

Intolleranze alimentari: un problema emergente

Autore: Dr.ssa SILVIA BORNIA Biologa Nutrizionista specializzata in Intolleranze Alimentari
Lavora presso un centro nutrizionale a Rapallo dove si occupa di consulenze nutrizionali, educazione alimentare, gestione delle intolleranze alimentari valutate in base a test su sangue eseguito in appoggio al Laboratorio Analisi Tigullio.

Le intolleranze alimentari sono un'entità nosologica non ancora riconosciuta dalla medicina accademica anche se ampiamente studiata ed accettata dalla medicina non convenzionale.

Gli alimenti possono produrre due tipi di reazioni da ipersensibilità:

REAZIONI ALLERGICHE PROPRIAMENTE DETTE

- * Immediate, compaiono nel giro di pochi minuti, raramente entro qualche ora.
- * Implicano l'intervento delle Immunoglobuline E (Ig E) e dei mastociti.
- * Generalmente sono dose indipendenti.

REAZIONI DA INTOLLERANZE ALIMENTARI (Allergie ritardate)

- * Reazioni lente, insorgono ore o giorni dopo l'assunzione della sostanza.



- *Lo scatenamento della reazione richiede l'assunzione ripetuta della sostanza per più giorni.
- * Generalmente sono dose dipendenti.
- *Le teorie attuali propongono che le intolleranze siano mediate da una attivazione dei linfociti B con produzione di IgG e IgA da parte di frazioni proteiche del cibo con coinvolgimento della serie linfocitaria T e delle interleuchine.

DIFFERENZA TRA ALLERGIE CLASSICHE E ALLERGIE RITARDATE O INTOLLERANZE ALIMENTARI

Le manifestazioni più frequenti dell'allergia sono:
eruzioni cutanee, edema delle labbra e della glottide con difficoltà respiratorie, vomito, nausea, dolo-

re addominale e, nei casi più gravi, shock anafilattico. Per la diagnosi esistono test su sangue come il **PRIST**, il **RAST** per i singoli alimenti e test cutanei come il **PRICK TEST** o i **PATCH TEST**.

PRIST

E' un esame del sangue che consente il conteggio delle immunoglobuline E presenti in ogni ml di sangue. Un valore alto evidenzia l'esistenza di un'allergia nell'organismo del soggetto preso in esame. Il Prist non è però un test specifico, perchè non evidenzia le sostanze che possono provocare delle allergie.

Il livello delle IgE totali può essere influenzato, oltre che dalla presenza di allergia, anche da altri fattori quali alcune infezioni virali. Pertanto il valore del Prist è considerato come un elemento generico ed è solo un indice grossolano della presenza o assenza di allergia.

RAST (RadioAllergoSorbent Test, cioè test radioallergoassorbente) E' uno degli esami più utilizzati nella ricerca delle cause di un'ipersensibilità alimentare. Serve solo per identificare immunoglobuline E di un organismo specificatamente rivolte verso una particolare sostanza. Il Rast non può quindi identificare un'intolleranza ali-

mentare. Un Rast negativo non esclude però la presenza di un'ipersensibilità agli stessi alimenti testati; possono esserci infatti altre cellule del sistema immunitario che reagiscono nei confronti dell'alimento in modo diverso da quello delle IgE. Il Rast perciò è un esame utilissimo per confermare una diagnosi di allergia soprattutto respiratoria e in minor misura di tipo alimentare ma è poco utile per definire i fenomeni di ipersensibilità non IgE agli alimenti; quindi un soggetto con intolleranze alimentari che si sottopone al Rast potrà avere un risultato negativo di tale test. Il Rast è più specifico ma anch'esso è influenzato da alcuni fattori quali: l'assunzione di farmaci cortisonici (test falsamente negativo) o la presenza di elevati livelli di IgE totali superiori a 1000 U.I. (test falsamente positivo).

PATCH

Il Patch test consente di mettere in evidenza allergie dermatologiche verso unguenti, creme, detersivi, eccipienti o simili. Il test si attua ponendo sul dorso del soggetto delle piccole quantità delle sostanze da testare. La zona in cui si pone l'allergene viene coperta da un cerotto che dovrà essere tenuto per 24-48 ore; dopo tale tempo si osserva che pomfi o altre reazioni cutanee si sono verificate nella zona di applicazione del prodotto stesso.



PRICK TEST

I prick test servono per svelare eventuali allergie (ad alimenti o a inalanti) e in particolare per dimostrare la presenza di IgE specifiche per l'allergene testato. Vengono eseguiti direttamente sulla cute.

La zona scelta è abitualmente la faccia volare degli avambracci e più precisamente 5 cm al di sopra del polso e 3 cm al di sotto della fossa antecubitale. La cute non va pretrattata con disinfettanti o preparati topici (corticosteroidi, anti H1).

Si punge perpendicolarmente, senza determinare sanguinamento, la cute attraverso una goccia di ciascun estratto con un particolare dispositivo (lancetta) che ha una punta molto sottile.

Non è un test doloroso perchè la puntura è molto superficiale.

La distanza minima tra un test ed un altro deve essere almeno di 2,5 cm altrimenti il risultato positivo di un test può influenzare l'esito del test vicino.

Eseguita la puntura la soluzione allergenica può essere rimossa con un cotone, garza carta evitando di mescolare tra loro le varie soluzioni.

E' obbligatorio eseguire un controllo negativo (in genere diluente dell'estratto allergenico, o glicerina) ed uno positivo (istamina 10 ng/ml in soluzione fisiologica glicerinata) se si sospetta la pre-

senza rispettivamente di un dermografismo o di una iporeattività cutanea.

Nel caso di sospetta allergia alimentare, soprattutto derivata da frutta e verdura, si può usare la tecnica prick by prick quando gli allergeni da testare non siano presenti in commercio.

La procedura comporta una puntura prima dell'alimento e poi della cute o, in alternativa, l'uso diretto sulla cute dell'alimento stesso.

La lettura delle risposte ai prick deve essere effettuata:

- * dopo 5 minuti per l'istamina;
- * dopo 15 minuti per gli allergeni, prendendo in considerazione la dimensione del pomfo (media tra diametro maggiore e minore) e l'eventuale presenza di pseudopodi.

Le risposte tardive, che si presentano dopo i 15-20 minuti, il cui significato clinico è oscuro, non vanno prese in considerazione perchè non sono comunque dovute ad un meccanismo immediato.

Secondo la maggior parte delle linee guida, la risposta ad un allergene è considerata positiva quando il pomfo ha il diametro maggiore di almeno 3 mm (pari ad un'area di 7 mm³), senza alcun riferimento della risposta dell'istamina.

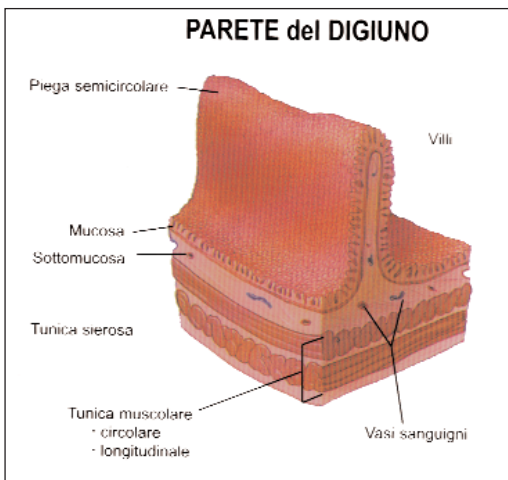
INTOLLERANZE

Le *intolleranze alimentari* rappresentano un argomento sconosciuto e spesso sottovalutato, eppure ne soffre circa il *30-40% della popolazione*: bambini, adulti, uomini e donne.

La reazione che porta ai sintomi di un'intolleranza è una reazione ritardata, insorge dopo ore o giorni dall'introduzione dell'alimento, talora, anzi, è necessario ripetere per più giorni l'introduzione dell'alimento per poter vedere comparire i sintomi; assomiglia molto di più ad una specie di avvelenamento lento.

L'esperienza clinica dimostra che sono quasi sempre gli alimenti più comuni sulla nostra tavola quelli che determinano l'insorgenza o l'aggravamento di patologie infiammatorie e cronicizzanti correlate al fenomeno dell'intolleranza alimentare: latticini, lieviti, sostanze nervine come il caffè, pomodoro etc...

