FATEBENEFRATELLI

9° CORSO di  
ALLERGOLOGIA ed  
IMMUNOLOGIA PEDIATRICA  
...verso il futuro

Presidente  
Iride Dello Iacono

Responsabili Scientifici  
Antonella Casani  
Carmen Verga

15-16 GENNAIO 2016  
Centro Congressi Fra Pietro Maria de Giovanni o.h.  
Ospedale Sacro Cuore di Gesù Fatebenefratelli  
BENEVENTO

## 4 In bambini affetti da orticaria acuta **NON** eseguire di routine test allergologici

La diagnosi di orticaria acuta è fondamentalmente clinica e le infezioni (in particolare virali) ne rappresentano nel bambino la causa più comune. Nell'orticaria "allergica" è presente uno stretto rapporto temporale causa/effetto (di norma minuti, massimo poche ore) tra l'ingestione dell'alimento, o altro allergene e l'eruzione orticarioide.

Eliminando la causa scatenante, l'orticaria allergica recede sempre in tempi brevi (2-3 ore al massimo) anche se non trattata. Nel sospetto di orticaria allergica l'iter diagnostico si fonda sull'anamnesi finalizzata all'attenta ricerca degli eventuali fattori scatenanti. Anche con un fondato sospetto di allergia alimentare le indagini di laboratorio non sono indicate ed è più conveniente limitarsi al test cutaneo con estratto del commercio (SPT) o con alimento fresco (prick to prick).

### Bibliografia di riferimento

- Zuberbier et al. Allergy 2009;64:1417.
- Capra et al. RIAP 2012;26(5-6):19 [www.riap.it].
- Zuberbier et al. World Allergy Organ J 2012: S1.

# Le scelte sbagliate in allergologia

Vaccinazioni

Allergia Alimentare

Dermatite atopica

Orticaria acuta

**Rinite allergica**

Immunoterapia specifica

Asma bronchiale

Allergia a farmaci

Prevenzione nei bambini a rischio (3 aspetti)

Razionale per evitare le "scelte sbagliate in allergologia"

Conclusioni



OSPEDALE SACRO CUORE DI GESÙ  
FATEBENEFRAATELLI

9° CORSO di  
ALLERGOLOGIA ed  
IMMUNOLOGIA PEDIATRICA  
...verso il futuro

Presidente  
Iride Dello Iacono

Responsabili Scientifici  
Antonella Casani  
Carmen Verga

15-16 GENNAIO 2016  
Centro Congressi Fra Pietro Maria de Giovanni o.h.  
Ospedale Sacro Cuore di Gesù Fatebenefratelli  
BENEVENTO

## **6** Nel bambino con rinite allergica **NON** ritardare la terapia appropriata e, se i sintomi non sono controllati, utilizzare anche steroidi nasali e immunoterapia specifica

Se con i farmaci antistaminici la frequenza, l'intensità e la tipologia dei sintomi nasali non sono ben controllati (condizioni che possono avere effetti permanenti sullo sviluppo delle strutture del massiccio facciale del bambino e condizionarne negativamente la re-

spirazione e il sonno) è opportuno ricorrere a trattamenti di maggiore efficacia. Gli steroidi nasali possono essere utilizzati in sicurezza dai tre anni di età e rappresentano i farmaci con maggiore effetto sui sintomi, in particolare l'ostruzione nasale. Un miglior controllo dei sintomi nasali garantisce anche un miglior controllo dei sintomi asmatici e può prevenirne l'insorgenza. L'immunoterapia specifica (ITS), se opportunamente prescritta dal pediatra allergologo, oltre a permettere un buon controllo dei sintomi, è l'unica terapia in grado di influire sulla storia naturale della patologia allergica potendo ridurre la comparsa di altre sensibilizzazioni allergiche e prevenire l'evoluzione di un'allergia respiratoria da isolata rinite allergica ad asma bronchiale.

### **Bibliografia di riferimento**

Rachelefsky et al. JAMA Pediatr 2013;167:380.

Larenas-Linnemann et al. Ann Allergy Asthma Immunol 2013;110:402.

# Le scelte sbagliate in allergologia

Vaccinazioni

Allergia Alimentare

Dermatite atopica

Orticaria acuta

Rinite allergica

**Immunoterapia specifica**

Asma bronchiale

Allergia a farmaci

Prevenzione nei bambini a rischio (3 aspetti)

Razionale per evitare le "scelte sbagliate in allergologia"

Conclusioni

OSPEDALE SACRO CUORE DI GESÙ  
FATEBENEFRAELLI

9° CORSO di  
ALLERGOLOGIA ed  
IMMUNOLOGIA PEDIATRICA  
*...verso il futuro*

Presidente  
Iride Dello Iacono

Responsabili Scientifici  
Antonella Casani  
Carmen Verga

15-16 GENNAIO 2016  
Centro Congressi Fra Pietro Maria de Giovanni o.h.  
Ospedale Sacro Cuore di Gesù Fatebenefratelli  
BENEVENTO

# 10 **NON prescrivere l'immunoterapia allergene specifica nel paziente con asma non controllato o precedenti di Anafilassi con l'immunoterapia specifica**

Verificare in caso di eventi avversi severi causati dall'immunoterapia sottocutanea (SCIT), la possibilità di sostituire la via di somministrazione sottocutanea con la via di somministrazione sublinguale (SLIT). È opportuno procedere con cautela anche quando i pazienti con

precedente asma ben controllata presentano esacerbazioni e riacutizzazioni della malattia, soprattutto se temporalmente ravvicinate rispetto alla somministrazione dell'immunoterapia. Nei soggetti poco o non collaboranti di qualsiasi età verificare sempre l'aderenza al trattamento con visite di controllo periodiche presso il centro di riferimento o dal medico specialista che ha effettuato la prescrizione. Non assumere la SLIT in vicinanza delle pratiche d'igiene orale o in caso di stomatite o interventi odontoiatrici. In caso d'igiene orale si consiglia di differirne l'assunzione durante la giornata. Nella gestione dell'ITS è importante discutere con il paziente e la sua famiglia sui possibili effetti collaterali anche se lievi o moderati, con l'obiettivo di migliorare l'aderenza al trattamento. Non iniziare la SCIT per allergeni stagionali durante la stagione dei pollini, in quanto l'incremento graduale delle dosi potrebbe causare effetti indesiderati gravi. Iniziare il trattamento con la SLIT sotto stretto controllo medico, possibilmente praticando le prime dosi in ambiente protetto. Per i pazienti sottoposti all'ITS per gli allergeni stagionali, verificare sempre, in primavera durante la massima concentrazione di pollini nell'aria, la possibilità di ridurre temporaneamente la dose del vaccino di mantenimento, somministrato per via sottocutanea o per via sublinguale.

## **Bibliografia di riferimento**

- Zubierber et al. Allergy 2010;65:1525.
- Allam and Novak. Curr Op Allergy Clin Immunol 2011;11:571.
- Calderon et al. Allergy 2012;67:302.
- Pajno et al. Allergy Asthma Proc 2013;34:523.



