REGIONE BASILICATA

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° 1411

SEDUTA DEL - 1 SET. 2010

DIPARTIMENTO SALUTE, SICUREZZA E SOLIDARIETÀ' SOCIALE, SERVIZI ALLA PERSONA E ALLA COMUNITÀ'
DIPARTIMENTO

OGGETTO Recepimento Accordo Conferenza Stato-Regioni del 20/12/07 "Documento di inquadramento per la diagnosi ed il monitoraggio della celiachia e relative patologie associate"

Relatore **PRESIDENTE**

La Giunta, riunitasi il giorno - 1 SET. 2010 alle ore 17,15 nella sede dell'Ente,

			Presente	Assente
1.	Vito **DE FILIPPO**	Presidente	X	
2.	Agatino **MANCUSI**	Vice Presidente	X	
3.	Rosa **GENTILE**	Componente	X	
4.	Attilio **MARTORANO**	Componente		X
5.	Rosa **MASTROSIMONE**	Componente	X	
6.	Vilma **MAZZOCCO**	Componente	X	
7.	Erminio **RESTAINO**	Componente	X	

Segretario: Avv. Mirella VIGGIANI

ha deciso in merito all'argomento in oggetto, secondo quanto riportato nelle pagine successive.

L'atto si compone di N° pagine compreso il frontespizio e di N° allegati

UFFICIO RAGIONERIA GENERALE

○ Prenotazione di impegno N° UPB Cap. per €

○ Assunto impegno contabile N° UPB Cap.

Esercizio per €

IL DIRIGENTE

Atto soggetto a pubblicazione ○ integrale ○ per estratto

VISTA la L.R. 12/96 e successive modifiche ed integrazioni concernente la " Riforma dell'organizzazione regionale";

VISTE la D.G.R. 11/98 con cui sono stati individuati gli atti rientranti in via generale nelle competenze della Giunta Regionale, la D.G.R. 2903 del 13 dicembre 2004, disciplina dell'iter procedurale delle proposte di deliberazione della Giunta, come modificata dalla successiva D.G.R. n. 637 del 03.05.06

VISTE le D.G.R. 1148/05 e la D.G.R. 1380/05 relative alla denominazione e configurazione dei Dipartimenti regionali;

VISTA la D.G.R. 2017/05 con cui sono state individuate le strutture dirigenziali ed è stata stabilita la declaratoria dei compiti alle medesime assegnati, come modificata dalla successiva D.G.R. 1729 del 13.11.2006;

VISTO il DM 18.05.2001, n.279 - Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie, ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124-.

VISTA la D.G.R. n.2601 del 11/12/2001 con la quale è stata individuata la Rete Regionale per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapia delle malattie rare ai sensi del DM 18.05.2001, n.279;

CONSIDERATO che la D.G.R. n.2601/2001 ha individuato quale, Centro Regionale di riferimento, all'interno della Rete Regionale per la prevenzione, sorveglianza, diagnosi e terapia delle malattie rare, l'Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza e l'ospedale civile di Matera "Madonne delle Grazie";

VISTA la legge n. 123 del 4 luglio 2005 "Norme per la protezione dei soggetti malati di celiachia" ed in particolare l'articolo 3,comma 1, lettere b e c che dispongono che le Regioni e le Provincie autonome di Trento e Bolzano indicano alle Aziende Sanitarie regionali gli interventi operativi per prevenire le complicanze e monitorare le patologie associate alla celiachia, malattia compresa nell'elenco di cui al DM 18.05.2001, n.279, nonché, per definire i test diagnostici e di controllo per i soggetti affetti da celiachia;

VISTO l'Accordo sancito, ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs 281 del 28/8/1997 tra il Governo, le Regioni e Province Autonome, che nella seduta del il 20/12/2007 ha approvato il "Documento di inquadramento per la diagnosi e il monitoraggio della celiachia e relative patologie associate" Allegato A dello stesso;

RITENUTO di recepire il succitato Accordo e l'allegato A "Documento di inquadramento per la diagnosi e il monitoraggio della celiachia e relative patologie associate" parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

RITENUTO inoltre opportuno istituire il "Gruppo Di Lavoro Regionale Celiachia L. 123/2005" , con coordinamento regionale, per soddisfare quanto previsto dalla legge 123/2005 e costituito da rappresentanti dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Medici Pediatri di Libera Scelta (PLS), da Specialisti Gastroenterologi con conclamata esperienza nella diagnosi e cura della malattia celiaca, un rappresentante dell'Associazione Italiana Celiachia - Regione Basilicata;

SU PROPOSTA DELL'ASSESSORE AL RAMO

DELIBERA

Per quanto sopra esposto, che si intende integralmente riportato e trascritto:

-**di recepire** il succitato Accordo e l'allegato A "Documento di inquadramento per la diagnosi e il monitoraggio della celiachia e relative patologie associate" parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

- **di istituire** il "Gruppo Di Lavoro Regionale Celiachia L. 123/2005", con coordinamento regionale, per soddisfare quanto previsto dalla legge 123/2005 e costituito da rappresentanti dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Medici Pediatri di Libera Scelta (PLS), da Specialisti Gastroenterologi con conclamata esperienza nella diagnosi e cura della malattia celiaca, un rappresentante dell'Associazione Italiana Celiachia - Regione Basilicata

- **di autorizzare** il Dirigente Generale del Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà' Sociale, Servizi alla Persona e alla Comunità', su indicazione delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Basilicata, con atti successivi alla nomina dei componenti del gruppo di lavoro de quo.

- **di dare atto che** per i componenti del suddetto Gruppo di Lavoro non è previsto alcuna forma di compenso così come stabilito all'art. 6 della Legge Regionale 42/2009.