I meccanismi immunologici ipotizzati nelle intolleranze alimentari sono indotti dal contatto con molecole di grandi dimensioni o di molecole più piccole che svolgono il ruolo di aptene (sostanze a basso peso molecolare, incapaci di stimolare da sole la formazione di anticorpi ma in grado di reagire con un anticorpo e divenire immunogenetiche se accoppiate ad un carrier (proteina o polisaccaride). Al momento attuale risultano



ancora lacunose le conoscenze sui determinanti antigenici dei vari alimenti: le proteine alimentari dovrebbero essere degradate in peptoni dall'acido cloridrico; i peptoni, sottoposti all'azione degli enzimi intestinali e pancreatici, dovrebbero essere processati a livello dei microvilli intestinali.

Alcune molecole antigeniche, riescono a superare intatte l'epitelio intestinale, passando attraverso gli enterociti, mediante processi di esocitosi o pinocitosi.

L'aumentato passaggio di molecole antigeniche intatte o non processate può avvenire in qualsiasi età per alterazioni delle diverse mucose intestinali.

Il deficit di IgA, IgA secretorie e di lattobacilli può favorire tale passaggio di molecole antigeniche; ne consegue che la cronica mancanza di questi microrganismi, unitamente a fattori che alterano la produzione di muco o la danneggiano, riducono gli

anticorpi IgA secretori. Diversi autori sostengono che alla base delle intolleranze ci sia la degranolazione di linfociti ma anche quella di piastrine, granulociti e macrofagi. L'attivazione di mastociti e basofili è possibile anche senza l'intervento delle IgE, anche da parte di anticorpi specifici Ig G. Questo stato di immunoflogosi cronica spiega la variabilissima sintomatologia delle intolleranze alimentari e sulla base della

teoria del ricircolo dei linfociti dal sistema **MALT**** al circolo sistemico, spiega gli effetti patologici anche a distanza dal lume intestinale. Ecco che i tests alimentari basati sulla identificazione delle IgG potrebbero essere la conferma di questa ipotesi.

CAUSE DELL'INTOLLERANZE

Il diffuso aumento delle intolleranze alimentari è dovuto a:

- * **Stile alimentare erraneo:** sempre più scarso di nutrienti, più ricco di ingredienti raffinati, additivi e inquinanti. L'industrializzazione ha infatti arricchito le tavole di cibi raffinati, cibi pronti, confezionati, inscatolati; la varietà alimentare è solo apparente.
- * **Abuso di farmaci:** molti farmaci incidono negativamente sulla barriera intestinale: gli antibiotici, gli antiulcera, i lassativi e gli antinfiammatori.

- * **Metalli pesanti:** soprattutto nichel.
- * **Stress:** ha una notevole influenza sulla funzionalità intestinale soprattutto se protratto nel tempo.
- * **Disbiosi intestinale e candida:** la disbiosi che ha origine nell'intestino crea le condizioni adatte per la proliferazione della candida. Le intolleranze alimentari sono la spia di una mucosa intestinale che ha perso la sua integrità.

L'intolleranza alimentare è la conseguenza del passaggio attraverso la mucosa intestinale, troppo permeabile, di macromolecole di alimenti, non completamente digeriti, che a contatto con il sistema linfatico e sanguigno scatenano la risposta di alcuni elementi del sistema immunitario IgA, IgG che a loro volta producono una reazione infiammatoria generalizzata. Questa infiammazione coinvolge l'intero organismo e può portare a sintomi e ad alterazioni a carico di qualsiasi organo o tessuto.

** (acronimo inglese per *mucose-associated lymphoid tissue* tradotto come tessuto linfoide associato alla mucosa. Il MALT è un tessuto linfoide diffuso a livello di mucose quali il tratto gastrointestinale, quello uro-genitale, la tiroide, i polmoni, gli occhi e la pelle. Queste formazioni non sono organizzate a formare organi del sistema linfatico ma piuttosto si presentano sotto forma di noduli linfatici o anche di cellule isolate).

INTOLLERANZE ALIMENTARI UNICA LA CAUSA MOLTI I SINTOMI

Sintomi che possono essere correlati alle intolleranze alimentari

SINTOMI GENERALI

Stanchezza, sonnolenza non giustificata, gonfiori alle mani, ai piedi alle palpebre, ritenzione idrica, sudorazione eccessiva, vampate di calore, obesità, palpitazioni, extrasistole, infiammazioni urogenitali, disturbi della libido.

SISTEMA NERVOSO

Cefalea, emicrania, ansia, depressione, irritabilità, difficoltà di concentrazione, scarsa memoria.

CUTE

Cellulite, orticaria, psoriasi, dermatiti, eczemi, acne.

APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO

Dolori articolari e muscolari, infiammazioni muscolo tendinee, crampi o spasmi, tremori.

APPARATO RESPIRATORIO

Asma, tosse insistente, rinofaringiti o sinusiti, bronchiti ricorrenti, difficoltà respiratorie.

DIGERENTE

Gonfiori addominali, nausea, difficoltà digestive non giustificate, coliti, gastriti, iperacidità gastrica, morbo di Chron, colite ulcerosa, diarrea, stitichezza, flatulenza, aerofagia, emorroidi.

APPARATO GENITO URINARIO

Cistiti e vaginiti ricorrenti, prostatiti, enuresi, mestruazioni irregolari e dolorose.

SISTEMA CIRCOLATORIO

Palpitazioni, tachicardia, aritmia, infiammazioni venose, anemia.

Come conseguenza diretta si ha inoltre un iperlavoro di pancreas, fegato e reni.

Se non si ripristina l'integrità della mucosa si entra in un circolo vizioso che porta a peggiorare le condizioni di salute dell'intero organismo.

LA DIAGNOSI DELLE INTOLLERANZE ALIMENTARI

Per la diagnosi esistono diversi test.

SU SANGUE:

1. CITO test
2. ELISA Test

TEST OMEOPATICI

3. DRIA
4. VEGA
5. EAV

1. TEST CITOTOSSICO

Questo test valuta l'eventuale danno che determinati alimenti possono produrre ai globuli bianchi.

Il paziente deve semplicemente sottoporsi ad un prelievo di sangue.

E' opportuno essere a digiuno dalla sera prima.

In laboratorio il sangue verrà opportunamente centrifugato per separare i globuli bianchi dal resto.

A questo punto i globuli verranno messi in contatto con ciascuno degli alimenti che si vogliono testare. Esistono a questo scopo apposite batterie di vetrini già preparati, ciascuno dei quali porta adeso l'antigene di un alimento; sul vetrino avverrà l'eventuale reazione chimica che può produrre danni ai globuli stessi.

Il biologo osserverà tale danno al microscopio e ne darà una valutazione in base alla gravità.

Si distinguono 4 gradi di danno

citotossico:

- 1 Cellule interessate da lievi danneggiamenti che interessano soprattutto la membrana cellulare.
- 2 Cellule mediamente danneggiate, con membrana rotta e granuli intracellulari.
- 3 Cellule molto danneggiate, con vacuoli all'interno e gravi danni alla membrana.
- 4 Cellule distrutte.

Questi danni ai globuli bianchi sono in correlazione con i disturbi del sistema immunitario che, appunto, dipende strettamente dalle funzioni di queste cellule.

2. IGG ELISA TEST

Il test è basato sulla metodica ELISA e consente l'identificazione ed il dosaggio di anticorpi di classe IgG (in tutte le sue sottoclassi) diretti contro diversi antigeni alimentari eventualmente presenti nel siero del paziente.

Questi test sono volti ad individuare la/le intolleranze ai diversi alimenti (5, 40 o 93 allergeni), i cui estratti antigenici sono adesi separatamente in ciascun pozzetto della micropiastra.

Il test è semiquantitativo, ossia non solo viene rilevata la presenza dell'anticorpo ma viene anche dosata la concentrazione dell'IgG tramite confronto con standards di riferimento.

Un risultato positivo consente di

dare un'indicazione sulla presenza di Intolleranza Alimentare IgG mediata, diretta contro uno o più antigeni presenti nel test. La positività ad un allergene specifico o ad un gruppo di allergeni viene fornita secondo una scala numerica organizzata in livelli, a ciascuno dei quali corrisponde un intervallo di concentrazione (in U/ml) dell'IgG specifica.