# Immunoterapia con allergeni (AIT): Consensus della Società Italiana di Allergologia e Immunologia Pediatrica (SIAIP) per la pratica clinica in pediatria

## *Estensori:*

Giovanni B. Pajno<sup>1</sup>, Roberto Bernardini<sup>2</sup>, Luigi Terracciano<sup>3</sup>, Marzia Duse<sup>4</sup>,  
Luciana Indinnimeo<sup>4</sup>, Elisabetta Calamelli<sup>5</sup>, Lucia Caminiti<sup>1</sup>, Pasquale Comberiatì<sup>6</sup>,  
Arianna Dondi<sup>7</sup>, Paolo Maria Matricardi<sup>8</sup>, Michele Miraglia del Giudice<sup>9</sup>,  
Antonella Muraro<sup>10</sup>, Giovanni Passalacqua<sup>11</sup>, Diego Peroni<sup>12</sup>, Giampaolo Ricci<sup>5</sup>,  
Salvatore Barberi<sup>13</sup>

## *Approvato dal Gruppo di Lavoro AIT della SIAIP:*

Sergio Arrigoni<sup>3</sup>, Giuseppe Baviera<sup>14</sup>, Attilio Boner<sup>6</sup>, Carlo Caffarelli<sup>15</sup>,  
Angelo Capristo<sup>16</sup>, Carlo Capristo<sup>9</sup>, Mauro Calvani<sup>17</sup>, Luigi Calzone<sup>18</sup>,  
Fernanda Chiera<sup>1</sup>, Claudio Cravidi<sup>19</sup>, Giuseppe Crisafulli<sup>1</sup>, Giovanna De Castro<sup>4</sup>,  
Monica De Simone<sup>20</sup>, Elena Galli<sup>21</sup>, Francesco Guglielmo<sup>22</sup>, Iride dello Iacono<sup>23</sup>,  
Stefania La Grutta<sup>24</sup>, Massimo Landi<sup>25</sup>, Nunzia Maiello<sup>9</sup>, Gianluigi Marseglia<sup>26</sup>,  
Alberto Martelli<sup>27</sup>, Paolo Meglio<sup>14</sup>, Domenico Minasi<sup>28</sup>, Girolamo Panasci<sup>29</sup>,  
Francesco Paravati<sup>30</sup>, Umberto Pelosi<sup>31</sup>, Giuseppe Pingitore<sup>32</sup>, Guglielmo Scala<sup>33</sup>,  
Mariangela Tosca<sup>34</sup>, Salvatore Tripodi<sup>35</sup>, Maria Carmen Verga<sup>36</sup>

<sup>1</sup> Clinica Pediatrica, Università di Messina; <sup>2</sup> UOC Pediatria, Nuovo Ospedale "S. Giuseppe", Empoli; <sup>3</sup> Dipartimento Materno Infantile Az. Ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico, Milano; <sup>4</sup> Dipartimento di Pediatria e Neuropsichiatria Infantile, Sapienza Università di Roma; <sup>5</sup> Clinica Pediatrica, Università di Bologna; <sup>6</sup> Clinica Pediatrica, Università di Verona; <sup>7</sup> AUSL Modena, Ospedale "Ramazzini, Carpi"; <sup>8</sup> Klinik für Pädiatrie mit Schwerpunkt Pneumologie und Immunologie, Campus Virchow-Klinikum Charité, Universitätsmedizin Berlin; <sup>9</sup> Dipartimento della Donna, del Bambino e di Chirurgia Generale e Specialistica, Il Università di Napoli; <sup>10</sup> Dipartimento di Pediatria, Università di Padova; <sup>11</sup> Clinica di Malattie dell'Apparato Respiratorio e Allergologia IRCCS San Martino-IST, Università di Genova; <sup>12</sup> Clinica Pediatrica, Università di Ferrara; <sup>13</sup> Clinica Pediatrica Azienda Ospedaliera "San Paolo", Università di Milano; <sup>14</sup> Pediatra di Libera Scelta, AUSL Roma C; <sup>15</sup> Clinica Pediatrica, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Parma; <sup>16</sup> Professore di Pediatria, Università di Napoli; <sup>17</sup> UOC di Pediatria ed Ematologia Pediatrica Azienda Ospedaliera "S. Camillo Forlanini", Roma; <sup>18</sup> UO di Pediatria, Ospedale di Vaio, AUSL di Parma; <sup>19</sup> Pediatra di Libera Scelta, ASL Pavia; <sup>20</sup> Federasma e Allergie ONLUS - Federazione Italiana Pazienti; <sup>21</sup> UOS Immuno-Allergologia dell'Età Evolutiva, Ospedale San Pietro - Fatebenefratelli, Roma; <sup>22</sup> Pediatra di Libera Scelta, Enna; <sup>23</sup> UOS di Pediatria Ospedale Sacro Cuore di Gesù Fatebenefratelli di Benevento; <sup>24</sup> Istituto di Biomedicina ed Immunologia Molecolare "A. Monroy", CNR di Palermo; <sup>25</sup> Pediatra di Libera Scelta, ASL 1 Torino, Distretto 9; <sup>26</sup> Dipartimento di Scienze Clinico-Chirurgiche, Diagnostiche e Pediatriche Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Università di Pavia; <sup>27</sup> UOC Pediatria, Azienda Ospedaliera Guido Salvini, Garbagnate Milanese; <sup>28</sup> UOC Pediatria, Ospedale "Santa Maria degli Ungheresi", Polistena; <sup>29</sup> Ospedale dei Bambini, Palermo; <sup>30</sup> UOC Pediatria, Neonatologia e TIN, Ospedale Civile "San Giovanni di Dio", Crotone; <sup>31</sup> UOC Pediatria, Azienda USL 7, Carbonia; <sup>32</sup> UOC Salute della Donna e del Bambino, Ospedale "G.B. Grassi", ASL Roma D; <sup>33</sup> UOSD Allergologia, Ospedale Loreto Crispi, Napoli; <sup>34</sup> UOC Pediatria ad indirizzo Pneumologico ed Allergologico, Istituto "Giannina Gaslini", Genova; <sup>35</sup> UOC Pediatria, Ospedale "Sandro Pertini", Roma; <sup>36</sup> Pediatra di Libera Scelta, ASL Salerno

## Tab. I. Classificazione delle evidenze di efficacia per l'AIT.

### CATEGORIE DI EVIDENZA

- Ia Prove ottenute dalle meta-analisi e da più studi clinici controllati e randomizzati
- Ib Prove ottenute da almeno uno studio controllato e randomizzato
- IIa Prove ottenute da almeno uno studio controllato senza randomizzazione
- IIb Prove ottenute da almeno uno studio sperimentale
- III Prove ottenute da studi descrittivi non sperimentali, come studi comparativi, studi di correlazione, studi caso-controllo, studi retrospettivi
- IV Prove basate sull'opinione di esperti o di comitati di esperti, o di autorità regolatorie

### FORZA DELLE RACCOMANDAZIONI

- A. Direttamente basata sulle categorie di evidenza I.  
L'esecuzione di un particolare intervento terapeutico è fortemente raccomandata
- B. Direttamente basata sulla categoria II di evidenza oppure estrapolata dalla categoria I.  
L'esecuzione di un particolare intervento terapeutico deve essere attentamente considerato
- C. Direttamente basata sulla categoria III e IV o estrapolata dalle categorie di livello superiore.  
Esiste una sostanziale incertezza a favore o contro l'esecuzione di un particolare intervento terapeutico

## 2.1. L'AIT per trattamento delle allergie respiratorie: asma e rinite

### Conclusioni:

**il livello di evidenza della SCIT in età pediatrica è Ia  
il livello di evidenza della SLIT in età pediatrica è Ia.**

### Raccomandazione 1:

**L'AIT deve essere considerata per i pazienti in età pediatrica con rinocongiuntivite e/o asma lieve/moderata con una dimostrabile evidenza di allergia IgE mediata causata da allergeni clinicamente rilevanti. La decisione per il trattamento dipende da alcuni fattori: gravità della malattia allergica, accettazione e aderenza, risposta alle misure di prevenzione ambientale.**

**L'AIT si esegue, in Italia, principalmente per acari, graminacee, cipresso, olivo, ambrosia, parietaria, betulla e gatto.**

**Per questi principali allergeni sono disponibili prodotti iniettivi sottocutanei, in gocce e in compresse, con allergeni nativi e allergoidi.**