L'ISTRUTTORE

()

IL RESPONSABILE P.O. (Patrizia Damiano)

IL DIRIGENTE (dott.ssa Maria Giovanna Trotta)

Tutti gli atti ai quali è fatto riferimento nella premessa e nel dispositivo della deliberazione sono depositati presso la struttura proponente, che ne curerà la conservazione nei termini di legge.

Presidenza del Consiglio dei Ministri

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME

- 1 GEN. 2008
ARRIVO

72AE
c 7201
c 7202
72AD

Servizio III°: Sanità e politiche sociali

Prot. n. 6631 /07/2.17.4.10

ROMA, 21 DIC. 2007

Codice sito: 5632

REGIONE BASILICATA
10 GEN. 2008
PRESO IN CARICO

PTE

REGIONE BASILICATA
AOO: GIUNTA REGIONALE di BASILICATA
N. PROT 6019
Data di Registrazione 08.01.2008
Dipartimento Presidenza Giunta
TIAG

Al Ministero della salute
- Gabinetto
- Direzione generale sicurezza alimenti e nutrizione
-

Al Ministero dell'economia e delle finanze
- Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato - IGESPES

Al Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome
c/o CINSEDO

Ai Presidenti delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano

LORO SEDI

Oggetto: Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome su "Documento di inquadramento per la diagnosi ed il monitoraggio della celiaca e relative patologie associate".

Si trasmette, in allegato, per il seguito di competenza, copia conforme all'originale dell'accordo sancito dalla Conferenza Stato - Regioni, nella seduta del 20 dicembre 2007.

Il Direttore
Avv. Giuseppe Busia

ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - S.

Presidenza
del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome su "Documento di inquadramento per la diagnosi ed il monitoraggio della celiachia e relative patologie associate".

Rep. Atti n. 260/CSR del 20 dicembre 2007

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 20 dicembre 2007:

VISTI gli articoli 2, comma 1, lettera b) e 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281 che attribuiscono a questa Conferenza la facoltà di promuovere e sancire accordi tra il Governo e le Regioni e le Province autonome, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

VISTA la legge 4 luglio 2005, n. 123, "Norme per la protezione dei soggetti malati di celiachia" ed in particolare l'articolo 3, comma 1, lettere b e c in cui viene disposto che le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano indicano alle aziende sanitarie locali gli interventi operativi per prevenire le complicanze e monitorare le patologie associate alla celiachia, nonché per definire i test diagnostici e di controllo per i soggetti affetti da celiachia;

VISTA la nota del 20 dicembre 2006 con la quale il Ministero della Salute ha trasmesso la proposta di documento di inquadramento per la diagnosi ed il monitoraggio della celiachia e relative patologie associate;

CONSIDERATO che, per il suo esame, si sono tenuti incontri tecnici il 29 gennaio 2007 ed il 9 luglio 2007;

VISTA la nota in data 21 novembre 2007 con la quale il Ministero della salute ha inviato la definitiva stesura della proposta di accordo di cui trattasi, Allegato sub A, parte integrante del presente accordo;

VISTA la lettera in data 23 novembre 2007, con la quale il Ministero dell'economia e delle finanze ha espresso, su detta definitiva stesura, il proprio assenso;

ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO S.p.A.

CONSIDERATO che, la Regione Toscana, Coordinatrice interregionale in sanità, con nota in data 27 novembre 2007, ha espresso avviso tecnico favorevole;

ACQUISITO nel corso dell'odierna seduta l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome;

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nei termini di seguito riportati:

1. E'approvato il Documento di inquadramento per la diagnosi ed il monitoraggio della celiachia e relative patologie associate, nei termini di cui all'Allegato sub A, richiamato in premessa, parte integrante del presente atto.

2. Dall'attuazione del presente Accordo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le Amministrazioni interessate provvederanno all'attuazione di quanto previsto nei limiti delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente.

IL SEGRETARIO
Avv. Giuseppe Busia

IL PRESIDENTE
On.le Prof. Linda Lanzillotta

ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO S.p.A.

Allegato A

Allegato A

23 luglio 2007

Ministero della Salute

DIPARTIMENTO PER LA SANITA' PUBBLICA VETERINARIA, LA NUTRIZIONE E LA SICUREZZA DEGLI ALIMENTI
DIREZIONE GENERALE DELLA SICUREZZA DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE
UFFICIO V

DOCUMENTO DI INQUADRAMENTO PER LA DIAGNOSI ED IL MONITORAGGIO DELLA MALATTIA CELIACA E RELATIVE COMPLICANZE

COMITATO NAZIONALE SICUREZZA ALIMENTARE(C.N.S.A.)
CONSULTA SCIENTIFICA PER LA SICUREZZA ALIMENTARE

DOCUMENTO DI INQUADRAMENTO PER LA DIAGNOSI ED IL MONITORAGGIO DELLA MALATTIA CELIACA E RELATIVE COMPLICANZE

PREMESSA

1) INTRODUZIONE

2) QUADRI CLINICI E MALATTIE ASSOCIATE ALLA CELIACHIA

3) PROTOCOLLO DIAGNOSTICO E SAGGI DI LABORATORIO DELLA MALATTIA CELIACA

4) MONITORAGGIO DELLA MALATTIA CELIACA

5) COMPLICANZE DELLA MALATTIA CELIACA

6) BIBLIOGRAFIA

PREMESSA

In riferimento a quanto previsto dall' articolo 3, commi b) e c) della legge 4 luglio 2005, n. 123, il *Gruppo di lavoro "Celiachia"*, ha adottato in data 3 marzo 2006 il presente documento recante l'inquadramento specificato nel titolo.
Il documento in questione è stato sottoposto a procedura scritta di approvazione da parte della Consulta Scientifica per la Sicurezza Alimentare e approvato in data 24-04-2006.