Il test serve ad accertare la presenza di una allergia alimentare IgG-mediata in caso di:

- * disturbi cronici in adulti a dieta piuttosto costante.
- * Bambini (dai 2 fino a 10-12 anni) con disturbi cronici;
- * Disturbi ad insorgenza relativamente recente (2-3 mesi) in cui non sia ancora chiara la cronicità.

Il test ha i seguenti lati positivi:

- * Semplice esame del sangue.
- * Nessun rischio per il paziente.
- * Aiuto nella diagnosi clinica differenziale.
- * Test di conferma di intolleranza alimentare.
- * Utile per il monitoraggio, dopo terapia da eliminazione, durante il graduale reinserimento dell'alimento nella dieta.

Il prelievo di sangue deve essere effettuato in provetta per sierologia o in provetta con **EDTA** (Ethylenediamine tetraacetic acid -acido etilendiamminicotetracetico).

E' necessario che il paziente non stia seguendo una rigida dieta alimentare, non sia sottoposto ad una terapia farmacologica (con cortisonici, antistaminici, farmaci immunosoppressori o immunomodulatori) e/o omeopatia. Il campione deve sempre essere accompagnato dalla scheda di accettazione.

3. TEST DRIA (chinesiologico)

Il Test DRIA è un test non convenzionale per la ricerca delle intolleranze alimentari. Valuta, attraverso un'analisi computerizzata, le variazioni di forza muscolare che si verificano in un soggetto, quando avviene un contatto tra la mucosa orale e un alimento che viene somministrato in forma liquida a concentrazioni ben definite. Sono stati effettuati diversi studi scientifici su questo test ma non esiste ancora una validazione accademica. Pertanto è sempre bene che sia un medico a prendersi la responsabilità di interpretarne i risultati e di applicarli clinicamente

METODICHE BIOCIBERNETICHE

4. TEST VEGA (biocibernetico)

L'organismo vivente è caratterizzato da un quadro bio-elettronico che varia in relazione all'intensità e all'effetto sull'omeostasi dei vari stimoli: stimoli squilibranti determinano una rapida variazione dello stato bioelettronico.

Il contatto con alimenti nei confronti dei quali l'organismo presenta una abnorme reattività, come nelle intolleranze o nelle allergie alimentari, determina una repentina variazione bio-elettronica dell'organismo.

Nel **vega test** il contatto diretto con l'alimento è sostituito da un input, originato da una apparecchiatura elettronica specifica, analogo all'input elettronico determinato sull'organismo dall'alimento stesso: l'apparecchiatura ha la capacità di emettere una vasta gamma di input, corrispondenti ai vari fattori alimentari.

La strumentazione elettronica del **vega test** è anche in grado di misurare la risposta dell'organismo a detto input, individuando le risposte abnormi che segnalano una anomala reattività a specifici alimenti, nei confronti dei quali l'organismo presenta allergia, intolleranza, ipersensibilità o comunque una reattività abnorme. In questo modo è possibile testare la reattività dell'organismo ai più vari alimenti, additivi alimentari vari ed altre sostanze che possono entrare in rapporto con l'organismo.

TEST EAV (biocibenetico)

Il test **EAV** (elettroagopuntura secondo Voll) si basa sulla misurazione della variazione delle micro-correnti nel momento in cui l'organismo viene a contatto con alimenti da lui non tollerati. Il test bioenergetico non pretende di ottenere da solo una diagnosi definitiva ma nel contesto dell'indagine diagnostica medica (colloquio, anamnesi, esame obiettivo, diagnostica di laboratorio e per immagini, ecc), offre importanti informazioni non ancora rilevabili attraverso i sistemi diagnostici tradizionali o raggiungibili solo attraverso metodi che al momento molto complesse.

REAZIONI NON TOSSICHE

Intolleranze

a) enzimatiche

Tra le intolleranze enzimatiche vanno compresi i classici errori congeniti del metabolismo, come definiti da Garrod al principio del secolo, che rappresentano da soli un importante capitolo della medicina (p.e. fenilchetonuria, favismo, intolleranza congenita ai mono e disaccaridi) e il deficit di lattasi secondario ad enterite.

b) farmacologiche

Esse si manifestano in individui che hanno una reattività abnorme a sostanze presenti in alcuni cibi. Possono essere dovute alla presenza nel cibo di amine vasoattive o altre molecole.

c) indefinite (additivi)

Tabella 1. Reazioni avverse al cibo

A. Reazioni non tossiche (dipendono da una suscettibilità individuale)

Intolleranze

1a) enzimatiche

1b) farmacologiche

1c) indefinite

Allergie

2a) IgE mediate

2b) non IgE mediate

B. Intossicazioni (non dipendono dall'individuo, ma dalla dose)

Allergie

IgE mediate ALLERGIA CLASSICA

non IgE mediate ALLERGIA RITARDATA O INTOLERANZA ALIMENTARE

LEGAME INTOLLERANZE E SOVRAPPESO

Interessante è lo studio iniziato nel 1995 sulla influenza che gli alimenti possono avere sul sovrappeso e sull'obesità. Certamente il problema dell'incremento ponderale è strettamente legato alla quantità e qualità del cibo e al bilancio calorico. Se si riequilibrano i fattori cerebrali come la leptina, il neuropeptide Y e fattori legati alla PNEI, il risultato che si produce è un calo ponderale fisiologico senza dieta ipocalorica.

L'efficacia di una dieta non si valuta dal peso perduto ma dalla riduzione della possibilità di un riaumento della massa grassa: se non si valuta l'influenza dei neuro-mediatori, influssi ormonali e biotipologia del paziente obeso e quali stressori endogeni o esogeni producono l'incremento ponderale, la dieta è destinata al fallimento.

L'inadeguata risposta dei neuro-mediatori e delle ghiandole endocrine indurrà la cronicità dello stato di sovrappeso e la frequente situazione di recidiva dopo diete ipocaloriche.

COSA FARE IN PRESENZA DI INTOLLERANZA AD UNO O PIÙ ALIMENTI

La presenza di una o più intolleranze alimentari può ostacolare il processo di rieducazione alimenta-

re e va corretta con un opportuno periodo di rotazione dei cibi responsabili del disagio al fine di ridurre lo stato infiammatorio generale dell'organismo.

Va sottolineato innanzitutto che la dieta da attuare in caso di intolleranze non sarà mirata alla eliminazione totale e perenne del cibo incriminato dall'alimentazione del paziente; al contrario lo scopo sarà duplice:

- 1 recupero della tolleranza immunitaria del paziente verso quel cibo.
- 2 rieducazione alimentare del paziente affinché impari una opportuna dieta di rotazione



adatta ai suoi gusti e ai suoi bisogni, in modo da non incorrere nel pericolo di sviluppare nuove intolleranze, pur senza rinunciare ai piaceri della tavola.

Si può partire con una dieta di eliminazione per un breve periodo (da 1 a 4 mesi) a seconda della gravità del disturbo e della sintomatologia, seguita da una opportuna dieta di rotazione.

Oppure si può direttamente partire con una dieta di rotazione. Una dieta di rotazione è una dieta che segue un procedimento simile allo svezzamento del lattante. Una volta individuata l'intolleranza si basa sulla assunzione libera in una singola giornata che deve poi essere seguita da qualche giorno di eliminazione dell'alimento verso il quale si è individuata l'intolleranza.

Può essere utile lasciare come giorno libero il sabato o la domenica. Dopo un certo periodo di questa dieta, l'alimento intollerato viene introdotto con maggiore frequenza.

Uno schema possibile può essere il seguente: libertà alimentare nel weekend (1 o 2 giorni) e in un giorno a metà settimana.

Si va così a provocare la **tolleranza orale**.

Se alti dosi di allergene creano paralisi del sistema e sovraccarico, le basse dosi creano una dif-

ferente regolazione delle cellule che comandano la partenza della reazione.

La vaccinazione o iposensibilizzazione a basse dosi cerca di ricreare tolleranza immunologica con dosaggi molto più bassi di quelli utilizzati nella vaccinazione classica.