**Per le graminacee attualmente sono anche disponibili prodotti registrati con AIC.**

**L'AIT è complementare alla farmacoterapia.**



## 2.1. L'AIT per trattamento delle allergie respiratorie: asma e rinite

### Sicurezza ed efficacia

#### Raccomandazione 2:

**L'AIT in età pediatrica è efficace e ben tollerata. Nella pratica clinica la conduzione è differente per gli allergeni perenni (acari) e per i pollini. L'AIT, quando indicata, può essere iniziata anche in età prescolare con indicazioni simili a quelle stabilite per i bambini più grandi.**

### Effetti preventivi a lungo termine

**Conclusioni: il livello di evidenza è IIa**

#### Raccomandazione 3:

**Attualmente, seppur con limiti metodologici, gli studi disponibili hanno evidenziato che l'intervento terapeutico precoce con l'AIT, quando i bambini presentano una o poche sensibilizzazioni e manifestazioni respiratorie contenute, rappresenta una opzione terapeutica che può essere valutata nella pratica clinica. L'efficacia a lungo termine dopo la sospensione del trattamento può essere considerata una caratteristica specifica dell'AIT.**



# Le scelte sbagliate in allergologia

Vaccinazioni

Allergia Alimentare

Dermatite atopica

Orticaria acuta

Rinite allergica

Immunoterapia specifica

**Asma bronchiale**

Allergia a farmaci

Prevenzione nei bambini a rischio (3 aspetti)

Razionale per evitare le "scelte sbagliate in allergologia"

Conclusioni

OSPEDALE SACRO CUORE DI GESÙ  
FATEBENEFRATELLI

9° CORSO di  
ALLERGOLOGIA ed  
IMMUNOLOGIA PEDIATRICA  
...verso il futuro

Presidente  
Iride Dello Iacono

Responsabili Scientifici  
Antonella Casani  
Carmen Verga

15-16 GENNAIO 2016  
Centro Congressi Fra Pietro Maria de Giovanni o.h.  
Ospedale Sacro Cuore di Gesù Fatebenefratelli  
BENEVENTO

# 13 **NON somministrare mucolitici in bambini con asma bronchiale**

Nell'asma l'infiammazione, l'edema della mucosa e l'ipersecrezione di muco aumentano il restringimento del lume bronchiale con formazione di tappi di muco che peggiorano l'ostruzione bronchiale.

I mucolitici sono una classe di farmaci che riducono la viscosità del muco

con lo scopo di renderlo più fluido e facilitarne l'eliminazione. Studi condotti sull'efficacia dei mucolitici nelle esacerbazioni asmatiche e nella terapia di fondo dell'asma ne hanno dimostrato l'inutilità e la possibilità di effetti collaterali pericolosi: in ogni caso gli studi condotti sono insufficienti. Le più importanti linee guida (GINA, ATS, BTS) internazionali non includono i mucolitici nel "management" del bambino con asma bronchiale. I mucolitici sono inoltre controindicati sotto i due anni d'età per il rischio di un peggioramento consistente della difficoltà respiratoria da difficoltoso drenaggio bronchiale. Un'azione mucoregolatrice è invece esercitata dall'ipratropium bromuro (attraverso una riduzione della secrezione ghiandolare), dai corticosteroidi (agendo sull'infiammazione limitano la produzione di muco) e dai  $\beta_2$  agonisti (favoriscono l'eliminazione del muco attraverso un aumento della clearance muco ciliare).

## Bibliografia di riferimento

- Yuta e Baraniuk. Curr Allergy Asthma Rep 2005;5:243.
- Balsamo et al. Eur Respir Rev 2010;19:127.
- Aliyali et al. Iran J Allergy Asthma Immunol 2010;9:103.
- Tartaglia e Trotta. Medico e Bambino 2011;2:110.
- Linee Guida GINA italiane 2013 [www.ginasma.it](http://www.ginasma.it).

OSPEDALE SACRO CUORE DI GESÙ FATEBENEFRAELLI

9° CORSO di ALLERGOLOGIA ed IMMUNOLOGIA PEDIATRICA ...verso il futuro

Presidente  
Irde Dello Iacono

Responsabili Scientifici  
Antonella Gaspari  
Carmen Verga

15-16 GENNAIO 2016  
Centro Congressi Fra Pietro Maria de' Giovanni o.h.  
Ospedale Sacro Cuore di Gesù Fatebenefratelli  
BENEVENTO

# Le scelte sbagliate in allergologia

Vaccinazioni

Allergia Alimentare

Dermatite atopica

Orticaria acuta

Rinite allergica

Immunoterapia specifica

Asma bronchiale

**Allergia a farmaci**

Prevenzione nei bambini a rischio (3 aspetti)

Razionale per evitare le "scelte sbagliate in allergologia"

Conclusioni



OSPEDALE SACRO CUORE DI GESÙ  
FATEBENEFRAATELLI

9° CORSO di  
ALLERGOLOGIA ed  
IMMUNOLOGIA PEDIATRICA  
...verso il futuro

Presidente  
Iride Dello Iacono

Responsabili Scientifici  
Antonella Casani  
Carmen Verga

15-16 GENNAIO 2016  
Centro Congressi Fra Pietro Maria de Giovanni o.h.  
Ospedale Sacro Cuore di Gesù Fatebenefratelli  
BENEVENTO

## 15 **NON "etichettare" il bambino come allergico a un farmaco solo sulla base del sospetto diagnostico**

Molti bambini che presentano reazioni cutanee in seguito all'assunzione di farmaci sono spesso identificati come allergici senza eseguire specifiche indagini allergologiche. Questo comportamento è purtroppo molto

diffuso e ha come prima importante conseguenza la sovrastima delle reazioni allergiche a farmaci nel bambino.

È presente un'ampia difformità tra la prevalenza di reazioni allergiche a farmaci riportate dai genitori (che varia dal 10 al 20%) e quella di reazioni allergiche effettivamente dimostrate (0,7-1% dei casi).

I farmaci usati in alternativa a quello sospetto sono spesso più costosi, più tossici, non sono di prima scelta per molte patologie e nel caso degli antibiotici, possono aumentare il rischio di resistenze o andrebbero riservati ai casi di germe pluriresistente.

Per tali motivi è sempre necessario in caso di sospetta reazione allergica da farmaci rivolgersi ai centri di allergologia pediatrica per i necessari consigli e per la realizzazione delle procedure diagnostiche che possono confermare o meno tale sospetto.

### **Bibliografia di riferimento**

Rubio et al. Clin Exp Allergy 2011;42:123.



# Le scelte sbagliate in allergologia

Vaccinazioni

Allergia Alimentare

Dermatite atopica

Orticaria acuta

Rinite allergica

Immunoterapia specifica

Asma bronchiale

Allergia a farmaci

**Prevenzione nei bambini a rischio (3 aspetti)**

Razionale per evitare le "scelte sbagliate in allergologia"