1) INTRODUZIONE

La malattia celiaca (MC) è un'enteropatia immunomediata che si manifesta nei soggetti geneticamente predisposti a seguito dell'ingestione del glutine, a componente proteica alcool – solubile presente in alcuni cereali quali grano, segale ed orzo. La predisposizione genetica consiste nella condizione di omozigosi e/o eterozigosi per gli alleli DQ2/DQ8 del complesso maggiore di istocompatibilità di II classe (HLA).
La malattia si manifesta con quadri clinici estremamente diversi e polimorfi.
La forma classica, ché esordisce solitamente nei primi 6 – 24 mesi, poco dopo l'introduzione del glutine durante il divezzamento, si manifesta con sintomi gastrointestinali quali: diarrea cronica, vomito, addome globoso, meteorismo, inappetenza. A questi, si accompagnano segni laboratoristici e sintomi dovuti al malassorbimento quali anemia, alterazioni della coagulazione, edemi, deficit di vitamine e oligominerali. Questa forma sta diventando ormai rara, mentre e' in aumento l'incidenza della **forma tardiva**, caratterizzata da sintomi gastrointestinali atipici o da manifestazioni extra-gastrointestinali, isolate o associate tra di loro.
Lo sviluppo di test serologici atti ad evidenziare la presenza di anticorpi specifici per la MC (Ab anti endomisio e Ab anti transglutaminasi) ha permesso, inoltre, di definire la **forma silente** (presenza di lesioni intestinali patognomoniche in assenza di segni e sintomi) e la **forma potenziale** (sierologia positiva in assenza di lesioni intestinali).
Negli ultimi anni, la maggiore conoscenza e consapevolezza della malattia da parte degli operatori sanitari e la disponibilità di test serologici per la individuazione dei soggetti a rischio da inviare all'esame endoscopico hanno permesso di individuare soggetti celiaci che altrimenti sarebbero rimasti non diagnosticati. Attualmente si stima che risulti affetto da malattia celiaca un individuo ogni 100/150, per una prevalenza dello 0,6-1% sulla popolazione. Di questi pazienti, solo una parte è consapevole della malattia. Infatti, vi sono in Italia poco più di 70.000 celiaci noti, contro un numero reale valutato in circa 500.000. Quindi per ogni paziente celiaco diagnosticato, ve ne sarebbero circa 7 non diagnosticati e/o diagnosticati erroneamente.
L'unica terapia attualmente disponibile per i soggetti affetti da MC è la totale e permanente esclusione dalla dieta degli alimenti contenenti glutine. Questa terapia non solo permette la scomparsa dei sintomi e delle malattie associate alla MC in tempi rapidi (solitamente la guarigione clinica avviene in circa 1-2 mesi dal momento dell'esclusione del glutine), ma previene lo sviluppo delle complicanze neoplastiche ed autoimmuni, che la continua e prolungata esposizione al glutine provoca nei soggetti celiaci.

In considerazione dell'impegno che richiede la dieta senza glutine, dei suoi costi per il Servizio Sanitario Nazionale (dovuti all'elevato numero dei pazienti ed ai costi dei prodotti senza glutine, che per quota/parte sono a carico del SSN) e della sua

importanza non solo a breve termine, ma soprattutto per la prevenzione delle complicanze a lungo termine, la diagnosi di malattia celiaca dovrebbe essere precoce ed accurata.

Negli ultimi anni, si sono accumulate numerose evidenze scientifiche sulla eziopatogenesi ed alterazioni immunologiche della MC, in base alle quali sono stati introdotti nuovi test per l'identificazione dei soggetti a rischio di malattia celiaca. Tale maggior disponibilità di accertamenti ha portato un'ampia variabilità nel processo diagnostico, che, unitamente alla variabilità clinica della MC, l'invasività della gastroduodenoscopia con biopsia, rende la diagnosi spesso difficile e tardiva, se non addirittura errata. Per tali motivi, si rende necessaria la definizione di un documento di inquadramento per la diagnosi e il monitoraggio dei soggetti affetti.

Il presente documento ha lo scopo di armonizzazione il percorso diagnostico della MC, aumentandone la sensibilità e la specificità, permettere la diagnosi dei casi che sfuggono tuttora all'attenzione medica, introdurre l'utilizzo nella pratica clinica dei test serologici e strumentali più efficaci e prevenire le complicanze per le quali i soggetti celiaci hanno un maggior rischio.

2) QUADRI CLINICI E MALATTIE ASSOCIATE ALLA CELIACHIA

• Nella forma classica ad esordio precoce (primi 6-24 mesi di vita), la malattia si presenta generalmente poco dopo lo svezzamento con diarrea cronica, vomito, addome globoso, inappetenza, arresto della crescita o calo ponderale, irritabilità.

• Attualmente la celiachia tende a manifestarsi sempre più spesso nella forma ad esordio tardivo presentandosi con disturbi intestinali sia tipici che atipici (quali dolore addominale ricorrente, stipsi, meteorismo) e soprattutto con manifestazioni extraintestinali (**Tab. 1**)

• Esistono, inoltre:
- Forme silenti: tipica enteropatia da glutine riscontrata occasionalmente in individui asintomatici, geneticamente predisposti, con sierologia positiva, spesso tra coloro sottoposti a screening perché appartenenti a gruppi a rischio;
- Forme potenziali: sierologia positiva, architettura mucosale normale.

• La celiachia, se non adeguatamente trattata, predispone ad una serie di complicanze quali osteoporosi e tumori, in particolar modo linfoma non-Hodgkin a carico dell'intestino. Vi sono, poi, diverse malattie associate alla celiachia (**Tab. 2**).