L'esame delle intolleranze deve tenere conto dei 5 Grandi gruppi alimentari di riferimento per la popolazione europea:

- 1. Frumento e cereali correlati** (orzo, malto, farro, kamut, ecc.).
- 2. Latte, prodotti lattiero caseari e di derivazione bovina** (formaggi, yogurt, ecc.).
- 3. Prodotti fermentati e ad alto contenuto di sale** (correlati a lievito, sale, fermentazione, presenza di miceti o lieviti, dal pane al tè al vino all'aceto e anche al pane azzimo e ai prodotti da forno senza lievito aggiunto).
- 4. Nichel, grassi idrogenati vegetali e prodotti a questi correlati** (dal cacao al pomodoro al kiwi ai prodotti in sacchetto dell'industria o ai grassi comunque cotti).
- 5. Salicilati naturali** (spesso responsabili di orticarie, poliposi, riniti, eczemi).

Nell'effettuazione della prima diagnosi di intolleranza, l'atteggia-



mento clinico più moderno e conforme alle nuove e più recenti chiavi di lettura scientifica dell'allergia deve guidare solo alla identificazione dei grandi gruppi alimentari coinvolti nella reazione infiammatoria e alla impostazione di una dieta che favorisca il recupero della tolleranza e la riutilizzazione di queste stesse sostanze all'interno di una dieta variata e piacevole.

Un test quindi deve sondare il numero minimo di sostanze che consentano di individuare i Grandi Gruppi.

Contemporaneamente alla rieducazione alimentare può essere utile:

- * ripristinare l'integrità della mucosa.
- * ottimizzare il terreno intestinale.
- * favorire il drenaggio delle tossi-

ne e migliorare la funzionalità degli organi preposti.

Si può agire con fermenti lattici (*Lattobacillus acidophilus* e *Bifidobacterium bifidum*) e contemporaneamente con piante ad azione drenante e depurativa come: cardo mariano, carciofo, betulla....

Riassumendo:

- * L'intolleranza non è una schiavitù: una situazione da controllare per un certo tempo, fino al raggiungimento di un nuovo, e migliore, adattamento.
- * Nessun cibo va eliminato definitivamente dalla propria alimentazione: la rieducazione avviene grazie a un'opportuna rotazione degli alimenti, che dia al sistema immunitario adeguati spazi di recupero;

* nessun cibo è cattivo in sé: è l'assunzione continuativa di certe sostanze (spesso presenti a nostra insaputa in molti cibi diversi) a causare, talvolta, un sovraccarico.

Vivendo in un mondo dove quasi tutto il cibo che mangiamo è prodotto in modo da contenere gli stessi ingredienti (in particolare latte, frumento, lievito, sale, zucchero, grassi vegetali variamente idrogenati e una serie di additivi chimici), è praticamente impossibile non presentare qualche forma di sovraccarico alimentare.

A dispetto dell'apparente varietà la nostra dieta risulta, da un punto di vista immunitario, sostanzialmente monotona.

Se mangiamo un biscotto (per quanto integrale), gli ingredienti, in

misure diverse, saranno fondamentalmente gli stessi che possiamo trovare (carne e uova a parte), in una confezione di lasagne pronte o in un piatto di croccanti bastoncini di pesce impanati.

Il più delle volte assumiamo certe sostanze senza nemmeno averne l'idea, come avviene per esempio quando mangiamo del siero di latte (che il nostro organismo registra come "latte") con ogni fetta di prosciutto cotto, oppure quando mangiamo anche soia (sotto forma di lecitina, e forse anche come olio di soia, non specificato, ma potenzialmente presente nella voce "grassi vegetali") con ogni merendina confezionata industriale.

Ora, se come abbiamo visto è la continua ripetizione dello stimolo a determinare l'intolleranza, non c'è da stupirsi se il nostro organismo

si ribella a questo bombardamento continuo.

Il primo passo per favorire il recupero della tolleranza immunitaria dell'organismo risulta allora quello di concederci almeno **un giorno di riposo settimanale**. Un piccolo intervento salutare che chiunque può attuare, anche se non soffre di intolleranze alimentari. Si tratta in sostanza di astenersi per un giorno alla settimana da tutte queste sostanze, centrando cioè la dieta su cibi semplici, conditi solo con olio d'oliva crudo o salse preparate in casa (anche l'olio crudo, una volta scaldato, è soggetto a una trasformazione parziale, assimilabile all'idrogenazione).

Una persona che controlla le ipersensibilità alimentari di solito riduce l'apporto complessivo di cibo in modo spontaneo e migliora la sensibilità insulinica.

Tali fenomeni contribuiscono a migliorare la condizione generale e portano a ridurre il peso se questo è in eccesso.

Non può esservi ripristino di benessere fisico che prescindendo dal raggiungimento di un maggiore equilibrio psichico.

E' importante quindi imparare come i cibi possano condizionare i nostri atteggiamenti, il nostro umore, le nostre successive scelte alimentari. Attraverso una rieducazione alimentare mirata è il nostro organismo che da solo tende a riportare tutti i suoi parametri verso i valori ideali.



SOLFATO DI NICHEL

Oggetti

La restrizione del contatto con gli oggetti che contengono nichel va effettuata su richiesta specifica del medico e solo in determinati casi di vera allergia da contatto, non necessariamente in tutte le forme legate a reazione ad alimenti.

Per quanto riguarda il possibile contatto diretto con il solfato di nichel, gli oggetti e le sostanze che lo possono contenere e che quindi rappresentano un rischio sono le seguenti:

Oggetti di metallo e leghe: bigiotteria, occhiali, orologi, bottoni metallici, chiusure lampo, fermagli di biancheria intima, chiavi, accendini, targhette di identificazione, manici di ombrelli, maniglie delle porte, monete (gli euro ne contengono più delle lire, ma molto meno che una comune brioche), oggetti cromati...

Utensili di uso domestico e professionale: utensili da cucina, lavelli metallici, aghi, forbici, ditali, fermacarte, sedie di metallo, aghi per elettro depilazione, agopuntura, mesoterapia...

Detersivi, molti cosmetici e tinture per capelli

Oro bianco, argento e amalgama: per esempio alcune sostanze usate per lavori odontoiatrici.

Inchiostri e liquidi per fotocopiatrici

Colori per vetro e ceramiche, coloranti per cuoio e pelli: quindi anche i capi colorati in pelle o cuoio, le stoviglie di terracotta e di porcellana.

Coloranti per tessuti e carta da parati, tinture per capelli: anche i liquidi per le permanenti, pur non contenendo nichel, possono provocarne il rilascio da oggetti metallici quali fermagli e bigodini.

Protesi: comprese in alcuni casi le protesi dentali, oltre a quelle ortopediche e alle valvole cardiache. Sono possibili sensibilizzazioni al nichel dovute alla lavorazione di batterie alcaline, di oggetti di ottone e zinco lucidati in nero, ceramiche, materiale elettrico, smalto (verde: ossido di nichel), additivi per carburanti, insetticidi, reagenti e catalizzatori per materiale plastico, leghe e rivestimenti di nichel, nuclei magnetici, indurenti dei grassi, placcature mediante bagno galvanico o con ottone. Le soluzioni industriali contenenti nichel penetrano i comuni guanti di gomma ed è quindi consigliato l'uso di guanti pesanti di vinile da lavoro.

Alimenti

La possibilità che i sali di nichel siano introdotti con l'alimentazione è un problema rilevante. Recenti lavori scientifici hanno evidenziato con precisione che la sintomatologia tipica dell'allergia al solfato di nichel, ritenuta prima solo da contatto, è dovuta in realtà anche all'introduzione alimentare di sostanze che lo contengono. In molti cibi si trova un minimo di solfato di nichel, ma la nostra scelta è di agire con una dieta mirata solo sugli alimenti che ne contengono in buona misura, quali:

Spinaci, funghi, kiwi, cacao, pomodoro, pera, asparagi, rabarbaro

Uva passa, prugne

Avena (risulta uno dei cereali che ne contiene in misura maggiore)

Lenticchie: sono le leguminose con il massimo contenuto di nichel. I fagioli e i piselli (in ordine decrescente) ne contengono meno. Di solito non togliamo questi ultimi dalla dieta a meno che non siano segnalate reazioni individuali.