Conclusioni



OSPEDALE SACRO CUORE DI GESÙ  
FATEBENEFRAATELLI

9° CORSO di  
ALLERGOLOGIA ed  
IMMUNOLOGIA PEDIATRICA  
...verso il futuro

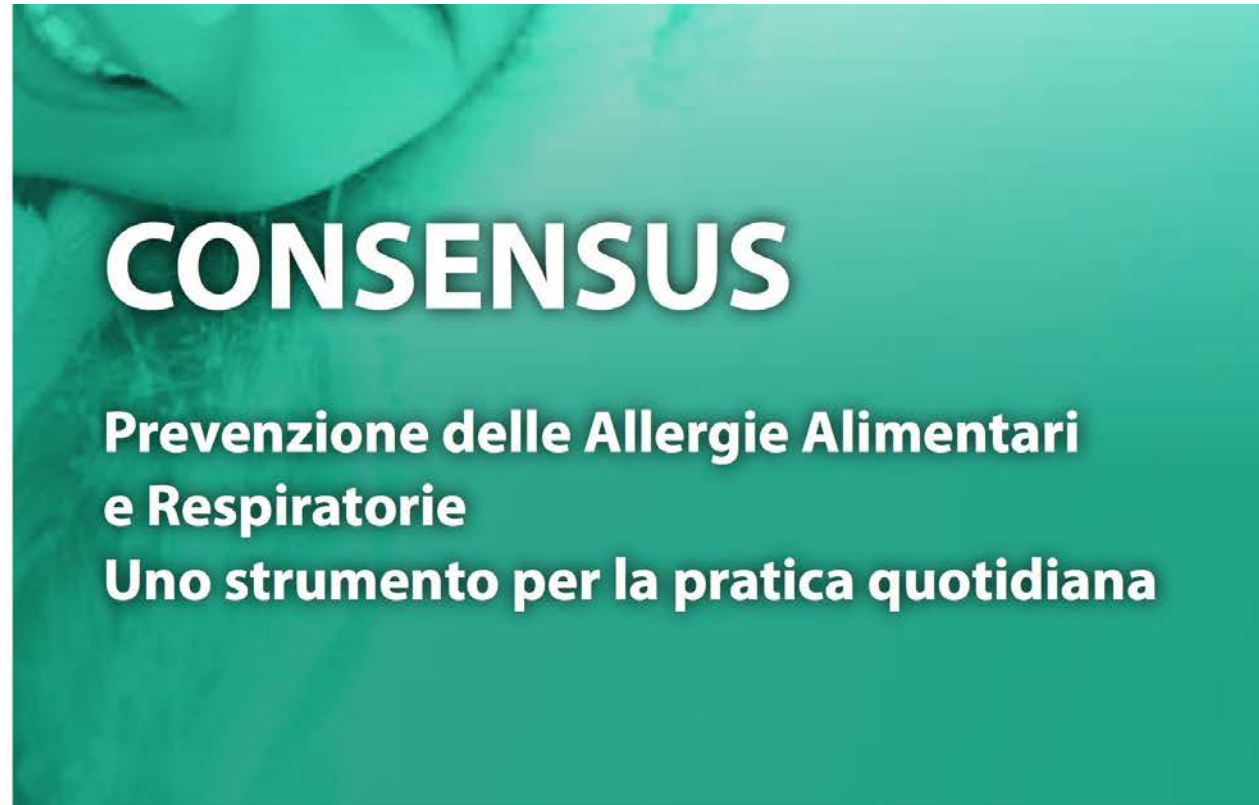
Presidente  
Iride Dello Iacono

Responsabili Scientifici  
Antonella Casani  
Carmen Verga

15-16 GENNAIO 2016  
Centro Congressi Fra Pietro Maria de Giovanni o.h.  
Ospedale Sacro Cuore di Gesù Fatebenefratelli  
BENEVENTO

# CONSENSUS 2014

**Prevenzione delle Allergie Alimentari e Respiratorie  
Uno strumento per la pratica quotidiana**



**Bambino a rischio di malattia allergica:  
bambino con almeno un consanguineo di 1° grado (genitori, fratelli)  
affetto da patologia atopica.**

# 1° Aspetto

CONSENSUS

Prevenzione delle Allergie Alimentari  
e Respiratorie  
Uno strumento per la pratica quotidiana

***Quesito 3. Nei bambini a rischio, in caso di ipo/agalattia materna, si deve fare la prevenzione con formule parzialmente idrolisate (partially Hydrolyzed Formulas – pHF) vs alimento per lattanti (formula) per prevenire la malattia allergica?***

***Quesito 4. Nei bambini a rischio, in caso di ipo/agalattia materna, si deve fare la prevenzione con formule estesamente idrolisate (extensively Hydrolyzed Formulas – eHF) vs alimento per lattanti (formula) per prevenire la malattia allergica?***

**Raccomandazione: l'attenta analisi delle evidenze e la valutazione costi/benefici non consentono, attualmente, di individuare una sicura efficacia preventiva delle formule parzialmente ed estesamente idrolisate sulle malattie allergiche.**

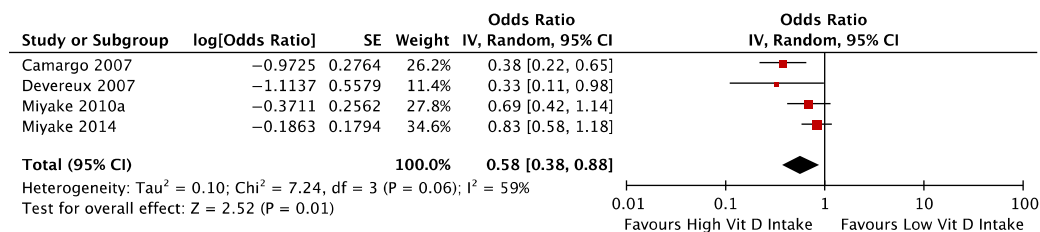
**Table 1** Summary of key evidence about prevention strategies

Strategies	Studies	% high quality	Findings about preventive effects in those at high risk	Findings for normal risk or unselected populations
Alternatives to cows' milk formula	18	44	<p>Two systematic reviews and four randomized trials found a benefit from <u>extensively hydrolyzed whey or casein formula</u>, (1, 30–33) although <u>one study found no benefit</u> (34).</p> <p>Two systematic reviews, two randomized trials, and two nonrandomized comparisons found a benefit from <u>partially hydrolyzed formula</u> compared with cows' milk formula (36–41). <u>One randomized trial and one nonrandomized study found no effect</u> (34, 35).</p> <p><u>One systematic review (36) and two randomized trials found no benefit from soy-based formula</u> (43, 44)</p>	

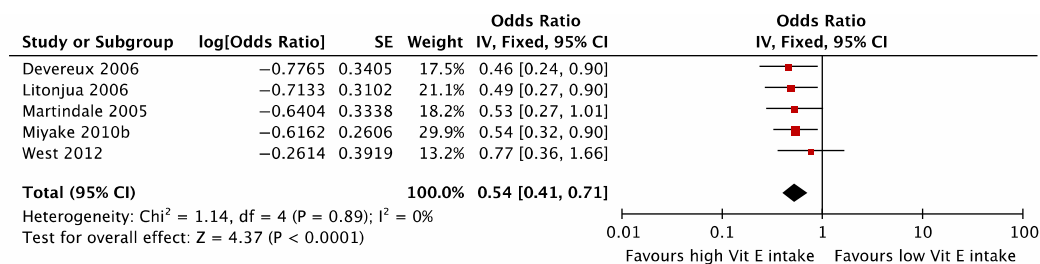
***Quesito 5. Nei bambini a rischio di malattie allergiche si deve fare la prevenzione delle malattie allergiche con alimenti funzionali vs nessun intervento?***

**Raccomandazione: non è stata dimostrata alcuna efficacia preventiva della supplementazione di acidi grassi polinsaturi e di vitamine e minerali quando somministrati al bambino e/o alla madre durante la gravidanza o durante l'allattamento sullo sviluppo delle malattie allergiche.**

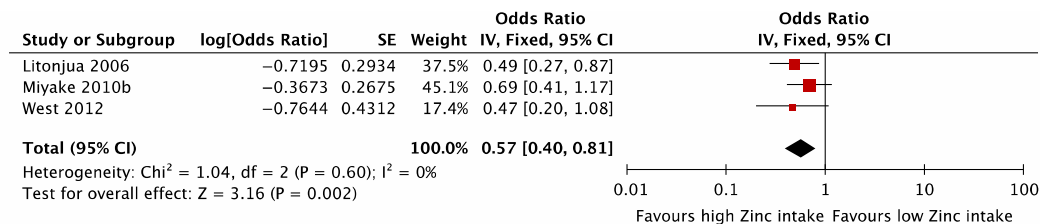
# Current evidence suggests a protective effect of maternal intake of each of three vitamins or nutrients (vitamin D, vitamin E, and zinc) against childhood wheeze but is inconclusive for an effect on asthma or other atopic conditions.