• Esiste, infine, una forte evidenza che genitori e fratelli di celiaci hanno un aumentato rischio di sviluppare la malattia, con una prevalenza che va dal 6 al 12%.

*Gruppo di lavoro "Celiachia": S. Auricchio, A.Calabrò, E. Cardi, A.M. Castellazzi, M. De Vincenzi, P.Fagioli, G B. Gasbarrini, L.Guidarelli, S. Moretti, M.P. Patrizi, N. Pogna, A.Pucci, F. Romano, V. Silano.

Tabella 1 **Manifestazioni extraintestinali**
• Dermatite erpetiforme • Anemia • Bassa statura • Ritardo puberale • Infertilità ed aborti ricorrenti • Alopecia areata • Stomatite aftosa • Ipoplasia dello smalto dentario • Ipertransaminasemia da causa non identificata • Disturbi neurologici: epilessia farmacoresistente, atassia, polineuropatie • Osteoporosi • Miocardiopatia dilatativa • Artriti

Tabella 2 **Quadri clinici e malattie associate**
Malattie associate
• Diabete mellito insulino-dipendente • Tiroidite di Hashimoto • S. di Siogren • S. di Down • S. di Turner • Difetto di IgA • Sclerosi multipla • Cirrosi biliare primitiva

3) PROTOCOLLO DIAGNOSTICO E SAGGI DI LABORATORIO DELLA MALATTIA CELIACA

E' indispensabile, da un punto di vista di sanità pubblica, stabilire le linee-guida che consentano di disporre di protocolli semplici, basati su saggi essenziali, applicabili su tutto il territorio nazionale e in grado di identificare il maggior numero possibile di celiaci e di assicurarne il monitoraggio (Tab.3).

Tabella 3 **Criteri del protocollo diagnostico per la malattia celiaca**
• Semplice (pochi saggi essenziali)
• Applicabile in tutti i Centri sul territorio nazionale
• In grado di identificare il maggior numero di celiaci (riduzione numero diagnosi mancate) e di evitare le false diagnosi (ancora molto elevate)

E' possibile individuare tre diversi percorsi diagnostici a seconda che ci si trovi di fronte ad un forte sospetto clinico di celiachia, a pazienti con bassa probabilità di celiachia e a genitori e fratelli di celiaci (Tab. 4).

Tabella 4 **Protocollo diagnostico**
• Elevato sospetto clinico di celiachia
• Moderata-bassa probabilità di celiachia
• Familiari di I grado di celiaci, ivi inclusi fratelli e sorelle

I saggi da utilizzare per la diagnosi di celiachia sono i markers anticorpali e la biopsia intestinale (Tab. 5).

Tabella 5 **Saggi di I livello**
ANTICORPI *(1)
• A. anti tTG UMANA Ig A (IgG nel deficit di IgA)
BIOPSIA DUODENALE
• Classificazione di Marsh,modificata da Oberhuber, da inquadrare nel contesto clinico, anticorpale e genetico

* EMA come test di conferma da eseguirsi in Centri di riferimento nei casi dubbi

(1) Le prestazioni relative alla ricerca di Anticorpi anti-transglutaminasi (IgG, IgA) o Anticorpi anti-tTG, e alla ricerca di Anticorpi anti-endomisio non sono attualmente incluse nell'elenco delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogabili dal S.S.N. ai sensi del D.M. 22 luglio 1996 (in corso di aggiornamento).

La classificazione di Marsh, modificata da Oberhuber, è accettata ed utilizzata universalmente nell'interpretazione delle alterazioni istologiche dell'intestino tenue (Tab. 6).

Tabella 6 **Classificazione istologica delle lesioni intestinali nella celiachia**	
• Aumento IEL(maggiore 40/100 ce)	(tipo 1)
• Iperplasia delle cripte	(tipo 2)
• Atrofia lieve dei villi	(tipo 3a)
• Atrofia subtotale dei villi	(tipo 3b)

