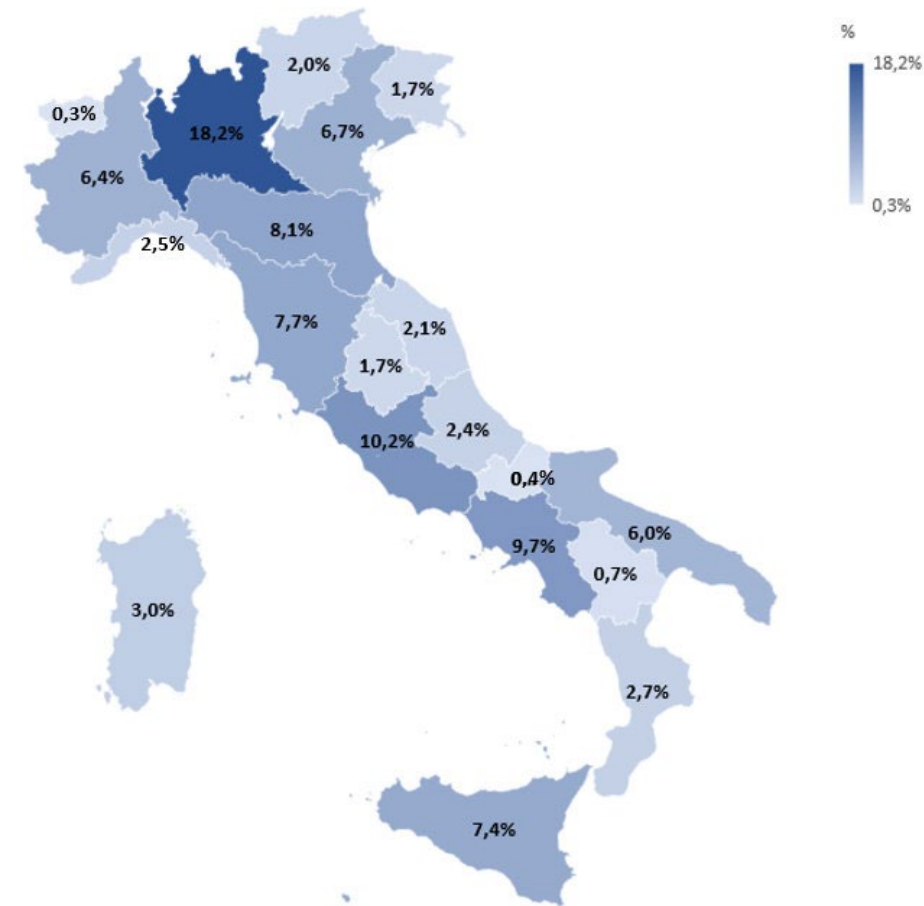


Rete regionale della Malattia Celiaca Pediatrica – Anno 2024



Secondo l'ultima relazione presentata al Parlamento nel 2023 e relativa all'anno 2021, in **Campania** risiede il 9,7% della popolazione celiaca italiana, per un **totale di 23.431** celiaci, così distribuiti:

Maschi	7.533
Femmine	15.898
M/F ratio	0,47

La **prevalenza**, pertanto, riferita all'anno 2021, in Campania si è attestata allo 0,42%; la stessa, stratificata per genere, risulta così composta:

- Prevalenza M 0,28%
- Prevalenza F 0,55%

Andamento dai casi di celiachia

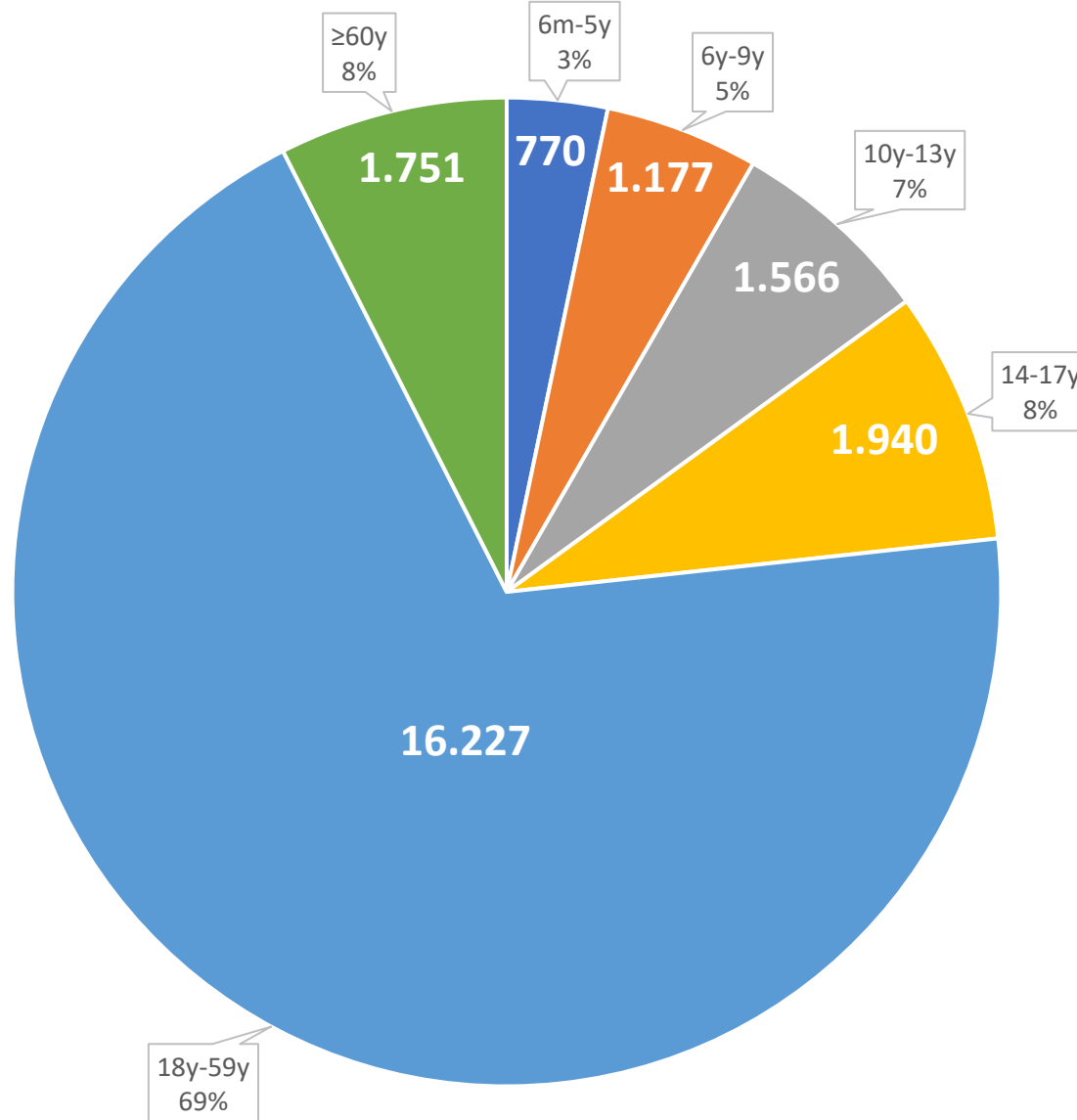


In Campania, nel triennio 2019-2021, il numero di **Nuove diagnosi** registrate è stato 1.585 (2019), 222 (2020) e 889 (2021), con una media – nel triennio – di **899 nuove diagnosi per anno.**

Fonte: EpiCentro – Istituto Superiore di Sanità

Celiachia in Campania per fasce di età – Anno 2021

Su un totale di 23.431 diagnosi di MC effettuate nel 2021, 5.453 (23%) sono di interesse pediatrico.



Condizioni cliniche associate ad un aumento di prevalenza della Malattia Celiaca (MC)

Familiari di I grado di pazienti celiaci	Diarrea cronica	Perdita di peso non spiegabile da altra causa	Anemia da carenza di ferro
Deficit di ferro, acido folico e vit. B12	Scarsa crescita nei bambini	Stipsi ostinata nel bambino	Sintomi compatibili con sindrome da intestino irritabile
Dolori addominali ricorrenti	Nausea, vomito ricorrente	Colite microscopica	Ulcerazioni aftose ricorrenti / difetti dello smalto dentale
Transaminasi epatiche elevate altrimenti inspiegabili	Dermatite erpetiforme	Tiroidite di Hashimoto e malattia di Graves	Psoriasi o altre lesioni cutanee diverse dalla DH
Altre malattie autoimmuni (es. gastrite autoimmune, epatite autoimmune, colangite biliare primitiva, sindrome di Sjogren, DMT1)		Iperamilasemia-iperenzimemia pancreatica non spiegata	Deficit di IgA
Osteopenia / osteoporosi	Atassia o neuropatia periferica inspiegabile	Epilessia	Infertilità, aborto spontaneo ricorrente, menarca tardivo, menopausa precoce
Sindrome da stanchezza cronica, fibromialgia	Iposplenismo o asplenia funzionale	Sindrome di Down o di Turner o di Williams	

Qual è il test sierologico più appropriato?

Anticorpi anti-transglutaminasi tipo 2 (anti-tTG, IgA e/o IgG), anticorpi anti-endomisio (EMA, IgA), anti-gliadina deamidati (anti-DGP, IgG):

Test	Osservazioni
anti-tTG IgA	è il test più sensibile, con alta specificità
EMA IgA	è il test più specifico
IgA totali	2-3% di pazienti con MC è affetto da <u>deficit di IgA*</u>
*anti-DGP, IgG	*in caso di deficit di IgA
* anti-tTG, IgG	

Biopsie duodenale

Gold standard.

Biopsie multiple della seconda/terza porzione duodenale (almeno 4) devono essere sempre effettuate, se si sospetta una diagnosi di MC, anche al bulbo duodenale (1-2).

Ogni biopsia deve essere effettuata con una singola presa e orientata su filtri millipore di acetato di cellulosa.

Classificazione: **Marsh modificata.**

Punti essenziali per un corretto referto anatomico-patologico:

1.	Il numero complessivo di biopsie effettuate al II duodeno e al bulbo
2.	Orientamento adeguato o meno delle biopsie
3.	La percentuale di IEL (l'utilizzo di immunistochimica per CD3 nei casi dubbi).
4.	L'architettura dei villi (normale, con atrofia parziale, sub-totale o totale). Presenza di iperplasia delle cripte, altezza dei villi in rapporto alla profondità delle cripte
5.	La descrizione del contenuto della lamina propria: nella MC c'è un'infiltrazione con linfociti, plasma cellule ed eosinofili ed occasionalmente neutrofili
6.	La presenza delle ghiandole di Brunner.
7.	Un quadro riassuntivo con utilizzo della classificazione modificata di Marsh o quella di Corazza-Villanacci.

L'analisi genetica

Un test negativo per HLA-DQ2/8 rende la diagnosi di MC molto improbabile (valore predittivo negativo > 99%).

Il test HLA-DQ2 / DQ8 dovrebbe essere utilizzato per escludere la MC in situazioni cliniche selezionate, tra cui (Pallav et al. 2014):