Mais, cipolla: è da escludere l'uso abbondante, mentre la quantità di cipolla necessaria per un soffritto, i pochi chicchi di mais che possono dar colore a un'insalata o una manciata di corn flakes di tanto in tanto nel latte della prima colazione sono ammessi dalla dieta. Una polenta, una zuppa di cipolle, mezzo sacchetto di corn flakes o di pop corn vanno ovviamente considerati come 'uso abbondante' di questi alimenti.

Aringhe, ostriche, cibi in scatola

Margarine e grassi vegetali (idrogenati o non)

ACIDO ASCORBICO

Per la reattività all'acido L-ascorbico nella dieta vanno esclusi o ruotati i seguenti prodotti:

PANE E PRODOTTI DA FORNO

BEVANDE: tè in lattina o in tetrapak, birra, bibite tipo coca-cola, liquori dolci, sciroppi e succhi di frutta, vini aromatizzati

DOLCI E DOLCIUMI INDUSTRIALI: budini pronti o da preparare, caramelle, chewing gum, confetti, creme industriali per pasticceria, frutta candita, marmellate e confetture industriali, torrone, marzapane e simili, frutta macedonie in scatola e frutta sciroppata.

ALCUNI CIBI PROTEICI: carne fresca confezionata (talora viene aggiunto acido ascorbico nel momento in cui viene avvolta nella pellicola trasparente), carne trita (chiedere al macellaio oppure farsela tritare al momento), carne in scatola o variamente conservata, insaccati e numerosi salumi (talora assente in bresaola e prosciutto crudo), latte in polvere, pesce in scatola o sotto vetro (ad esempio tonno).

CONSERVE VEGETALI: funghi secchi confezionati, sottaceti e sottoli, frutta in scatola.

PREPARAZIONI FARMACEUTICHE CON VITAMINA C.

Derivati dell'acido ascorbico, usati come antiossidanti, e quindi da evitare sono: il **sodio L-ascorbato (E301)**, il **calcio L-ascorbato (E302)** e il **palmitato di ascorbile (E304)**. Per tali motivi si raccomanda l'attenta lettura delle etichette commerciali.



ALIMENTI RICCHI DI ISTAMINA E ISTAMINO-LIBERATORI**Consigli per i pazienti con iper-reattività cutanea**

- * Nei casi in cui è dimostrato un ruolo degli alimenti, seguire scrupolosamente la dieta consigliata.
- * Tenere la pelle sempre ben lubrificata adoperando pomate emollienti (vaselina, unguento semplice o simili).
- * Evitare pomate a base di proteine del latte.
- * Evitare di usare saponi e bagno schiuma (preferire i detersivi non saponi). Non giocare a lungo con l'acqua. Evitare i bagni troppo caldi.
- * Evitare il surriscaldamento che causa un aumento di sudorazione e quindi irritazione e prurito. Pertanto non vestire il bambino con abiti pesanti e tenere la temperatura ambientale a 18-19 gradi.
- * Non far indossare indumenti sintetici o di lana pura (preferire il cotone). Nei bambini piccoli non usare mutandine di plastica: cambiare spesso il pannolino. Per il lavaggio non usare detersivi biologici né ammorbidenti: risciacquare a fondo, possibilmente con la lavatrice. Usare acqua a basso contenuto di calcare (è utile un depuratore, anche di costo non elevato).
- * Curare l'igiene e la pulizia personale. Tenere le unghie sempre molto corte.
- * Evitare il contatto con gli alimenti di per sé irritanti come agrumi e pomodori.
- * Evitare il contatto con la polvere; eseguire tutte le misure di profilassi ambientale per la polvere di casa e gli acari.
- * Considerare l'opportunità, in casi selezionati, di un supporto psicologico.

ALIMENTI RICCHI DI ISTAMINA E CONTENUTO ISTAMINICO

Formaggi fermentati	Sardine conservate
Bevande fermentate (vino, birra)	Tonno conservato
Cibo fermentato (crauti)	Cibi in scatola (carni, verdure, pomodoro, spinaci)
Insaccati di Maiale e Bue	Spinaci
Fegato di Maiale	Pomodori
Ronno, Alici, Bottarga ins catola	Pesce surgelato
Aringhe conservate	Pesce fresco (tonno, sardine, alici, salmone)
Acciughe conservate	Crostacei, frutti di mare

ALIMENTO ISTAMINO-LIBERATORI

Albume	Alcool
Molluschi	Fecola di patate
Fragole	Noci, Mandorle, Arachidi, Frutta secca
Pomodori	Caffè
Cioccolata	Lenticchie, Fave, Legumi
Pesce	Derivati delle noci di Cola
Ananas	

ADDITIVI**REAZIONI AVVERSE DA ADDITIVI**

Di fronte a reazioni indesiderate da alimenti o da farmaci si è soliti attribuire la causa all'alimento o al principio farmacologico attivo. Tuttavia molti alimenti confezionati o conservati e numerosi farmaci (soprattutto orali e di comune impiego) contengono additivi (coloranti, conservanti, aromi) che possono essere causa piuttosto frequente di reazioni pseudoallergiche.

Additivi si considerano "tutte quelle sostanze, prive di valore nutritivo, non consumate come alimento in sè e non normalmente usate come ingrediente tipico dell'alimento, aggiunte intenzionalmente per uno scopo tecnologico (anche organolettico) nel corso della fabbricazione, lavorazione, preparazione, confezione, imballaggio, che si ritrovano nell'alimento o nei suoi sottoprodotti divenendone un componente a tutti gli effetti".

L'unico test attendibile per la diagnosi di intolleranza ad additivi è il test di provocazione, previa scomparsa dei sintomi con dieta di eliminazione.

La classificazione degli additivi è in base alla loro funzione (ogni additivo ha una sigla formata da un numero generalmente preceduta dalla lettera E).

CLASSIFICAZIONE ADDITIVI

Un esempio di classificazione degli additivi è il seguente:

Conservanti

E-200 acido sorbico
E-201 sodio sorbato
E-202 potassio sorbato
E-210 acido benzoico
E-211 sodio benzoato
E-222 sodio metabisolfito

Antiossidanti

E-300 acido L-ascorbico
E-301 sodio L-ascorbato
E-307 alfatocoferolo
E-310 propile gallato
E-320 butil-idrossi-anisolo
E-321 butil-idrossi-toluene

Coloranti Naturali

E-100 curcumina
E-120 cocciniglia
E-140 clorofilla e clorofilline
E-160 carotenoidi
E-161 xantofille
E-162 rosso di bietola
E-163 antociani

Coloranti sintetici

E-102 tartrazina
E-104 giallo di chinolina
E-110 giallo arancio
E-122 azorubina
E-124 rosso cocciniglia
E-127 eritrosina
E-131 blu patent
E-132 indigotina
E-151 nero brillante

Dolcificanti

E-420 sorbitolo
E-421 mannitolo
E-951 aspartame
E-954 saccarina
E-967 xilitolo

Aromi

Naturali
Naturali-identici
Sintetici

Emulsionanti

E-322 Lecitine

Addensanti

E-400 sodio alginato
E-406 agar-agar
E-407 carragenine

IN SINTESI:

COLORANTI: E-102, E-127, E-110, E-160 SONO CONTENUTI IN:

Farmaci per uso orale (confetti, sciroppi e sospensioni)
 Bevande commerciali
 Dolci e gelati
 Marmellati e sciroppi
 Frutta candita
 Alimenti conservati sottaceto e sottolio

CONSERVANTI: E-222 SI TROVA IN:

Farmaci come cortisonici, antibiotici, adrenalina
 Vini (soprattutto bianchi)
 Birra
 Succhi e sciroppi di frutta
 Patate
 Frutta secca
 Funghi secchi
 Gamberi e crostacei
 baccalà

ALIMENTI CHE CONTENGONO ADDITIVI

AC. ACETILSALICILICO

Pomodori, zucchine, cetrioli, meloni, ciliegie, uva, mele, arance, mandarini, fichi, mandorle, dolciumi, pane a cassetta, insaccati, scatolame, alcoolici.

TARTRAZINA E-102 / ERITROSINA E-127

Bibite (aranciata, cola, etc.), sciroppi, marmellate, caramelle, confetti, chewing gum, frutta candita, creme per pasticceria, budini, gelati, torrone, marzapane, conserve vegetali, sottaceti, sottoli, formaggi fusi, fiocchi di patate, medicinali (sciroppi, gocce, compresse).