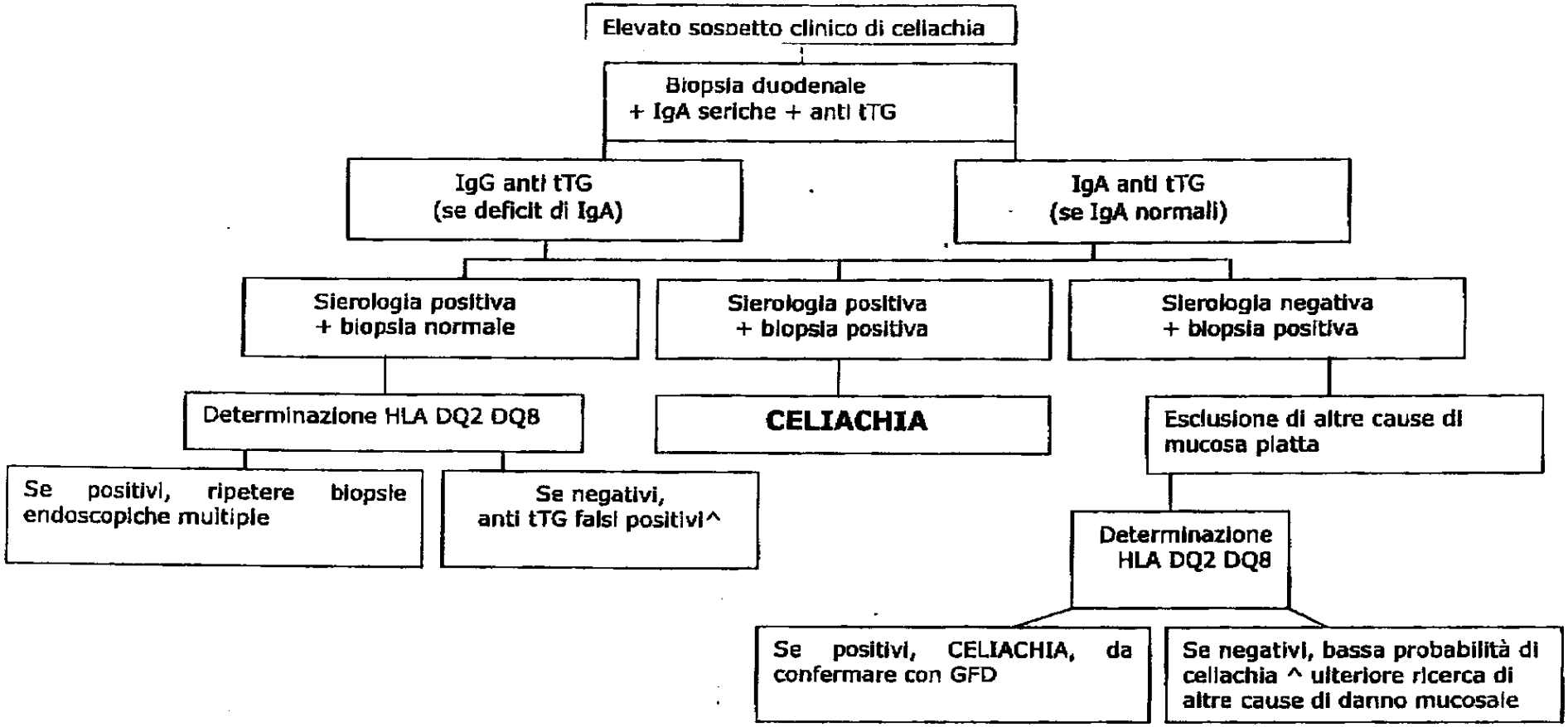
• Atrofia totale dei villi	(tipo 3c)
IEL: linfociti intraepiteliali ; ce: cellule epiteliali	
Classificazione di Marsh, modificata da Oberhuber, Eur J Gastroenterol Hepatol 1999	

L'HLA è un test di secondo livello atto a valutare la compatibilità con la diagnosi di malattia celiaca nei casi dubbi (Tab. 7).

Tabella 7 **Saggi di II livello: HLA(dopo anticorpi e/o biopsia non diagnostici)**	
Test eseguito per escludere celiachia	
Negatività DQ2/DQ8	Bassissima probabilità di celiachia
Positività DQ2 o DQ8	Predisposizione alla malattia (per es. nei genitori e fratelli di celiaci)

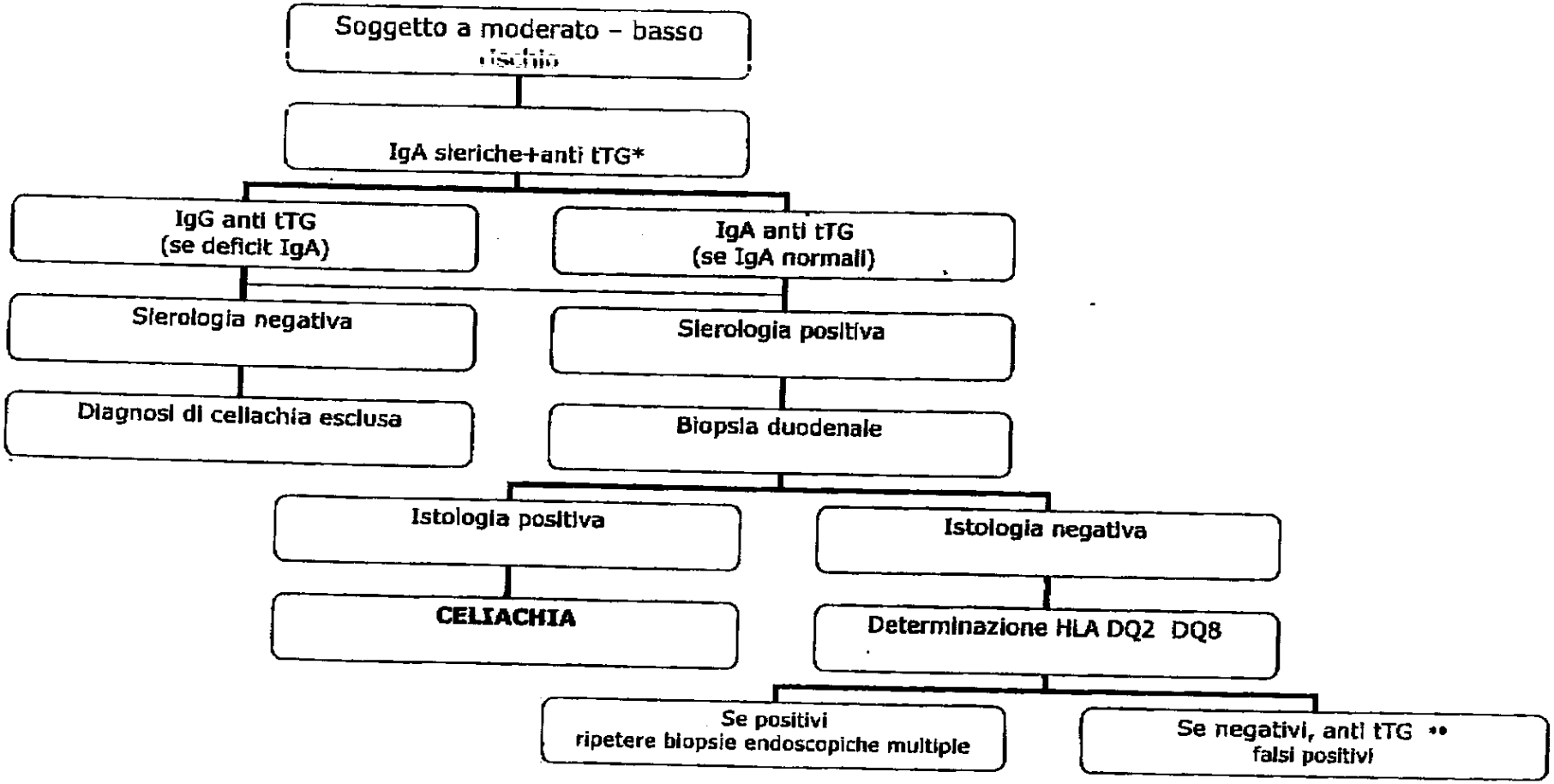
L' analisi dettagliata dei vari percorsi del protocollo diagnostico è illustrata nelle Figure 1,2 e 3.