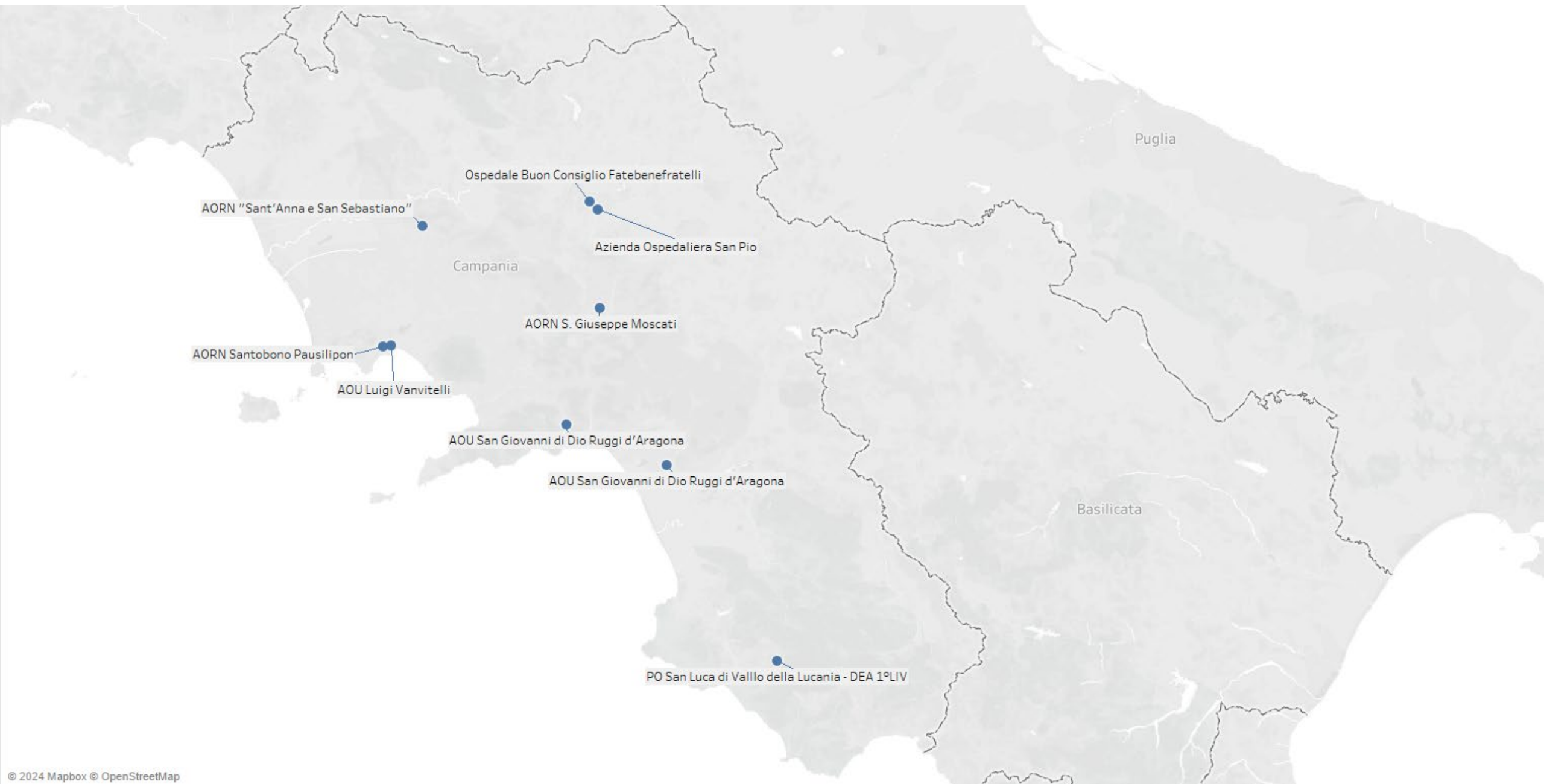
- a) quando i risultati della sierologia specifica per MC e dell'istologia sono discrepanti: assenza di atrofia all'istologia in pazienti con anti-tTG ed EMA positivi (potenziali) oppure nei casi di atrofia dei villi con sierologia negativa (celiachia sieronegativa);
- b) valutazione dei pazienti in cui non è stato eseguito alcun test per la MC prima di iniziare la dieta priva di glutine;
- c) nei familiari di primo e secondo grado per valutare la predisposizione genetica.

Requisiti dei Centri

Criteri <u>comuni</u> a Presidi accreditati e Centri di Terzo livello	Criteri <u>specifici</u> dei Centri di Terzo livello
<p style="text-align: center;">Prestazioni e Servizi</p> <p>Capacità di effettuare autonomamente o presso strutture accreditate dal SSR le seguenti prestazioni diagnostiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sierologia: anticorpi anti-transglutaminasi, anti-endomisio, anti peptidi deamidati della gliadina ✓ Genetica: determinazione del genotipo HLA ✓ Endoscopia digestiva (con sedazione unicamente per i Presidi pediatrici) ✓ Esame istologico (colorazione EO; immunoistochimica) della biopsia duodenale 	<p style="text-align: center;">Prestazioni e Servizi</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Diagnosi e cura dei casi di celiachia refrattaria e complicata (come definito nel “Protocollo per la diagnosi e il follow-up della celiachia” approvato dalla Conferenza Stato – Regioni il 30 luglio 2015). ✓ Attività di formazione sulla celiachia nei confronti della classe medica della regione di riferimento e attività di audit sui Presidi accreditati, secondo indicazioni regionali.
<p style="text-align: center;">Competenze e formazione del Personale</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Personale medico appartenente alle seguenti specializzazioni: Medicina Interna o Gastroenterologia o Immunologia (Presidi per l’adulto), Pediatria (Presidi pediatrici) con comprovata esperienza in diagnosi e cura della celiachia: dermatologia (limitatamente alla diagnosi della dermatite erpetiforme) ✓ Anatomopatologo con comprovata esperienza nella diagnosi di celiachia ✓ Dietista 	<p style="text-align: center;">Competenze e formazione del Personale</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Personale Medico con comprovata eccellenza scientifica in diagnosi e cura della celiachia (pubblicazioni su riviste internazionali dotate di IF, partecipazioni a convegno come relatori e a corsi come docenti sulla celiachia).

Lo stesso documento ha calcolato in base alla popolazione regionale e al numero atteso di diagnosi il numero teorico di presidi accreditati fissandolo in 12 per i pazienti adulti e 11 per i pazienti in età pediatrica. Questi si aggiungono ai due Centri di terzo livello previsti rispettivamente per i pazienti adulti e per i pazienti in età pediatrica.