**Figure 2** Pooled difference for maternal dietary vitamin D intake during pregnancy and childhood wheeze.



**Figure 3** Pooled difference for maternal dietary vitamin E intake during pregnancy and childhood wheeze.



**Figure 4** Pooled difference for maternal dietary zinc intake during pregnancy and childhood wheeze.

# 3° Aspetto

CONSENSUS

Prevenzione delle Allergie Alimentari  
e Respiratorie  
Uno strumento per la pratica quotidiana

***Quesito 10. Dobbiamo somministrare probiotici o prebiotici (vs non somministrare) alle donne durante la gravidanza per la prevenzione delle malattie allergiche nei loro bambini?***

***Quesito 11. Dobbiamo somministrare probiotici o prebiotici (vs non somministrare) alle donne durante l'allattamento per la prevenzione delle malattie allergiche nei loro bambini?***

***Quesito 12. Dobbiamo somministrare probiotici o prebiotici (vs non somministrare) ai bambini allattati al seno (esclusivo e non) per la prevenzione delle malattie allergiche?***

**Raccomandazione:** la somministrazione di probiotici per la prevenzione dell'asma, della rinite e dell'allergia alimentare non può essere presa in considerazione per l'inefficacia dimostrata negli studi disponibili in letteratura.

**La somministrazione di probiotici nella madre in gravidanza e/o dopo la gravidanza e congiuntamente al bambino nei primi 6 mesi di vita può essere presa in considerazione come intervento per la prevenzione della dermatite atopica, anche negli infrequenti casi a prevalente trigger alimentare, in bambini a rischio. L'effetto è modesto, ma costante, negli studi disponibili in letteratura.**

**Raccomandazione:** per i prebiotici non possiamo, allo stato attuale delle conoscenze, emettere alcuna raccomandazione.

**Table 1** Summary of key evidence about prevention strategies

Strategies	Studies	% high quality	Findings about preventive effects in those at high risk	Findings for normal risk or unselected populations
<b>Antenatal strategies</b>				
Maternal diet	5	20	One systematic review (9) and two randomized trials (10, 11) found no benefit	One study with results from two cohort studies found that different aspects of maternal diet may be associated with an increased risk of food allergy. High maternal celery and citrus fruit intake increased sensitization to food in infants (16, 17)
Maternal fish oil supplements	2	50	Two randomized trials suggested a preventive effect against egg sensitization (12, 13)	
Maternal probiotic supplements	1	100	One randomized trial found a benefit for sensitization, but was inconclusive overall (15)	
<b>Strategies targeting breastfeeding mothers</b>				
Diet when breastfeeding	2	0	Two nonrandomized comparisons found no evidence of a protective effect for food allergy (20, 21)	One systematic review (23) and two randomized trials found no good evidence of a benefit (24, 25)
Probiotics when breastfeeding	1	100	One randomized trial found no protective effect (22)	
Fish oil when breastfeeding	3	67		
<b>Strategies targeting infants</b>				
Breastfeeding	11	9	One systematic review found that most studies of breastfeeding in those at high risk identified a protective benefit (1). Two cohort studies suggested no benefit and that exclusively breastfeeding may even increase the risk of food allergy (28, 29)	One systematic review (1) and three cohort studies found that breastfeeding was associated with a reduced risk of sensitization or food allergy (58–60), three cohort studies suggested an increased risk (61–63), and three cohorts found no association (64–66)



**Table 1** Summary of key evidence about prevention strategies

Strategies	Studies	% high quality	Findings about preventive effects in those at high risk	Findings for normal risk or unselected populations
Infant prebiotic supplements	2	50		<u>One systematic review</u> found insufficient evidence (67), and <u>one trial</u> found no benefits (68)
Infant probiotic supplements	7	86	<u>Four trials</u> found no evidence of a benefit (45–48)	<u>Two systematic reviews</u> (69, 70) and <u>one trial</u> (71) found no evidence of a benefit.

**NO BENEFIT!**

**POSITION ARTICLE AND GUIDELINES**

**Open Access**

# World Allergy Organization-McMaster University Guidelines for Allergic Disease Prevention (GLAD-P): Probiotics

Alessandro Fiocchi<sup>1†</sup>, Ruby Pawankar<sup>2†</sup>, Carlos Cuello-Garcia<sup>3,4</sup>, Kangmo Ahn<sup>5</sup>, Suleiman Al-Hammadi<sup>6</sup>, Arnav Agarwal<sup>3,7</sup>, Kirsten Beyer<sup>8</sup>, Wesley Burks<sup>9</sup>, Giorgio W Canonica<sup>10</sup>, Motohiro Ebisawa<sup>11</sup>, Shreyas Gandhi<sup>3,7</sup>, Rose Kamenwa<sup>12</sup>, Bee Wah Lee<sup>13</sup>, Haiqi Li<sup>14</sup>, Susan Prescott<sup>15</sup>, John J Riva<sup>16</sup>, Lanny Rosenwasser<sup>17</sup>, Hugh Sampson<sup>18</sup>, Michael Spigler<sup>19</sup>, Luigi Terracciano<sup>20</sup>, Andrea Vereda-Ortiz<sup>22</sup>, Susan Wasserman<sup>21</sup>, Juan José Yepes-Nuñez<sup>3</sup>, Jan L Brożek<sup>3,21\*</sup> and Holger J Schünemann<sup>3,21</sup>

**Results:** Currently available evidence does not indicate that probiotic supplementation reduces the risk of developing allergy in children. However, considering all critical outcomes in this context, the WAO guideline panel determined that there is a likely net benefit from using probiotics resulting primarily from prevention of eczema. The WAO guideline panel suggests **a)** using probiotics in pregnant women at high risk for having an allergic child; **b)** using probiotics in women who breastfeed infants at high risk of developing allergy; and **c)** using probiotics in infants at high risk of developing allergy. All recommendations are conditional and supported by very low quality evidence.

# Infants treated with probiotics had a significantly lower RR for eczema compared to controls (RR 0.78 [95% CI: 0.69–0.89], P = 0.0003), especially those supplemented with a mixture of probiotics (RR 0.54 [95% CI: 0.43–0.68], P < 0.00001).

No significant difference in terms of prevention of asthma (RR 0.99 [95% CI: 0.77–1.27], P = 0.95), wheezing (RR 1.02 [95% CI: 0.89–1.17], P = 0.76) or rhinoconjunctivitis (RR 0.91 [95% CI: 0.67–1.23], P = 0.53) was documented.