GIALLO ARANCIO E-110 / ANNATO E-160

Bibite analcoliche, budini, caramelle, chewing gum, conserve vegetali (creme spalmabili alla nocciola), creme per pasticceria, marmellate, sciroppi, frutta candita, torrone, marzapane, gelati, prodotti dolciari, margarina, sottaceti, sottoli, succedanei del caviale, medicinale (sciroppi, gocce, compresse).

SODIO BENZOATO E-211

Bibite analcoliche, succhi di frutta, succedanei del caviale, pesce in scatole o sottovetro, salse confezionate (maionese, salsa tartara, etc.), formaggi fusi, medicinali (sciroppi, gocce, compresse).

SODIO BISOLFITO E-222

Aceto, vini, mosti, birra, sidro, succhi di frutta, mostarde di frutta, marmellate, frutta secca e candita, patate crude e sbucciate, amidi e fecole, aglio fresco, funghi secchi, sottaceti, sottoli, crostacei freschi e surgelati, baccalà.

ASPARTAME

Dolcificante di sintesi usato come tale presente in prodotti dietetici.

UN ACCENNO SULLA MALATTIA CELIACA

Esistono inoltre delle forme di allergia alimentare "mista" in cui intervengono entrambi i meccanismi, come la celiachia.

La celiachia è un'intolleranza permanente al glutine, sostanza proteica presente in avena, frumento, farro, kamut, orzo, segale, spelta e triticale.

La M.C. ha una forte impronta genetica, è sicuramente una delle più frequenti malattie su base genetica che conosciamo; infatti

si presenta in un individuo su 100-300. E' stata dimostrata una forte associazione della malattia celiaca con i geni del complesso **HLA**.

La malattia celiaca sempre meno frequentemente si accompagna ad una sindrome da malassorbimento: accanto alla forma classica (diarrea, steatorrea, calo ponderale) si osserva sempre più:

* **una forma subclinica**: con sintomi esclusivamente extraintestinali (anemia sideropenica, osteoporosi precoce, aborti

ricorrenti).

* **Una forma silente**: in assenza di sintomi ma associata a patologie o gruppi a rischio per malattia celiaca (parenti di 1° grado, diabete mellito insulino-dipendente, tireopatie autoimmuni).

* **Una forma latente**: con lesioni istologiche ma in assenza completa di alcuna sintomatologia (come si verifica in alcuni pazienti diagnosticati durante le campagne di screening di massa).

IL GLUTINE IN NATURA SI TROVA IN...

Frumento		Farina, amido, semolino, fiocchi di grano, orzo, segale, avena
Orzo		Pasta d'ogni tipo, pasta ripiena (es. ravioli, tortellini, gnocchi fatti con farina di frumento ecc....) Pane comune e speciale, pangrattato
Segale		Grissini, crackers, fette biscottate, pan carrè, focacce, pizza
Farro	e quindi in	Crusca, malto (viene dall'orzo), miscele di cereali
Kamut, spelta, triticale		Dolci contenenti farina, biscolli

MA NON LO TROVIAMO IN...

Riso		Farina di riso, crema e amido di riso
Miglio		Farina di miglio
Mais		Farina di mais, polenta, maizena (amido di mais), pop-corn
Grano saraceno	e quindi in	Fecola di patate
Sesamo		Farina di soia pura e farina di tapioca
Legumi		Fiocchi di riso, mais, soia, tapioca senza aggiunta di malto

* **Una forma potenziale:** in assenza di sintomatologia e di lesioni istologiche ma che caratterizza i pazienti che appartengono a categorie a rischio per malattia celiaca (parenti di 1° grado, etc.).

L'incidenza di questa intolleranza in Italia è stimata in un soggetto ogni 100/150 persone. I celiaci potenzialmente sarebbero quindi 400 mila, ma ne sono stati diagnosticati intorno ai 75 mila. Ogni anno vengono effettuate 5 mila nuove diagnosi ed ogni anno nascono 2.800 nuovi celiaci, con

un incremento annuo di circa il 10%.

Per curare la celiachia, attualmente, occorre escludere dalla dieta alcuni degli alimenti più comuni, quali pane, pasta, biscotti e pizza, ma anche eliminare le più piccole tracce di farina da ogni piatto.

Questo implica un forte impegno di educazione alimentare. Infatti l'assunzione di glutine, anche in piccole dosi, può causare danni. La dieta senza glutine, condotta con rigore, è l'unica terapia che garantisce al celiaco un perfetto stato di salute.

LA DIAGNOSI DI CELIACHIA

Nel soggetto geneticamente predisposto l'introduzione di alimenti contenenti glutine, quali pasta, pane, biscotti o anche tracce di farina ricavata da cereali vietati, determina una risposta immunitaria abnorme a livello dell'intestino, cui consegue un'inflammatione cronica con scomparsa dei villi intestinali.

Importanti e qualche volta irreversibili le malattie determinate da una diagnosi tardiva: osteoporosi, infertilità, aborti ripetuti, bassa statura nei ragazzi, diabete melli-

to, tiroidite autoimmune, alopecia, epilessia con calcificazioni cerebrali e il temutissimo linfoma intestinale.

La diagnosi di celiachia si effettua mediante dosaggi sierologici: gli **AGA** (anticorpi anti gliadina di classe IgA e IgG), gli **EMA** (anticorpi anti endomisio di classe IgA). Recentemente è stato messo a punto un nuovo test per il dosaggio di anticorpi di classe IgA, gli **Anti-transglutaminasi**.

Per la diagnosi definitiva di celiachia è però indispensabile una **biopsia dell'intestino tenue** con il prelievo di un frammento di tessuto, dall'esame istologico del quale è possibile determinare l'atrofia dei villi intestinali.



LA CELIACHIA NEL BAMBINO

Nella maggior parte dei casi, l'intolleranza si evidenzia a distanza di circa qualche mese dall'introduzione del glutine nella dieta, con un quadro clinico caratterizzato da diarrea, vomito, anoressia, irritabilità, arresto della crescita o calo ponderale. Nelle forme che esordiscono tardivamente, dopo il 2°-3° anno di vita, la sintomatologia gastroenterica è per lo più sfumata e in genere prevalgono altri sintomi, quali deficit dell'accrescimento della statura e/o del peso, ritardo dello sviluppo puberale, dolori addominali ricorrenti e anemia sideropenica, che non risponde alla somministrazione di ferro per via orale.

LA CELIACHIA NELL'ADULTO

La celiachia, che può colpire qualsiasi fascia d'età, è considerata tipica dell'età pediatrica e spesso nell'età adulta non viene presa in considerazione neppure negli ambienti specialistici. L'intolleranza può comparire più o meno acutamente in un periodo qualsiasi della vita, spesso dopo un evento stressante quale una gravidanza o un intervento chirurgico o una infezione intestinale. Le manifestazioni cliniche sono assai varie: alcuni soggetti presentano un quadro classico di malassorbimento con diarrea, perdita di peso e carenze nutritive multiple; altri, invece, riferiscono



uno o più sintomi cronici spesso estranei all'apparato digerente. Sono comuni disturbi quali crampi, debolezza muscolare, formicolii, emorragie, gonfiore alle caviglie, dolori ossei, facilità alle fratture, alterazioni cutanee, afte, disturbi psichici; molto frequente è l'anemia da carenza di ferro. Infine esistono soggetti che non lamentano sintomi o nei quali i disturbi sono talmente modesti da non richiedere l'intervento del medico: vengono diagnosticati solo perché nell'ambito familiare c'è un altro membro affetto da celiachia. Non raramente alla celiachia sono associate malattie quali il diabete, l'artrite reumatoide, l'epatite cronica attiva, alterazioni della tiroide, la dermatite erpetiforme.

PATOLOGIE ASSOCIATE

Molte malattie ben conosciute risultano essere associate alla celiachia.

Tra queste in età pediatrica segnaliamo: **il diabete mellito insulino-dipendente** (2,7%) e la **sindrome di Down** (10%).

Tra le altre patologie più frequentemente associate alla MC vanno inoltre ricordate: **tiroiditi autoimmuni, morbo di Addison, nefropatia da IgA, porpora trombocitopenica autoimmune, anemia emolitica autoimmune, artrite reumatoide giovanile, sindrome di Turner, sindrome di Williams, epilessia** (con o senza calcificazioni endocraniche), **psoriasi, dermatite erpetiforme**.