Fig 1 Soggetti ad elevato rischio di celiachia

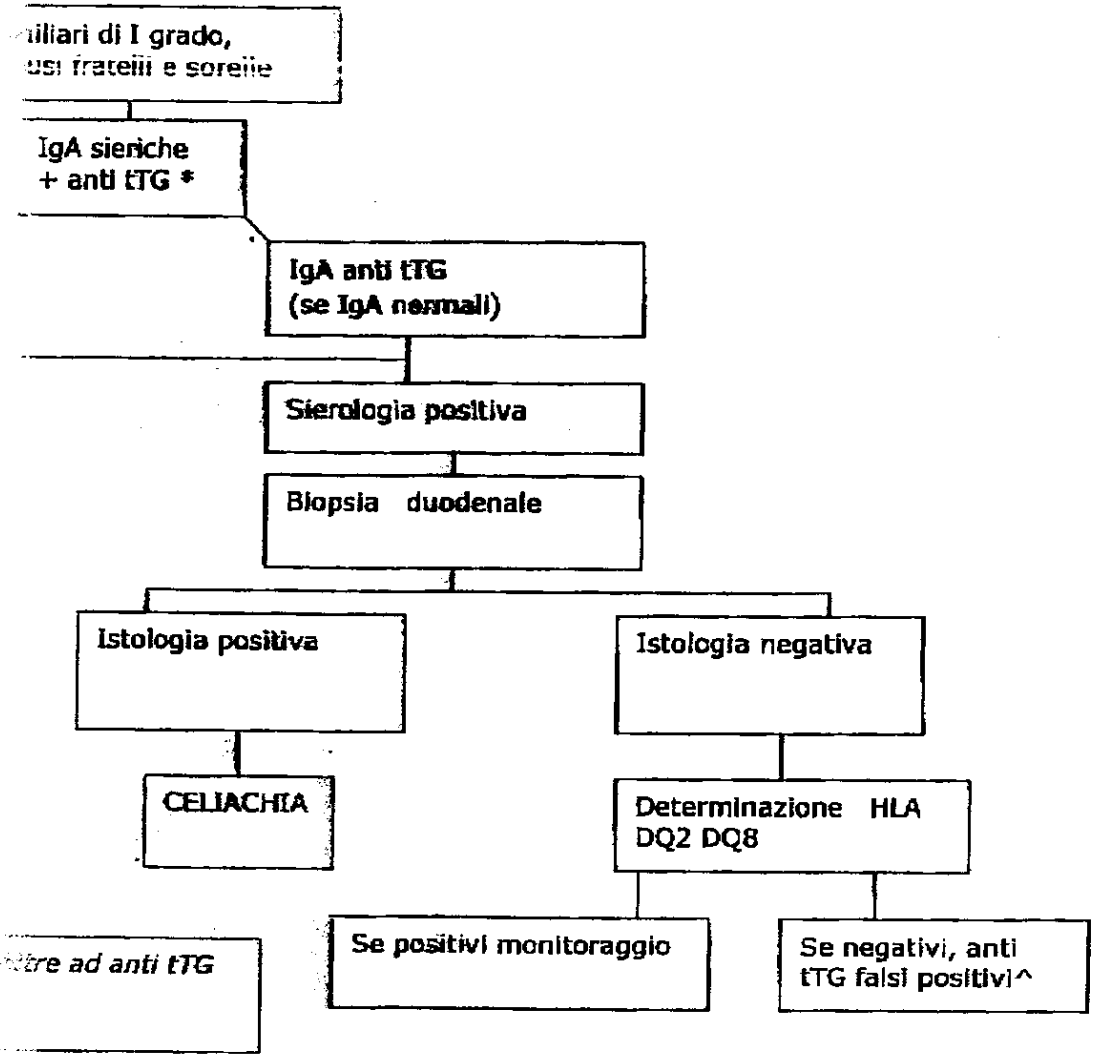


^rari casi di celiachia DQ2-DQ8 negativi
Casi particolari discordanti per istologia e sierologia da inviare a Centri di alta specializzazione