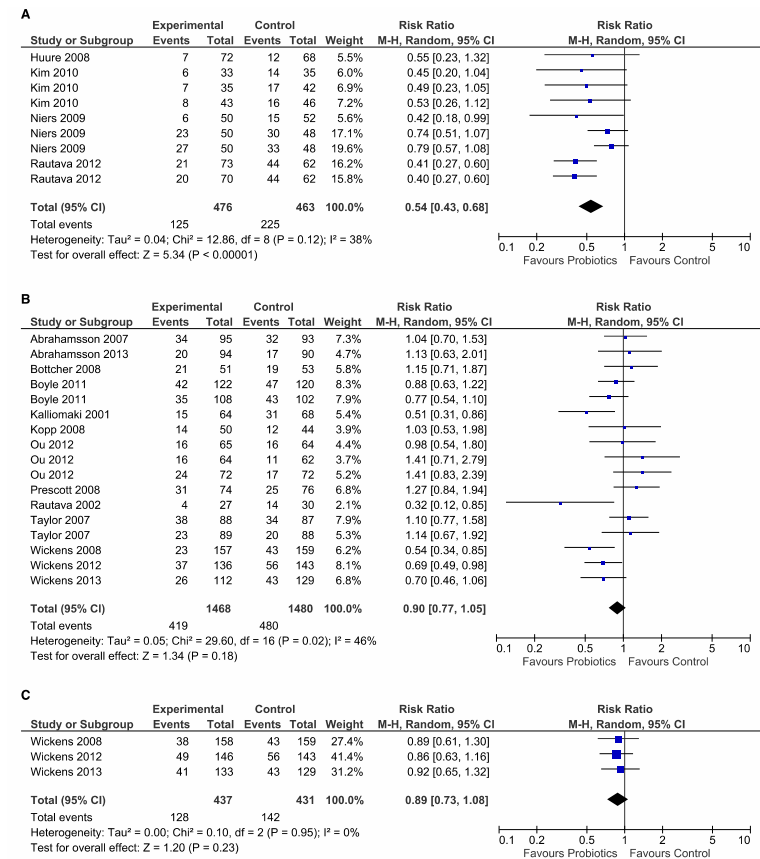
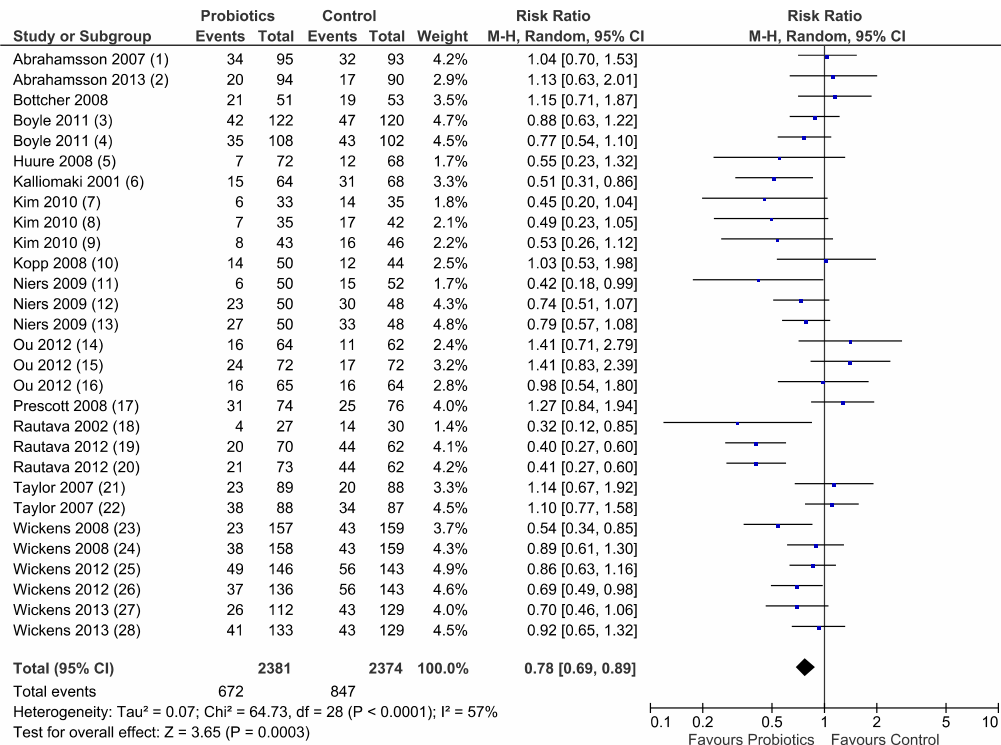


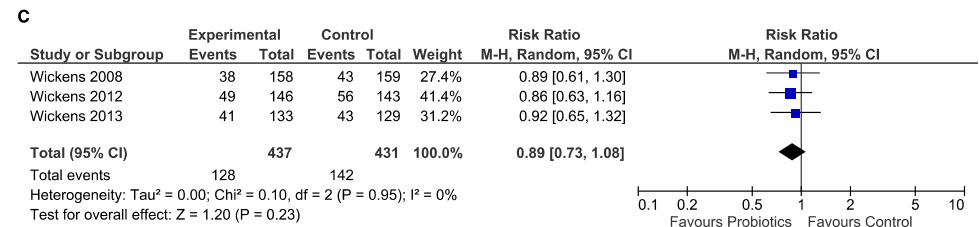
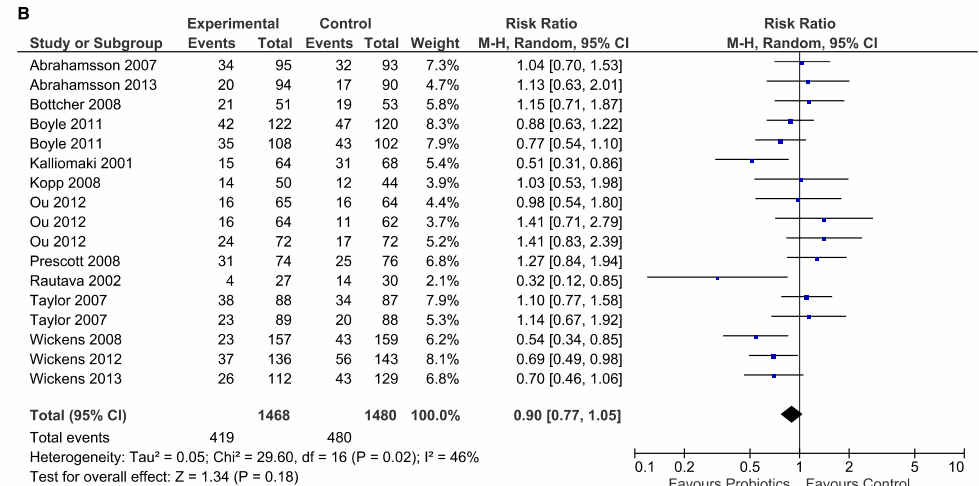
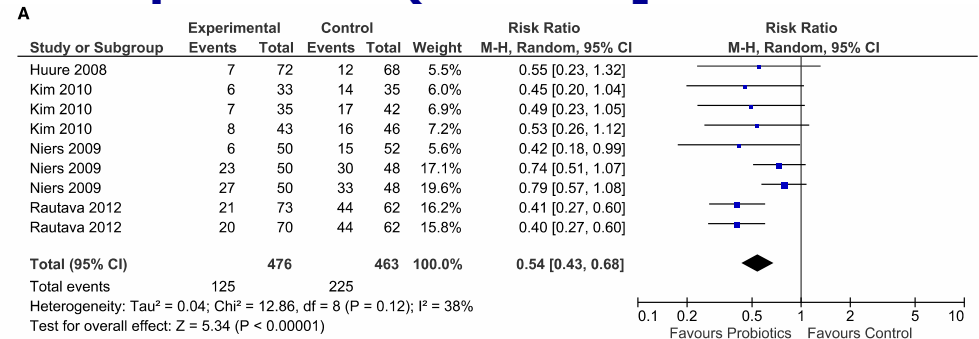
Figure 4 Forest plot showing the association between probiotics and eczema in the studies which used a probiotic mixture (A) or a single-strain probiotic product (B. *Lactobacilli*; C. *Bifidobacteria*). M-H: Mantel-Haenszel method.

Figure 2 Forest plot showing the association between probiotics and eczema. M-H: Mantel-Haenszel method.

Zuccotti G et al. Probiotics for prevention of atopic diseases in infants: systematic review and meta-analysis. Allergy 2015; 70: 1356-71.

# Infants treated with probiotics had a significantly lower RR for eczema compared to controls (RR 0.78 [95% CI: 0.69–0.89], P = 0.0003), especially those supplemented with a mixture of probiotics (RR 0.54 [95% CI: 0.43–0.68], P < 0.00001).

No significant difference in term: 0.77–1.27], P = 0.95), wheezing rhinoconjunctivitis (RR 0.91 [95% documented.



**Figure 4** Forest plot showing the association between probiotics and eczema in the studies which used a probiotic mixture (A) or a single-strain probiotic product (B. *Lactobacilli*; C. *Bifidobacteria*). M-H: Mantel-Haenszel method.