Rete regionale della Malattia Celiaca Pediatrica – Anno 2024



Rete regionale della Malattia Celiaca Pediatrica – Anno 2024

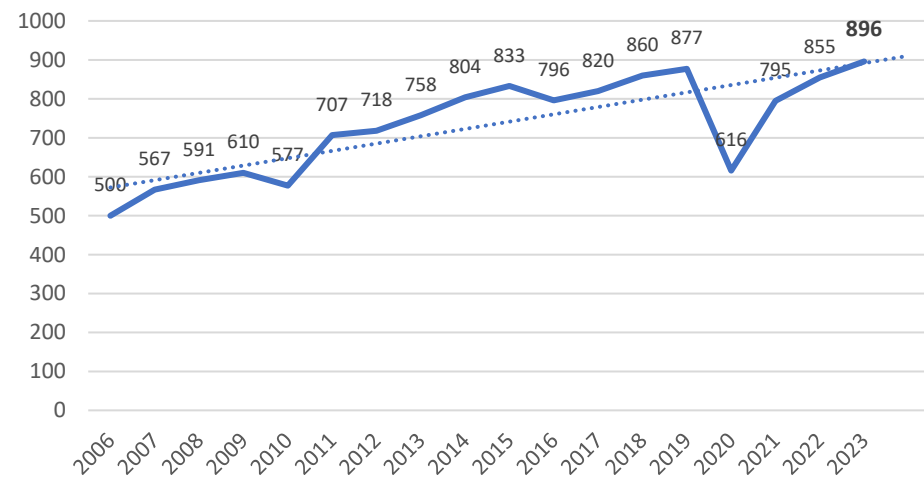
Unità Operative coinvolte

Struttura	Unità	Direttore	Responsabile CeliacDB+
Ospedale Buon Consiglio Fatebenefratelli (BN)	UOC Pediatria Neonatologia e Utin	Raffaello Giovanni RABUANO	Carlo PARENTE
Azienda Ospedaliera San Pio (BN)	UOC Pediatria e Adolescentologia	Maria Giovanna LIMONGELLI (FF)	Maria Giovanna LIMONGELLI
AORN Sant'Anna e San Sebastiano (CE)	UOC Pediatria	Felice NUNZIATA	Maria Teresa RUSSO
AOU Luigi Vanvitelli (NA)	UOC Pediatria Generale e Specialistica	Emanuele MIRAGLIA DEL GIUDICE	Caterina STRISCIUGLIO
AORN Santobono Pausilipon (NA)	UOC Pediatria Generale e Immuno-Reumatologia	Luigi MARTEMUCCI	Michele IAFUSCO
AORN Santobono Pausilipon (NA)	UOC Gastroenterologia ed Epatologia Pediatrica	Mariano CALDORE (FF)	Mariano CALDORE
AOU San Giovanni di Dio Ruggi d'Aragona (SA)	UOC Pediatria (Plesso S. Maria Olmo – Cava de' Tirreni)	Mauro BUDETTA	Grazia D'ADAMO, Virginia SALVATI
AOU San Giovanni di Dio Ruggi d'Aragona (SA)	UOC Pediatria (Plesso S. Maria Speranza - Battipaglia)	Eleonora ARDIA	Eleonora ARDIA
PO San Luca di Vallo della Lucania - DEA 1°LIV (SA)	UOC Pediatria/nido	Maria Rosaria LAROCCA	Maria Rosaria LAROCCA (Pietro SPERANZA)
AORN S. Giuseppe Moscati (AV)	UOC Pediatria	Giovanna Roberta VEGA (FF)	Giovanna Roberta VEGA
AOU Federico II (NA)	UOC Pediatria Specialistica	Riccardo TRONCONE	Renata AURICCHIO

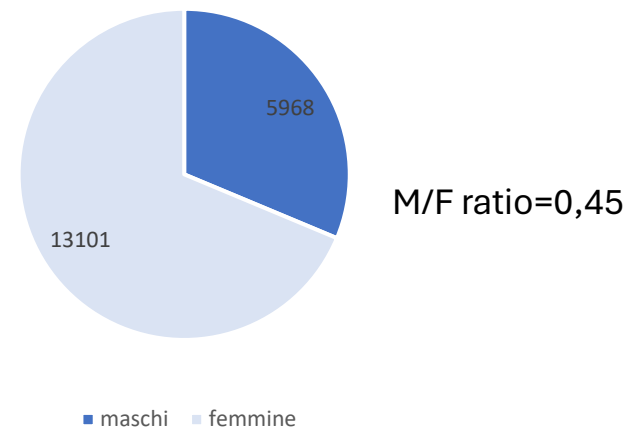
Rete regionale della Malattia Celiaca Pediatrica – Anno 2024

Lo «storico» dei dati presenti sul Registro Regionale della Celiachia **celiac DB+**