COME E PERCHÉ VARIARE LA PROPRIA DIETA

L'esclusione nella dieta delle prolamine di grano, orzo, segale, farro ecc. condiziona inevitabilmente scelte alimentari ed abitudini quotidiane come fare la spesa o mangiare fuori casa.

Queste attenzioni specifiche non devono escludere le regole di base di una alimentazione sana ed i principi della "dieta mediterranea" rappresentata da cereali, legumi, frutta ed ortaggi, pesce, olio di oliva.

La densità energetica, il contenuto in fibre vegetali e vitamine, il contenuto e la composizione dei grassi prevalentemente di origine vegetale di questi alimenti hanno un ruolo protettivo verso molte patologie e favoriscono un buon stato di salute generale. Nell'alimentazione equilibrata dell'adulto il 60% delle calorie della razione dovrebbe provenire dai carboidrati o zuccheri ed il 20-30% dai grassi.

Poiché ogni alimento ha un proprio

profilo nutritivo, e' importante scegliere quantità adeguate (porzioni) di cibi appartenenti ai diversi **gruppi di alimenti**, alternandoli nei vari pasti della giornata per avere disponibili tutti i principi necessari per l'organismo.

VIA LIBERA PER...

* UOVA, CARNE E PESCE

Tutti i tipi di carne, pollame e pesce.

Prosciutto crudo, prosciutto cotto, speck, bresaola, coppa, pancetta, mortadella, salame, salumi d'ogni tipo: consultando il "Prontuario" dell'AIC.

* VERDURA E LEGUMI

Tutti i tipi di verdura fresca, cruda o cotta.

Tutti i legumi freschi e secchi.

* LATTE E DERIVATI

Tutti i tipi di latte.

Yogurt naturale e yogurt alla frutta.

Panna fresca.

Panna a lunga conservazione.

Formaggi freschi e stagionati.

Latticini d'ogni tipo.

*FRUTTA

Tutti i tipi di frutta fresca.

Frutta sciroppata.

Frutta con guscio: noci, nocciole, pistacchi, mandorle, arachidi, o frutta tostata e caramellata.

Castagne.

MA DIVENTANO TOSSICI IN FORMA DI...

* CARNE E PESCE

Carne o pesce impanati (es. cotoletta, bastoncini, hamburger preconfezionati), o infarinati, o cucinati in sughi e salse addensate con farina (arrosti, brasati, ossi buchi, etc...).

Pesce surgelato precotto con farina o amido (es. paella, surimi, etc...) o pronto da cuocere o da friggere infarinato o con pastelle (es. frittura di pesce).

Ragù di carne commerciale con aggiunta di farina o amido.

* VERDURA E LEGUMI

Verdura impanata o infarinata.

Piatti pronti a base di verdura surgelata precotta contenente farina o amido.

Minestre o minestrone surgelati contenenti farro o orzo o amido o farina.

Purè istantaneo se contiene farina o amido.

* LATTE E DERIVATI

Yogurt al malto o ai cereali.

Panna con amido, farina o malto.

Alcuni formaggi fusi o formaggini con amido o farina.



BEVANDE

SI	NO
Tè, Tè deteinato, camomilla, caffè, caffè decaffeinato, lisane	Caffè solubile o surrogati di caffè contenenti orzo o malto
Bevande gassate	Birra
Vino bianco e rosso, spumante, analcolici, bevande alcoliche in genere (tranne le eccezioni vietate)	Whisky, vodka, gin, cocktail preparati con queste bevande
Succhi di frutta	Frappè (miscele già pronte)

DOLCIUMI

SI	NO
Torte, biscotti, dolci fatti in casa con farina di riso o di mais, farina di tapioca o di soia, focola di patate	Cioccolata e pasta di cacao con amido o farina
Gelati e sorbetti: consultare il "Prontuario" dell'AIC	Gelati con biscotto, cialda, pan di spagna
Miele, zucchero, marmellate, cacao purissimo	Creme e budini che contengono farina e malto
Budini di riso o tapioca	Marzapane
	Caramelle, canditi e gelatine del commercio con malto, confetti con farina

GRASSI - CONDIMENTI E VARIE

SI	NO
Burro, lardo, strutto, olio di mais, di girasole, di oliva, di arachide e di soia	Sughi, salse e maionese, senape già pronti in commercio con farina o amido
Maionese, sughi e salse preparati in casa	Condimenti a composizione non definita
Panna fresca e mascarpone	Lievito di birra
Pepe, zafferano e spezie aromatiche	Prodotti sott'olio con olio di semi vari
Lievito chimico	
Prodotti sott'aceto e sott'olio	

LA CONTAMINAZIONE: cose da NON fare...

1. Infarinare gli alimenti con farine vietate.
2. Aggiungere farine vietate in salse e sughi di cottura.
3. Utilizzare l'acqua di cottura già usata per la pasta comune.
4. Inquinare il cibo con mani infarinate o con utensili sporchi di farina.
5. Appoggiare il cibo direttamente su superfici contaminate, utilizzare carta da forno o fogli di alluminio sui piani di lavoro, teglie infarinate, griglie dove si abbrustolisce il pane comune. Tagliere, forni o piastre dove si cuociono pizza o prodotti da forno confezionati con farina comune.

Oltre a dare tutte le indicazioni relative agli alimenti da utilizzare e non, la dietista dà ulteriori consigli per:

1. Usare a casa delle precauzioni relative alle metodiche culinarie (pentole, utensili separati per le varie cotture).
2. Coinvolgere tutta la famiglia affinché vengano utilizzate per tutti componenti farina e pangrattato senza glutine.
3. Rendere più pratica e agevole la spesa giornaliera presso i supermercati facendo un giusto utilizzo del Prontuario AIC (es. evidenziare gli alimenti di più frequente consumo).
4. Frequentare senza "timore" locali di ristoro in cui è possibile avere tutte le garanzie dietetiche di cui il celiaco ha necessità.
5. E' sempre comunque disponibile a colloqui individuali, per qualsiasi chiarimento mirato alla buona compliance dietetica.

CONCLUSIONI

La dieta senza glutine nei celiaci determina un significativo miglioramento dei parametri nutrizionali, misurati dall'antropometria (Smecuol, 1997).

Seguire correttamente e per sempre la dieta senza glutine non è facile e richiede un impegno sia da parte del paziente che da parte del medico, specialmente nei soggetti asintomatici.

A livello sociale ci sono stati numerosi passi in avanti: le guide dell'Associazione Italiana per la Celiachia, l'elenco dei locali che servono pietanze preparate con

prodotti privi di glutine, l'esenzione dal servizio militare dei giovani affetti dal morbo celiaco.

Al fine di limitare il problema economico lo Stato Italiano con un decreto ministeriale del 1 Luglio 1982, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n° 217, ammette l'erogazione gratuita dei prodotti senza glutine. Tali prodotti sono venduti nelle farmacie, ai soggetti celiaci purché la diagnosi con biopsia intestinale sia stata effettuata presso un centro ospedaliero o universitario.