Infants treated with probiotics had a significantly lower RR for eczema compared to controls (RR 0.78 [95% CI: 0.69–0.89],  $P = 0.0003$ ), especially those supplemented with a mixture of probiotics (RR 0.54 [95% CI: 0.43–0.68],  $P < 0.00001$ ).

**No significant difference** in terms of prevention of **asthma** (RR 0.99 [95% CI: 0.77–1.27],  $P = 0.95$ ), **wheezing** (RR 1.02 [95% CI: 0.89–1.17],  $P = 0.76$ ) or **rhinoconjunctivitis** (RR 0.91 [95% CI: 0.67–1.23],  $P = 0.53$ ) was documented.

# Le scelte sbagliate in allergologia

Vaccinazioni

Allergia Alimentare

Dermatite atopica

Orticaria acuta

Rinite allergica

Immunoterapia specifica

Asma bronchiale

Allergia a farmaci

Prevenzione nei bambini a rischio (3 aspetti)

**Razionale per evitare le "scelte sbagliate in allergologia"**

Conclusioni



OSPEDALE SACRO CUORE DI GESÙ  
FATEBENEFRAATELLI

9° CORSO di  
ALLERGOLOGIA ed  
IMMUNOLOGIA PEDIATRICA  
...verso il futuro

Presidente  
Iride Dello Iacono

Responsabili Scientifici  
Antonella Casani  
Carmen Verga

15-16 GENNAIO 2016  
Centro Congressi Fra Pietro Maria de Giovanni o.h.  
Ospedale Sacro Cuore di Gesù Fatebenefratelli  
BENEVENTO

# Razionale per evitare scelte sbagliate in allergologia

**E' indispensabile fare una diagnosi corretta:**

**appropriatezza diagnostica-clinica (l'intervento giusto al paziente giusto), temporale (al momento giusto), assistenziale (nel posto giusto) e professionale (dal professionista giusto), rafforzando e promuovendo l'approccio "evidence-based".**

**In questa direzione la SIAIP ha realizzato un percorso specifico (sito SIAIP):**

- 1) Presentazione del progetto,**
- 2) Regolamento,**
- 3) Modulo per la domanda di certificazione,**
- 4) Elenco delle prestazioni certificabili con specificati i Documenti Scientifici di Riferimento (DSR) e il nome del Coordinatore della Commissione SIAIP che ha redatto i DSR,**
- 5) N° 42 DSR prodotti sulla base delle migliori evidenze scientifiche.**

**Fase successiva: compilare la domanda di certificazione per ciascuno o più DSR online e visionarlo prima del download.**

<b>PRESTAZIONE</b>	<b>DSR - Documento Scientifico di Riferimento SIAIP</b>	<b>AUTORE</b>
Determinazione feNO bronchiale	DSR SIAIP 001	MIRAGLIA
Gestione dell'asma bronchiale persistente grave	DSR SIAIP 002	MIRAGLIA
Diagnosi e Follow-up della dermatite atopica	DSR SIAIP 003	GALLI
Determinazione delle Resistenze oscillometriche o RINT	DSR SIAIP 004	MIRAGLIA
Principali test (ad es. da pressione, "ice-test") per orticaria da agenti fisici	DSR SIAIP 005	GALLI
Spirometria con bronco dilatazione	DSR SIAIP 006	MIRAGLIA
Spirometria con test da sforzo	DSR SIAIP 007	MIRAGLIA
Spirometria di base	DSR SIAIP 008	MIRAGLIA
Citologia nasale all'interno della azienda di appartenenza (microscopio ottico)	DSR SIAIP 009	MARSEGLIA
Determinazione ossido nitrico nasale (feNO nasale)	DSR SIAIP 010	MARSEGLIA
Fibroendoscopia nasale	DSR SIAIP 011	MARSEGLIA
Rinomanometria	DSR SIAIP 012	MARSEGLIA
DIAGNOSI E FOLLOW UP ORTICARIA ACUTA	DSR SIAIP 013	GALLI
DIAGNOSI E FOLLOW UP ORTICARIA CRONICA	DSR SIAIP 014	GALLI
Atopy patch test	DSR SIAIP 015	GALLI
Test intradermico con siero autologo	DSR SIAIP 016	GALLI
"Use test", "Rubbing Test" per lattice	DSR SIAIP 017	CAFFARELLI
Desensibilizzazione per qualsiasi prodotto farmacologico	DSR SIAIP 018	CAFFARELLI
Prick test, intradermo, pacht test per farmaci	DSR SIAIP 019	CAFFARELLI
Test di provocazione per farmaci	DSR SIAIP 020	CAFFARELLI
Test di tolleranza per anestetici locali	DSR SIAIP 021	CAFFARELLI
Vaccinazioni di legge o facoltative in ambiente protetto in caso di possibile reazione grave immediata	DSR SIAIP 022	CAFFARELLI RIZZO

Ri-vaccinazione in ambiente protetto in caso di pregressa reazione grave immediata a vaccino	DSR SIAIP 023	CAFFARELLI RIZZO
"Desensibilizzazione/OIT" per alimenti	DSR SIAIP 024	DELLO IACONO
Test di provocazione orale per additivi alimentari	DSR SIAIP 025	DELLO IACONO
Test di provocazione orale per alimenti	DSR SIAIP 026	DELLO IACONO
Intra dermo per veleno imenotteri	DSR SIAIP 027	CALVANI
Prick + prick alimenti freschi	DSR SIAIP 028	CALVANI
Prick test per alimenti	DSR SIAIP 029	CALVANI
Prick test per inalanti	DSR SIAIP 030	CALVANI
Prick test per veleno imenotteri	DSR SIAIP 031	CALVANI
Esecuzione di Immunoterapia (SLIT o SC) per imenotteri	DSR SIAIP 032	DUSE
IT sottocutanea per imenotteri	DSR SIAIP 033	DUSE
Prescrizione di Immunoterapia per imenotteri	DSR SIAIP 034	DUSE
Prescrizione ITS per prodotto con o senza autorizzazione AIC indipendentemente dalla rimborsabilità del farmaco da parte del SSR	DSR SIAIP 035	DUSE
Prescrizione SLIT lattice e follow-up dei soggetti con allergia al lattice	DSR SIAIP 036	DUSE
Prescrizione SLIT lattice e follow-up	DSR SIAIP 037	CAFFARELLI
<b>ALTRO</b>		
Consigli prevenzione ambientale (indoor e outdoor)	DSR SIAIP 038	TRIPODI
Consigli per i pazienti allergici agli Acari	DSR SIAIP 039	TRIPODI
Consigli per i pazienti allergici alle Muffe	DSR SIAIP 040	TRIPODI
Calendario Pollinico e delle Muffe e Schede di specie di interesse allergologico più comuni	DSR SIAIP 041	TRIPODI
Monitoraggio paziente allergologico con l'app Allergymonitor	DSR SIAIP 042	TRIPODI





EAACI National Allergy Society  
Committee Kick-off Meeting  
**The Power of Partnership**  
Zurich, 4 September 2015



## Taking action together: EAACI launches the NAS Committee and ISC

**A**s part of EAACI's drive to increase the recognition of our speciality and tackle the allergy crisis around the world, EAACI is taking action to drive change. On 4 September 2015, the Academy launched the National Allergy Societies (NAS) Committee (representing 40 member societies across Europe) and the International Societies Committee (ISC) at an interactive meeting in Zurich.

EAACI President Antonella Muraro kicked off the event by welcoming the 33 delegates (and four by Webex). "We need each other more than ever," she emphasised, and challenged delegates to consider examples of "what we can achieve together:"

understand and address the mutual challenges we face."

During the meeting, delegates shared their NAS successes and challenges. "It was inspiring to hear what some of the small countries are accomplishing," said one delegate. "Size does not determine the impact you can make. We can learn so much from each other," she emphasised.