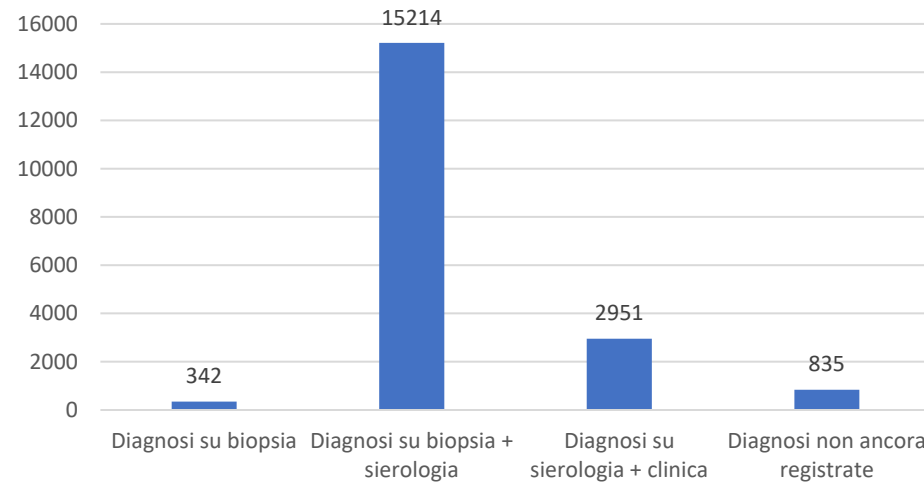
Diagnosi registrate per anno



Numero dei pazienti in archivio



Modalità della diagnosi di MC



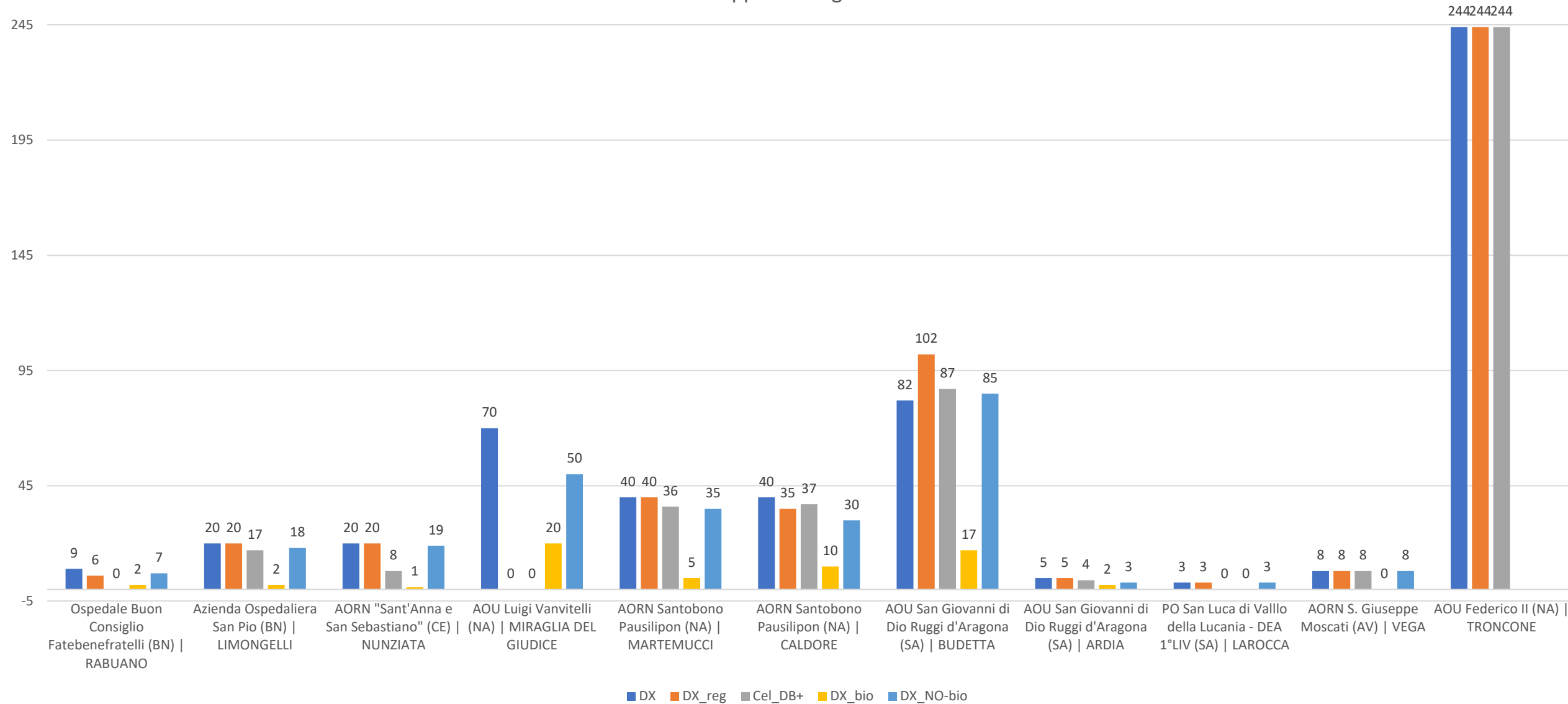
Su un totale di 19.342 Diagnosi di MC dal 2006 ad oggi, 835 (4,32%) incomplete???

Le diagnosi effettuate senza l'ausilio di biopsia costituiscono il 19,4% delle diagnosi totali

Rete regionale della Malattia Celiaca Pediatrica – Anno 2024

Risultati dell'audit somministrato ai centri che fanno parte della Rete regionale per la diagnosi della MC pediatrica [1]

Rapporto Diagnosi



Rete regionale della Malattia Celiaca Pediatrica – Anno 2024

Risultati dell'audit somministrato ai centri che fanno parte della Rete regionale per la diagnosi della MC pediatrica [2]

Struttura	MC_AMB	MC_ENDOSCOPY	MC_PATHOLOGIST	DIETISTA	SCREE_1GR	TRANSIT_PROT
Ospedale Buon Consiglio Fatebenefratelli (BN) RABUANO	✓		✓	✓	✓	✓
Azienda Ospedaliera San Pio (BN) LIMONGELLI	✓	✓	✓			
AORN "Sant'Anna e San Sebastiano" (CE) NUNZIATA	✓					
AOU Luigi Vanvitelli (NA) MIRAGLIA DEL GIUDICE	✓	✓	✓	✓	✓	✓
AORN Santobono Pausilipon (NA) MARTEMUCCI	✓		✓	✓	✓	
AORN Santobono Pausilipon (NA) CALDORE	✓	✓	✓	✓	✓	✓
AOU San Giovanni di Dio Ruggi d'Aragona (SA) BUDETTA	✓	✓	✓		✓	
AOU San Giovanni di Dio Ruggi d'Aragona (SA) ARDIA	✓	✓	✓		✓	
PO San Luca di Vallo della Lucania - DEA 1°LIV (SA) LAROCCA						
AORN S. Giuseppe Moscati (AV) VEGA				✓		
AOU Federico II (NA) TRONCONE	✓	✓	✓	✓	✓	

Rete regionale della Malattia Celiaca Pediatrica – Anno 2024

Risultati dell'audit somministrato ai centri che fanno parte della Rete regionale per la diagnosi della MC pediatrica [3]

Struttura	Ab DGP	Ab EMA	HLA DQ2/8	Serum stock	Biopsy Paraff
Ospedale Buon Consiglio Fatebenefratelli (BN) RABUANO	✓	✓	✓	✓	✓
Azienda Ospedaliera San Pio (BN) LIMONGELLI		✓	✓		
AORN "Sant'Anna e San Sebastiano" (CE) NUNZIATA			✓	✓	
AOU Luigi Vanvitelli (NA) MIRAGLIA DEL GIUDICE	✓	✓	✓	✓	✓
AORN Santobono Pausilipon (NA) MARTEMUCCI		✓			✓
AORN Santobono Pausilipon (NA) CALDORE	✓	✓	✓		✓
AOU San Giovanni di Dio Ruggi d'Aragona (SA) BUDETTA	✓	✓	✓		
AOU San Giovanni di Dio Ruggi d'Aragona (SA) ARDIA	✓	✓	✓		
PO San Luca di Vallo della Lucania - DEA 1°LIV (SA) LAROCCA	✓	✓	✓		
AORN S. Giuseppe Moscati (AV) VEGA	✓	✓	✓		
AOU Federico II (NA) TRONCONE	✓	✓	✓	✓	✓

Il test per gli anticorpi anti-transglutaminasi tipo 2 (anti-tTG, IgA e/o IgG) è assente perché si ritiene effettuato di routine.