Fig 2 - Soggetti a moderato-basso rischio di celiachia

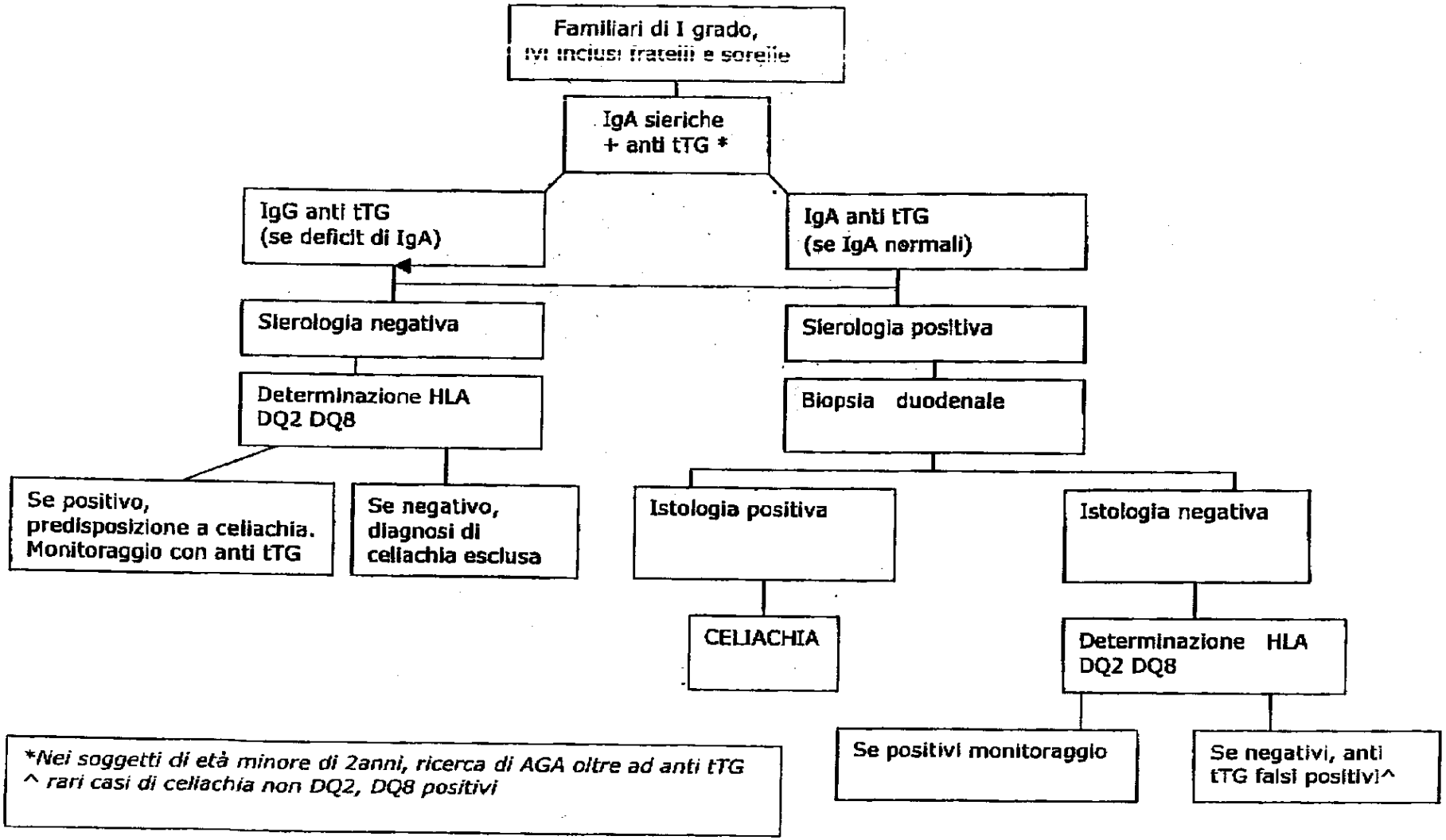


** Nel caso di età < 2 anni ricerca AGA oltre gli anti tTG - **rari casi di celiachia non DQ2 , DQ8 positivi*



danza fra istologia e sierologia, sarebbe opportuno sottoporli all'attenzione dei
esperienza nella diagnosi di celiachia.

Fig. 3 Familiari di I grado, ivi inclusi fratelli e sorelle



Quando ci si trova di fronte a casi particolari con discordanza fra istologia e sierologia, sarebbe opportuno sottoporli all'attenzione dei Centri di coordinamento regionale con particolare esperienza nella diagnosi di celiachia.

4) MONITORAGGIO DELLA MALATTIA CELIACA

Gli scopi principali del monitoraggio sono riassunti nella Tabella 8:

Tabella 8 **Indicazioni al monitoraggio**
•Verifica della compliance alla dieta
•Sviluppo di patologia autoimmune associata nonostante la dieta aglutinata (per es. tiroidite autoimmune)
•Alterazioni metaboliche (dislipidemia, steatoepatite non alcolica)
•Possibile sviluppo di complicanze neoplastiche (linfoma) e non (malattia celiaca refrattaria, digiunoileite ulcerativa, sprue collagenosica) in particolare nei casi diagnosticati in età avanzata

I controlli raccomandati per tutti i celiaci sono riassunti nella Tabella 9:

Tabella 9 **Monitoraggio della malattia celiaca in tutti i casi**
Si suggerisce di eseguire un primo controllo a 6 mesi dalla diagnosi e quindi ogni anno mediante:
•Visita medica con intervista dietetica c/o Centro specialistico
•Esami bioumorali
-assorbimento
-ferritina, emocromo
•Markers immunologici e di autoimmunità
- tTGA IgA (di classe IgG se vi è deficit di IgA)
- TSH, anti-TPO, anti-tireoglobulina
Motivazione:valutazione della funzione assorbente intestinale, della compliance alla dieta aglutinata e dello sviluppo di tiroidite autoimmune

Gli esami da eseguirsi in casi selezionati sono riassunti nella Tabella 10:

Tabella 10 **Monitoraggio della malattia celiaca in casi selezionati**
•Esami bioumorali utili in casi selezionati
-metabolici: colesterolo, HDL, trigliceridi, glicemia, transaminasi
- immunologici: autoanticorpi organo e non organo specifici
Motivazione: valutazione dello stato metabolico (in relazione al possibile aumento ponderale favorito dalla ripresa dell'assorbimento e dalla dieta aglutinata, sbilanciata in senso iperlipidico) e del possibile sviluppo di complicanze autoimmuni tanto più elevato quanto maggiore il numero di anni trascorsi dal celiaco a dieta libera.