BIBLIOGRAFIA

BACH J.F., LESAVE P. – Immunologia. Flammarion Medicine-Sciences, 1991

ERRIGO E. – Manuale pratico di allergologia. Lombardo Editore, Roma, 1990

FERGUSON A. – Food intolerance and allergy definitions and spectrum of clinical features. *Bibl. Nutr Diet*, 1991; 48;17-23

MONDADORI M., RIZZO C. – Ecologia clinica e intolleranze alimentari. Ed. Tecniche Nuove, 1995

SCEVOLA D., MARONE P. – Flora intestinale e salute della microbiologia alla clinica. Edizioni Grafiche Mazzucchelli, Milano, 2000

SHEINKIN D., SCHACTER M., HUTTON R. – Le intolleranze alimentari. Edizioni Red, 1991

SPECIANI A., GIANFRANCESCHI P., FASANI G. – Le ipersensibilità alimentari. Ed: Tecniche Nuove, 1995

WATKINS A.D. – The role of alternative therapies in the treatment of allergic disease. *Clin Exp Allergy*, 1994

HERMANN G.F. – Le intolleranze alimentari. Atti del 2° Congresso

S.E.N.B., Suppl. al N° 3/2000, La Med. Biol., pagg. 3-7

De Weck AL. Does allergology still have a future? (editorial) – ACI News – 1992: 0004: 005:0001

Kardinaal AF. Epidemiology of food allergy and food intolerance – Bibl Nutr Dieta – 1991: 048:00170023
Scadding GK. Brostoff J. Low dose sublingual therapy in patients with allergic rhinitis due to house dust mite – Clinical Allergy – 1986: 0016: :0483-0491

Metzger WJ. Walden B. Sinar DR. Brestel EP. Chronic fatigue syndrome: atopy, rhinitis, Fibromyalgia. Evidence for delayed muscle relaxation – J Allergy Clin Immunol 1989: 83: 1:212

Ferguson A. Food intolerance and allergy. Definitions and spectrum of clinical features – Bibl Nutr Dieta – 1991: 0048:00170023

Kaplan AP Non-allergic, cytokine networks, & welcome to San Francisco – ACI News – 1991: 001: 0003

Kemeny DM, Price JF. Richardson V. Richards D. Lessof MH. Te IgE and subclass antibody response to food in babies during the first year of life and their relationship to feeding regime and development of food allergy – J Allergy Clin

Immunol – 1991: 005:0920-0929

Speciani AF. Fasani G. Fumagalli M. et al. Oral tolerance induction by low-dose nickel solution. Effective and safe treatment of nickel-induced eczema. Allergy. 2001: 56 (s68):146

Speciani A. F.. Pigatto P. D.. Fasani G.. Fumagalli M. Treatment of nickel dependent dermatitis by low-dose nickel solution, individually defined by DRIA test (Dynamometric Research In food Allergy). Allergy. 1998: 43:53 (suppl):71

Patriarca G et al. Anesth Analg. 2002: 94:754-58

Patriarca G et al. Anesth Analg. 2002: 95:956-960

Jutel M et al. Immune regulation by histamine. Curr Opin Immunol 2002: 14:735-40

Kunzmann S.. Blaser K. Et al. Histamine enhances TGF-beta mediated suppression of Th2 responses. FASEB J – 2003: 17(9): 1089-95

De Weck AL. Oral or sublingual immunotherapy? A topic deserving new evaluation – ACI International – 1996: 8:1.19-29

Crimi E. Voltolini S. Troisw C.

Gianiorio P. Crimi P. et al. – Local immunotherapy with dermatophagoides extracts in asthma – J. Allergy Clin Immunol. 1991: 0087: :0721-0728

Speciani AF. Fasani G. Fumagalli M. Dermatose e intolleranze alimentari, gli ultimi dati – Nov. 1999. Incontri di Dermocosmetologia medica e chirurgica (Sant Vincent)

Speciani AF. Fasani G. Fumagalli M. La terapia integrata delle ulcere venose: ipersensibilità alimentare – Dic. 1999. 3° Congresso Nazionale di Flebologia (Siena)

Larramendj CH. Pascual CY. Fiandor AM. Ojeda JA. Esteban MM. Possible effects of fish elimination diet (fed) in patients with asymptomatic immediate hypersensitivity to fish (ihf) – J Allergy Clin Immunol (Part 2) 1990: 85:1:274

McEwen LM. Enzyme potentiated hypsensibilization: V. Five case reports of patients with acute food allergy – Annals of Allergy 1975: 35:2:98-103

Fumagalli M. Pigatto PD. Legori A. Speciani AF. Gianfranceschi P. Fasani G. Usefulness of a new non – invasive method (DRIA test) in the diagnosis of nickel – dependent contact pompholix –

Australasian Journal of Dermatology 1997; 38 (suppl.2):3040

Perrone G, Cestaro B, Cazzola R, Ostan B, Speciani AF. Food Hypersensitivity: significant improvement of lag-time, oxidative pattern and cholesterol level in adults following a DRIA test defined diet. Allergy Clin Immunol Int: Suppl. 1.2003.214

Transglutaminase as the autoantigen of celiac disease. Nat med 1997 Jul; 3 (7):797-801.

Catassi C, Ratsch IM, Fabiani E, et al. Coeliac disease in the year 2000: exploring the iceberg. Scand J Gastroenterol 2002; 37:679-84.

Troncone R, Greco L, Auricchio S. Gluten-sensitive enteropathy. Pediatr Clin North Am 1996; 43:355-73

Catassi C, Fabiani E, Ratsch IM, Coppa GV, Giorgi PL, Pierdomenico R, et al. The coeliac iceberg in Italy. A multicentre antigliadin antibodies screening for coeliac disease in school-age subjects. Acta Paediatr Suppl 1996;412:29-35

Ventura A, Magazzù G, Greco L. Duration of exposure to gluten and risk for autoimmune disorders

in patient with celiac disease. Gastroenterology 1999; 117:297-303.

Catassi C, Fabiani E, Ratsch IM, Coppa GV, Giorgi PL, Pierdomenico R, et al. The coeliac iceberg in Italy. A multicentre antigliadin antibodies screening for coeliac disease in school-age subjects. Acta Paediatr Suppl 1996;412:29-35.

Bottaro G, Cataldo F, Rotolo N, Spina M, Corazza GR. The clinical pattern of subclinical/Silent Celiac Disease: An analysis on 1026 consecutive cases. Am J Gastroenterol 1999; 94:961-6.

Kolho KI, et al. Screening for celiac disease in women with a history of recurrent miscarriage or infertility. Br J Obstet Gynaecol. 1999; 106:171-3.

Hozyasz K, et al. Coeliac disease and birth defects I offspring. Gut 2001; 49(5):738.

Farthing MJ, Rees LH, Dawson AM. Male gonadal function in coeliac disease: III. Pituitary regulation. Clin Endocrinol 1983;19:661-71

Szulc P, Delmas PD. Osteoporosis in the aged male. Press Med 2002;31:1760-6.

Berti I, Horvath K, Green PHR, Sblattero D, Not T, Fasano A. Prevalence of celiac disease among risk groups and the general population in U.S.A. J Invest Med 2000;48:206:220A

Fasano A, Not T, Wang W, Uzzau S, Berti I, Tommasini A, Goldblum SE. Zonulin, a newly dis

Atkinson W. et al. - Food elimination based on IgG antibodies in irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial. Gut 2004; 53: 1459-64.

Battais F. et al. - Food allergy to wheat: identification of immunoglobulin E and immunoglobulin G-binding proteins with sequential extracts and purified proteins from wheat flour. Clin Exp Allergy 2003; 33: 962-70.

Foster A.P. et al. - Serum IgE and IgG responses to food antigens in normal and atopic dogs, and dogs with gastrointestinal disease. Vet Immunol Immunopathol 2003; 92: 113-24.

Hidvegi E. et al. - Serum immunoglobulin E, IgA, and IgG antibodies to different cow's milk proteins in children with cow's milk allergy: association with prognosis and clinical manifestations. Pediatr Allergy Immunol 2002; 13: 255-61.

Isolauri E. et al. - Food allergy in irritable bowel syndrome: new facts and old fallacies. Gut 2004; 53: 1391-93.

Kokkonen J. et al. - A similar high level of immunoglobulin A and immunoglobulin G class milk antibodies and increment of local lymphoid tissue on the duodenal mucosa in subjects with cow's milk allergy and recurrent abdominal pains. Pediatr Allergy immunol 2002; 13: 129-36.

Rees T. et al. - A prospective audit of food intolerance among migraine consumers in primary care clinical practice. Headache Care 2005; Vol 2 No 1: 11-14.

Ruffelli M., De Pità O. - Diagnosi di laboratorio delle reazioni avverse ad alimenti. Metodiche a confronto. Biologi Italiani 2005; 11: 20-23.

Vance G.H.S. et al. - Ovalbumin-specific immunoglobulin G and subclass responses through the first 5 years of life in relation to duration of egg sensitization and the development of asthma. Clin Exp Allergy 2004; 34: 1855-61.

Whorwell P.J. et al. - IgG antibodies to foods in IBS. Gut 2005; 54: 1204.

Zar S. et al. - Food-specific serum IgG4 and IgE titers to common food antigens in IBS. Am J Gastroenterol. 2005, Vol 100:

1550-7