European Society Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Guidelines for Diagnosing Coeliac Disease 2020

**Steffen Husby, †Sibylle Koletzko, ‡Ilma Korponay-Szabó, §Kalle Kurppa, ||Maria Luisa Mearin,
¶Carmen Ribes-Koninckx, #Raanan Shamir, **Riccardo Troncone, **Renata Auricchio,
††Gemma Castillejo, ††Robin Christensen, §§Jernej Dolinsek, ||||Peter Gillett,
¶¶Asbjørn Hróbjartsson, ###Tunde Koltai, §Markku Maki, ††Sabrina Mai Nielsen, ***Alina Popp,
†††Ketil Størdal, †Katharina Werkstetter, and †††Margreet Wessels*

Abstract

Objectives: The ESPGHAN 2012 coeliac disease (CD) diagnostic guidelines aimed to guide physicians in accurately diagnosing CD and permit omission of duodenal biopsies in selected cases. Here, an updated and expanded evidence-based guideline is presented.

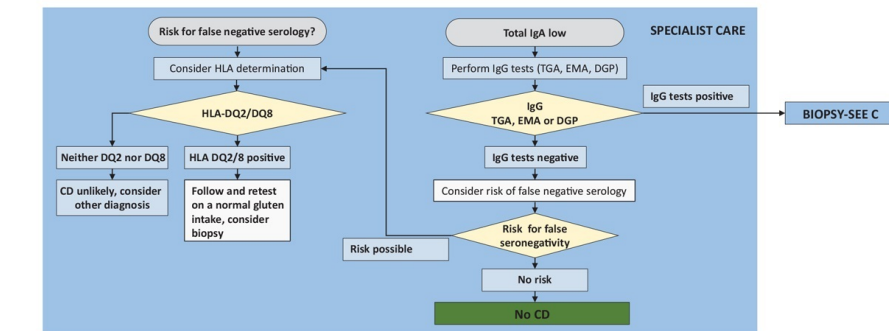
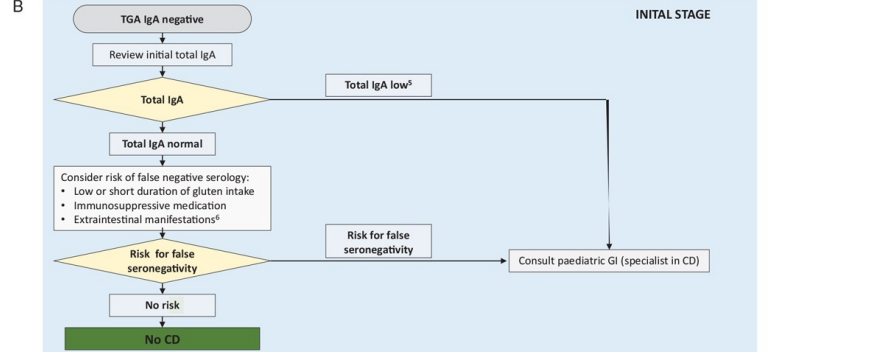
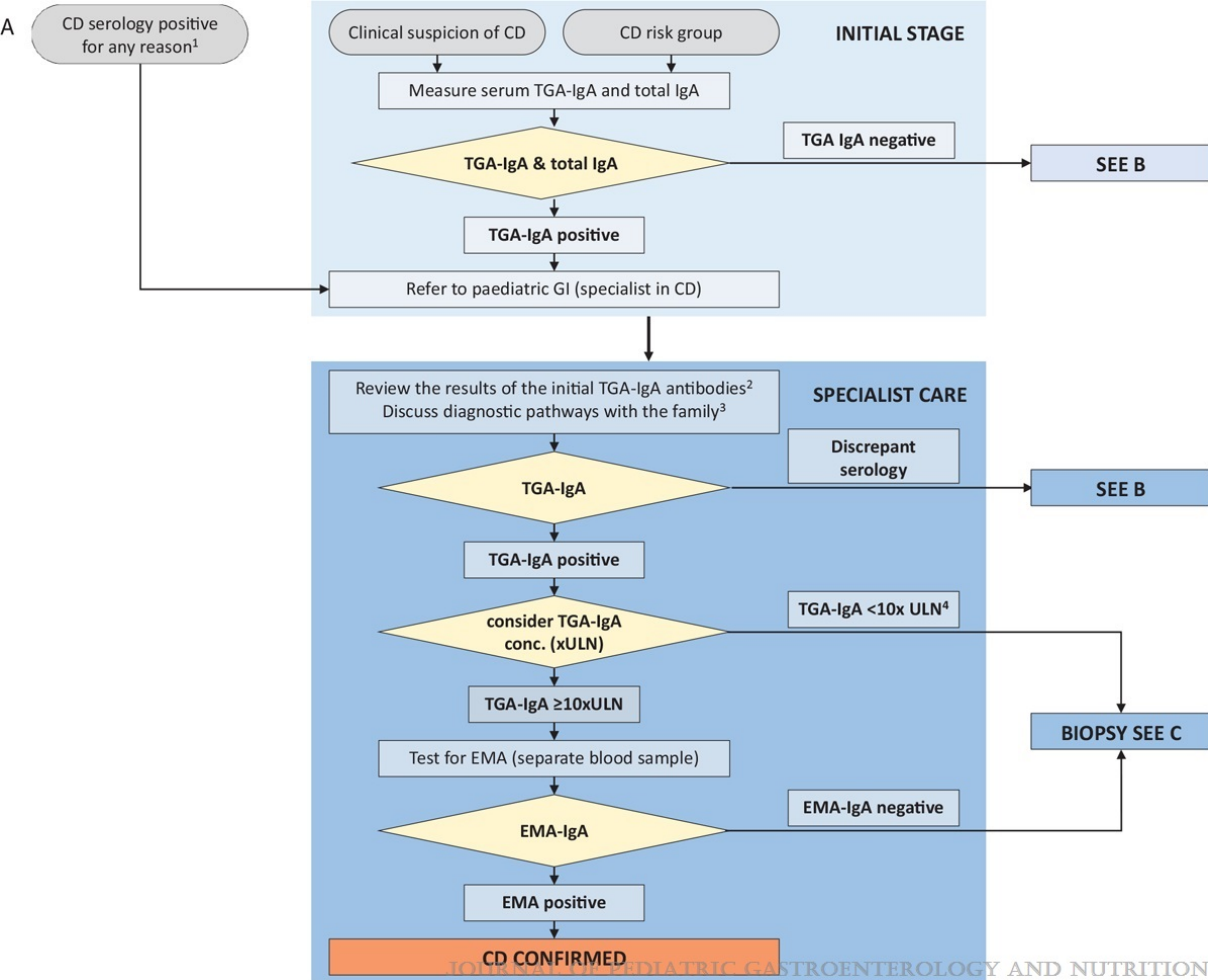
Methods: Literature databases and other sources of information were searched for studies that could inform on 10 formulated questions on symptoms, serology, HLA genetics, and histopathology. Eligible articles were assessed using QUADAS2. GRADE provided a basis for statements and recommendations.