5) COMPLICANZE DELLA MALATTIA CELIACA

Passando a considerare il tema delle complicanze della celiachia, è stato ampiamente documentato come la malattia celiaca, specie se diagnosticata tardivamente (evenienza, purtroppo, ancora non infrequente) e se non seguita da una dieta rigorosamente senza glutine, possa indurre una mortalità significativamente superiore a quella della popolazione generale.

Tra le complicanze più temibili della malattia celiaca, per fortuna assai rare, vanno annoverate l'iposplenismo, la "sprue o celiachia refrattaria", la colite collagenosica, la digiuno-ileite ulcerativa, il linfoma non Hodgkin ed altre neoplasie (specie quelle interessanti l'intestino tenue e l'esofago).

Queste complicanze vanno sempre sospettate in tutti quei pazienti che, pur seguendo una dieta rigorosamente priva di glutine, lamentano un' ingiustificata persistenza o la ricomparsa di diarrea, dolori addominali, calo ponderale, febbre, intensa astenia e sensazione di grave malessere generale.

La possibile insorgenza di queste complicanze è da prendere in considerazione soprattutto nei casi in cui la diagnosi di celiachia è stata effettuata in età avanzata e/o in cui la dieta priva di glutine non sia stata seguita scrupolosamente.

La diagnosi ed il trattamento delle complicanze richiedono spesso competenze specialistiche diverse da quelle puramente gastroenterologiche (ad esempio, è spesso essenziale il contributo dello specialista ematologo).

Sebbene le temibili complicanze della malattia celiaca siano in grado di ridurre, spesso anche in maniera drammatica, sia l'aspettativa che la qualità della vita del paziente celiaco, è doveroso precisare che nella stragrande maggioranza dei casi una diagnosi precoce e la dieta rigorosa sono in grado di ridurre significativamente la loro incidenza.

6) BIBLIOGRAFIA

1. Oberhuber G, Granditsch G, Vogelsang H. The histopathology of coeliac disease: time for a standardized report scheme for pathologists. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 1999 11:1185-94.
2. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement on Celiac Disease, June 28-30, 2004. *Gastroenterology.* 2005;128:S1-9.
3. Chand N, Mihas AA. Celiac disease: current concepts in diagnosis and treatment. *J Clin Gastroenterol.* 2006;40:3-14
4. Cataldo F, Marino V, Ventura A, Bottaro G, Corazza GR.Prevalence and clinical features of selective immunoglobulin A deficiency in coeliac disease: an Italian multicentre study. Italian Society of Paediatric Gastroenterology and Hepatology (SIGEP) and "Club del Tenue" Working Groups on Coeliac Disease. *Gut.* 1998; 42:362-5.
5. Collin P, Maki M, Keyrilainen O, Hallstrom O, Reunala T, Pasternack A.Selective IgA deficiency and coeliac disease. *Scand J Gastroenterol.* 1992; 27:367-71
6. Cataldo F, Marino V, Bottaro G, Greco P, Ventura A.Celiac disease and selective immunoglobulin A deficiency. *J Pediatr.* 1997;131:306-8.
7. Hill PG, McMillan SA Anti-tissue transglutaminase antibodies and their role in the investigation of coeliac disease *Ann Clin Biochem* 2006; 43:105-107.
8. Burgin-Wolff A, Dahlbom I, Hadziselimovic F, Petersson CJ. Antibodies against human tissue transglutaminase and endomysium in diagnosing and monitoring coeliac disease. Scand J Gastroenterol. 2002; 37:685-91.
9. Tesei N, Sugai E, Vazquez H, Smecuol E, Niveloni S, Mazure R, Moreno ML, Gomez JC, Maurino E, Bai JC. Antibodies to human recombinant tissue transglutaminase may detect coeliac disease patients undiagnosed by endomysial antibodies. Aliment Pharmacol Ther. 2003;17:1415-23.
10. Hill PG, Forsyth JM, Semeraro D, Holmes GK. IgA antibodies to human tissue transglutaminase: audit of routine practice confirms high diagnostic accuracy. Scand J Gastroenterol. 2004;39:1078-82.
11. Karell K, Louka AS, Moodie SJ, Ascher H, Clot F, Greco L, Ciclitira PJ, Sollid LM, Partanen J; European Genetics Cluster on Celiac Disease.HLA types in celiac disease patients not carrying the DQA1*05-DQB1*02 (DQ2) heterodimer: results from the European Genetics Cluster on Celiac Disease.Hum Immunol. 2003 Apr;64(4):469-77.
12. Louka AS, Moodie SJ, Karell K, Bolognesi E, Ascher H, Greco L, Momigliano-Richiardi P, Partanen J, Ciclitira PJ, Sollid LM; European Genetics Cluster on Celiac Disease.A collaborative European search for non-DQA1*05-DQB1*02 celiac disease loci on HLA-DR3 haplotypes: analysis of transmission from homozygous parents. Hum Immunol. 2003 Mar;64(3):350-8.

23.07.07

Presidenza del Consiglio dei Ministri
UFFICIO DI SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME

PER COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE

Roma, 03 DIC. 2007 Pag N° 16

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Del che è redatto il presente verbale che, letto e confermato, viene sottoscritto come segue:

IL SEGRETARIO IL PRESIDENTE

Si attesta che copia conforme della presente deliberazione è stata trasmessa in data 8/09/2010
al Dipartimento interessato ☒ al Consiglio regionale ○

L'IMPIEGATO ADDETTO