Newly-elected EAACI ISC Chair, Désirée Larenas Linnemann (Mexico) explained that the ISC contains a subset of the NAS who are EAACI members from countries outside of Europe. Their activities include: stimulating individual members of ISC countries to submit

1. **Specialty:** Ensuring allergy and clinical immunology becomes a full speciality/sub-specialty in all European countries (Each NAS assigns 1 representative)
2. **Health economics:** Building a Taskforce to create a unified approach in collecting, analysing and disseminating health economics data to benefit all.
3. **Guideline:** Helping to harmonise CPG for the diagnosis and management of allergic diseases across Europe;
4. **EU lobbying for EU countries:** Increasing the visibility of allergic diseases for prioritisation in health policies at the EU and national levels. (Each NAS to encourage their country's Members of the European Parliament to join the "EU Interest Group on Allergy and Asthma")

The Committee will also take actions as a Committee. They will:

- Establish registers on European/international guidelines, allergy care and allergy research
- Host the NAS Forum at the EAACI Congress (14 June 2016 in Vienna)
- Provide a constant flow of information (online, teleconferences and at least annual face-to-face meetings at EAACI Congresses)

During the final session, the NASC elected its Secretary, Nanna Fyhrquist, President of the Finnish Society of Allergy and Immunology. Nanna is currently Senior Investigator at the Finnish Institute of Occupational Health on a project called "Mapping of biomarkers to help discrimination between occupational allergic and irritant contact dermatitis."

**Key Facts:** 46 delegates (representing 16,526 NAS members) attended this first meeting; 2 NAS have since joined. Feedback survey showed: 100% of delegates found the meeting valuable; 98% understand EAACI's strategic vision better; 89% believe we can raise allergy recognition if we work together. ●

**Ioana Agache**  
EAACI Vice-President Communications and Membership

**Thomas Werfel**  
EAACI NAS Committee Chairperson



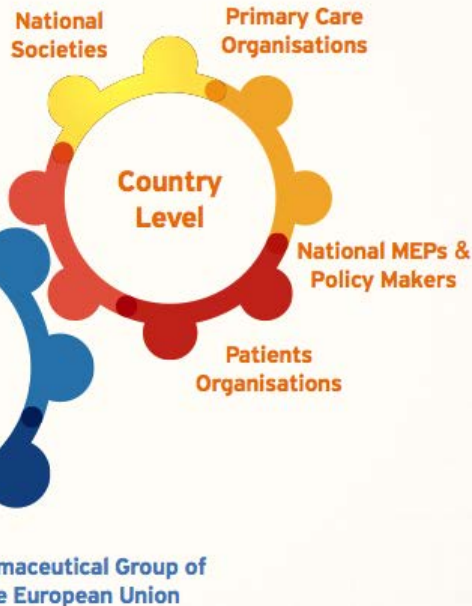
- Changes in health policies for allergic diseases at the national, EU and international levels (increasing allergy services and specialists);
- Changes in legislation for allergy issues (schools, reimbursements);
- Harmonisation of practice (guidelines implementation);
- Outreach at the community level (education); and
- Opportunities for research on prevention and cures.

Thomas Werfel, EAACI NAS Committee Chairperson, explained the goal of the committee: to increase interaction and collaboration between EAACI and the NAS. "If we want to be a high performing team, we need to

best research abstracts, take the EAACI knowledge exam, and participate in guideline formation. In return, the countries ask for EAACI support with Atlas and Guideline dissemination.

In another session, EAACI Junior Member Andrea Vereda noted the urgent need to combine forces to gain speciality recognition and change legislation. "I love the diversity and fulfillment involved in being an allergist," she said. However, Andrea's experience in practicing as a specialist in Spain, France, the UK and Switzerland has required persistence, determination and flexibility.

The NASC will address these challenges by assigning country representatives to four EAACI working groups:



Interviews with the new Board of Officers

National Allergy Societies Platform

A new name for the Academy: Pros and Cons

### PRIORITISATION OF ALLERGIC DISEASES AT EUROPEAN AND NATIONAL LEVEL

----- Messaggio inoltrato -----

Da: "Antonella Muraro" [muraro@centroallergiealimentari.eu](mailto:muraro@centroallergiealimentari.eu)

A: "Roberto Bernardini" <r.bernardini@uslcentro.toscana.it>, "Werfel Thomas" <Werfel.Thomas@mh-hannover.de>, "nanna fyhrquist" [nanna.fyhrquist@ttl.fi](mailto:nanna.fyhrquist@ttl.fi)

Cc: "Ioana Agache" <ibrumaru@unitbv.ro>, "Peter Hellings"

<Peter.Hellings@med.kuleuven.be>, "Peter Schmid" <Peter.Schmid@usz.ch>, "Marek Jutel" <marek.jutel@umed.wroc.pl>, "Lars K. Poulsen" <lkpallgy@mail.dk>, "Michael Walker" [michael.walker@eaaci.org](mailto:michael.walker@eaaci.org)

Inviato: Mercoledì, 23 dicembre 2015 10:48:13

Oggetto: Re: Fwd: Certificazione qualità

**Dear Roberto,**

**Many thanks for informing EAACI. This initiative is very timely as EAACI would like to promote Centres of Excellence for Allergy identifying quality criteria shared among the countries and updating the Galen criteria. May be Thomas and Nanna could help in distributing this information in the NAS Committee. It would be very convenient to translate in English as well to increase the visibility.**

**Best wishes for a very Merry Christmas and Sparkling New Year!**

**Antonella**

# Razionale per evitare scelte sbagliate in allergologia

## Evitare:

- 1) uso di metodologie diagnostiche e terapeutiche che alla loro base non hanno evidenza scientifica;
- 2) etichettare allergico chi non lo è (quasi 3 bambini su 10) con ovvie negative conseguenze economiche e sociali.

## Permettere:

- 1) riduzione dei costi relativi alla spesa sostenuta per diagnosi e terapie inappropriate sia alle famiglie che al SSN;
- 1) convogliare le risorse risparmiate in altri ambiti del SSN.

# Le scelte sbagliate in allergologia

Vaccinazioni

Allergia Alimentare

Dermatite atopica

Orticaria acuta

Rinite allergica

Immunoterapia specifica

Asma bronchiale

Allergia a farmaci

Prevenzione nei bambini a rischio (3 aspetti)

Razionale per evitare le "scelte sbagliate in allergologia"

**Conclusioni**



OSPEDALE SACRO CUORE DI GESÙ  
FATEBENEFRAATELLI

9° CORSO di  
ALLERGOLOGIA ed  
IMMUNOLOGIA PEDIATRICA  
...verso il futuro

Presidente  
Iride Dello Iacono

Responsabili Scientifici  
Antonella Casani  
Carmen Verga

15-16 GENNAIO 2016  
Centro Congressi Fra Pietro Maria de Giovanni o.h.  
Ospedale Sacro Cuore di Gesù Fatebenefratelli  
BENEVENTO

# CONCLUSIONI

Questa attività di **certificazione delle prestazioni da parte della SIAIP** è un **"segnale"** che una **Società Scientifica** dà:

- 1) alle istituzioni,
- 2) alle Regioni,
- 3) al Ministero della Salute,
- 4) alle associazioni dei pazienti,

nell'ottica di **una sinergia necessaria tra la parte tecnica-professionale (percorsi diagnostici terapeutici certificati) affidata a professionisti del settore e la parte amministrativa-politica affidata ai politici.**

Questa sinergia è:

- 1) **al servizio e a tutela della salute dei bambini italiani affetti da patologia allergologica,**
- 2) **finalizzata alla riduzione dei costi e alla ottimizzazione dell'uso delle risorse a disposizione,**
- 3) **utile per evitare "le scelte sbagliate in allergologia".**