Results: Various symptoms are suggested for case finding, with limited contribution to diagnostic accuracy. If CD is suspected, measurement of total serum IgA and IgA-antibodies against transglutaminase 2 (TGA-IgA) is superior to other combinations. We recommend against deamidated gliadin peptide antibodies (DGP-IgG/IgA) for initial testing. Only if total IgA is low/undetectable, an IgG-based test is indicated. Patients with positive results should be referred to a paediatric gastroenterologist/specialist. If TGA-IgA is ≥ 10 times the upper limit of normal ($10\times$ ULN) and the family agrees, the no-biopsy diagnosis may be applied, provided endomysial antibodies (EMA-IgA) will test positive in a second blood sample. HLA DQ2-/DQ8 determination and symptoms are not obligatory criteria. In children with positive TGA-IgA $<10\times$ ULN at least 4 biopsies from the distal duodenum and at least 1 from the bulb should be taken. Discordant results between TGA-IgA and histopathology may require re-evaluation of biopsies. Patients with no/mild histological changes (Marsh 0/I) but confirmed autoimmunity (TGA-IgA/EMA-IgA+) should be followed closely.

Conclusions: CD diagnosis can be accurately established with or without duodenal biopsies if given recommendations are followed.

Rete regionale della Malattia Celiaca Pediatrica – Anno 2024

ESPGHAN – 2020: Nuove Linee Guida [2]



Algorithm for diagnosis of coeliac disease: A) in IgA-competent subjects, B) in IgA deficient subjects, C) for biopsy. 1Other than TGA-IgA, including point-of-care tests and DGP. 2 Check the value also in relation to the cut-off and repeat the test if questionable or borderline. No need to retest if done with validated assay with calibration curve. Test with conventional TGA-IgA test if positive POCT and TGA has not been measured quantitatively. 3Convey the message that the diagnosis of coeliac disease with or without biopsy confirms the need for a lifelong gluten-free diet and that re-evaluation after introduction of the diet would need prolonged re-exposure to gluten with a series of further investigations. 4If TGA-IgA is only borderline positive confirm sufficient gluten intake and consider re-testing of TGA-IgA and EMA. 5Low for age or <math>< 0.2 \text{ g/L}</math> above the age of 3 years. 6For example, dermatitis herpetiformis, in which serology is frequently negative. 7The cut-off for normal numbers of IEL is >25 cells/100 enterocytes. The action done at the initial stage in primary care (light blue) is separated from specialist care (dark blue).

ESPGHAN Position Paper on Management and Follow-up of Children and Adolescents With Celiac Disease

^{****}*Maria Luisa Mearin, MD, PhD*, ^{††}*Daniel Agardh, MD, PhD*, ^{§§}*Henedina Antunes, MD, PhD*,
[#]*Abdul Al-toma, MD, PhD*, ^{**}*Renata Auricchio, MD, PhD*, ^{††}*Gemma Castillejo, MD, PhD*,
^{‡‡}*Carlo Catassi, MD, PhD*, ^{§§}*Carolina Ciacci, MD*, ^{**}*Valentina Discepolo, MD, PhD*,
^{||}*Jernej Dolinsek, MD, PhD*, ^{¶¶}*Ester Donat, MD, PhD*, ^{***}*Peter Gillett, MbChB*,
^{†††}*Steffano Guandalini, MD, PhD*, ^{‡‡‡}*Steffen Husby, MD, DMSc*, ^{§§§||}*Sibylle Koletzko, MD*,
^{¶¶¶}*Tunde Koltai, BEng*, ^{#####}*Ilma Rita Korponay-Szabó, MD, PhD*, ^{†††††§§§§}*Kalle Kurppa, MD, PhD*,
^{‡‡}*Elena Lionetti, MD, PhD*, ^{||||¶¶¶}*Karl Mårild, MD, PhD*, ^{#####}*Eva Martinez Ojinaga, MD, PhD*,
^{*}*Caroline Meijer, MD*, ^{‡‡}*Chiara Monachesi, MSc, PhD*, ^{#####}*Isabel Polanco, MD, PhD*,
^{****}*Alina Popp, MD, PhD*, ^{†††††}*Maria Roca, BSc, PhD*, ^{‡‡‡‡}*Alfonso Rodriguez-Herrera, MD, PhD*,
^{§§§§}*Raanan Shamir, MD*, ^{|||||}*Ketil Stordal, MD, PhD*, ^{**}*Riccardo Troncone, MD, PhD*,
^{¶¶¶¶}*Francesco Valitutti, MD, PhD*, ^{#####}*Anita Vreugdenhil, MD, PhD*, ^{*****}*Margreet Wessels, MD, PhD*,
^{†††††}*Penny Whiting, MSc, PhD*; on behalf of the ESPGHAN Special Interest Group on Celiac Disease

Question 2: Who Should Do the Follow-up of Which Patients and Which Is the Role of the Dietitian?

The regular follow-up visits of children with CD are preferably carried out by a **physician** or a **dietitian** experienced in managing the disease. Local conditions and practices may determine how to apply these recommendations, but self-care treatment without access to adequate health care and dietitians is not recommended.

Question 3: What Should Be the Frequency of Follow-up?

The first follow-up visit should be scheduled **3–6 months after CD diagnosis**, but with easy access to the celiac service if earlier advice is needed, and sooner review if there are concerns regarding how the family is coping with the diet, if there are ongoing issues with growth or persistent symptoms or a need to repeat bloodwork earlier. **Subsequent visits should be every 6 months until normalization of the TGA levels**, and **every 12–24 months thereafter**.

Question 4: Adherence to the Gluten-free Diet

Since a gold standard method is still missing, adherence to the GFD should be assessed multidimensionally through a careful evaluation of symptoms, dietary interview and/or dietary questionnaires and laboratory tests.

Rete regionale della Malattia Celiaca Pediatrica – Anno 2024

Normativa di Riferimento [1]

Decreto 8 giugno 2001 Assistenza sanitaria integrativa relativa ai prodotti destinati ad una alimentazione particolare.

Regolamento (CE) n. 178/2002 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 28 gennaio 2002, che stabilisce i principi e i requisiti generali della legislazione alimentare, istituisce l'Autorità europea per la sicurezza alimentare e fissa procedure nel campo della sicurezza alimentare.

Regolamento (CE) n. 852/2004 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 sull'igiene dei prodotti alimentari.

Decreto 4 maggio 2006 Limiti massimi di spesa per l'erogazione dei prodotti senza glutine, di cui all'articolo 4, commi 1 e 2, della legge 4 luglio 2005, n. 123, recante: «Norme per la protezione dei soggetti malati di celiachia».

Legge 4 luglio 2005, n° 123 Norme per la protezione dei soggetti malati di celiachia.

Provvedimento 25 marzo 2009 Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in materia di formazione e aggiornamento professionale della classe medica sulla malattia celiaca.

Regolamento (UE) n. 1169/2011 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 25 ottobre 2011 relativo alla fornitura di informazioni sugli alimenti ai consumatori, che modifica i regolamenti (CE) n. 1924/2006 e (CE) n. 1925/2006 del Parlamento europeo e del Consiglio e abroga la direttiva 87/250/CEE della Commissione, la direttiva 90/496/CEE del Consiglio, la direttiva 1999/10/CE della Commissione, la direttiva 2000/13/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, le direttive 2002/67/CE e 2008/5/CE della Commissione e il regolamento (CE) n. 608/2004 della Commissione.

Regolamento delegato (UE) n. 1155/2013 della Commissione, del 21 agosto 2013 che modifica il Reg.1169/2011 del Parlamento europeo e del Consiglio relativo alla fornitura di informazioni sugli alimenti ai consumatori per quanto riguarda le informazioni sull'assenza di glutine o sulla sua presenza in misura ridotta negli alimenti.

Regolamento (UE) n. 609/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 12 giugno 2013 relativo agli alimenti destinati ai lattanti e ai bambini nella prima infanzia, agli alimenti a fini medici speciali e ai sostituti dell'intera razione alimentare giornaliera per il controllo del peso e che abroga la direttiva 92/52/CEE del Consiglio, le direttive 96/8/CE, 1999/21/CE, 2006/125/CE e 2006/141/CE della Commissione, la direttiva 2009/39/CE del Parlamento europeo e del Consiglio e i regolamenti (CE) n. 41/2009 e (CE) n. 953/2009 della Commissione.

Regolamento delegato (UE) n. 78/2014 della Commissione del 22 novembre 2013 che modifica gli allegati II e III del regolamento (UE) n. 1169/2011 del Parlamento europeo e del Consiglio, relativo alla fornitura di informazioni sugli alimenti ai consumatori, per quanto riguarda determinati cereali che provocano allergie o intolleranze e prodotti alimentari addizionati di fitosteroli, esteri di fitosterolo, fitostanoli e/o esteri di fitostanolo.

Regolamento di esecuzione (UE) n. 828/2014 della Commissione del 30 luglio 2014 relativo alle prescrizioni riguardanti l'informazione dei consumatori sull'assenza di glutine o sulla sua presenza in misura ridotta negli alimenti.

Nota del Ministero della Salute n. 3674 del 06 febbraio 2015 Indicazioni sulla presenza di allergeni negli alimenti forniti dalle collettività (Regolamento CE 1169/2011).

Circolare del Ministero della Salute n. 27673 del 07 luglio 2015 Aggiornamenti conseguenti all'evoluzione normativa connessa con l'entrata in vigore del Regolamento (UE) n. 609/2013.

Accordo 30 luglio 2015 Accordo, ai sensi dell'articolo 4, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sul "Protocollo per la diagnosi e il follow up della celiachia".

Accordo 30 luglio 2015 Accordo, ai sensi dell'articolo 4, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sulla proposta di aggiornamento del Provvedimento del Ministro della salute del 16 marzo 2006, concernente il riparto dei fondi tra le regioni e le province autonome per l'erogazione di pasti senza glutine nelle mense scolastiche, ospedaliere e delle altre strutture pubbliche, nonché per lo svolgimento di specifici corsi di formazione sulla celiachia rivolti a ristoratori e albergatori, ai sensi degli articoli 4 e 5 della legge 4 luglio 2005, n. 123.

Decreto 17 maggio 2016 Assistenza sanitaria integrativa per i prodotti inclusi nel campo di applicazione del regolamento (UE) 609/2013 e per i prodotti alimentari destinati ai celiaci emodifichiate al decreto 8 giugno 2001.

Rete regionale della Malattia Celiaca Pediatrica – Anno 2024

Normativa di Riferimento [2]

COMUNICAZIONE della Commissione Europea relativa all'attuazione dei sistemi di gestione per la sicurezza alimentare riguardanti i programmi di prerequisiti (PRP) e le procedure basate sui principi del sistema HACCP, compresa l'agevolazione/la flessibilità in materia di attuazione in determinate imprese alimentari (Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea del 30/07/2016).

Nota congiunta Ministero dello sviluppo Economico, Ministero della salute e Ministero delle Politiche Agricole, alimentari e Forestali relativa all'Applicazione del regolamento (U.E.) n. 828/2014 della Commissione del 30 luglio 2014 relativo alle prescrizioni riguardanti l'informazione dei consumatori sull'assenza di glutine o sulla sua presenza in misura ridotta negli alimenti.

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza”.

Accordo 6 luglio 2017 Accordo, ai sensi dell'articolo 4, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante “Requisiti tecnici, professionali ed organizzativi minimi per l'individuazione dei presidi sanitari deputati alla diagnosi di celiachia.