

*Dialogo tra la Volpe (Pediatria di Libera Scelta) e il Riccio (Pneumologo)*

# Allergie e patologia respiratoria in età pediatrica: dalla diagnosi alla terapia

## *Allergies and Respiratory Diseases in Children: From Diagnosis to Treatment*

Angela Klain<sup>1</sup>, Paolo Rosso<sup>2</sup>, Giuseppe Marchese<sup>3</sup>, Michele Ghezzi<sup>4</sup>,  
Valentina Tranchino<sup>5,\*</sup>

### \* CORRISPONDENZA

valentina.tranchino@libero.it

L'approccio al bambino con patologia respiratoria allergica richiede oggi una collaborazione sempre più stretta tra pediatra di famiglia e specialista. Dall'inquadramento diagnostico alla scelta degli esami, fino alla terapia e all'immunoterapia specifica, numerosi sono i dubbi che emergono nella pratica quotidiana.

### 1. Quali test allergologici sono realmente utili nel bambino con sintomi respiratori?

La diagnosi di allergia respiratoria nel bambino si basa innanzitutto su anamnesi ed esame obiettivo; i test allergologici confermano una sensibilizzazione IgE-mediata, ma devono essere richiesti solo in presenza di un sospetto clinico, poiché la sensibilizzazione non coincide necessariamente con la malattia. Gli skin prick test (SPT) rappresentano l'esame di prima scelta per sensibilità, rapidità e costo e consentono di identificare la sensibilizzazione ai principali aeroallergeni. Il dosaggio delle IgE specifiche sieriche costituisce una valida alternativa quando gli SPT non siano eseguibili, mentre le IgE totali non sono raccomandate come test di screening per la loro scarsa accuratezza diagnostica. Nei casi selezionati, quando anamnesi e test convenzionali risultano discordanti o sia necessario definire il profilo di sensibilizzazione, la diagnostica molecolare (Component Resolved Diagnosis) può migliorare la precisione diagnostica e supportare la selezione dei candidati all'immunoterapia allergene-specifica.

- Sousa-Pinto B, Bousquet J, Vieira RJ, Schünemann HJ, Zuberbier T, Bognanni A, et al. Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma (ARIA)-EAACI Guidelines-2024-2025 Revision: Part I-Guidelines on Intranasal Treatments. *Allergy*. 2026; 81(4):954-76. doi: 10.1111/all.70131.

### 2. La profilassi ambientale è ancora raccomandata nel bambino con allergia respiratoria?

L'evitamento degli allergeni rappresenta un principio della gestione della rinite allergica e dell'asma, ma le attuali evidenze ne raccomandano l'applicazione solo quando l'allergene responsabile sia chiaramente identificato e la correlazione con i sintomi sia documentata. Nel bambino sensibilizzato agli acari, le singole misure di bonifica ambientale hanno dimostrato un'efficacia clinica limitata e non sono raccomandate come interventi universali; un eventuale beneficio può derivare solo da un approccio integrato. Al contrario, l'eliminazione dell'esposizione al fumo di tabacco e il controllo degli altri inquinanti indoor rappresentano raccomandazioni

### DOI

10.63304/PneumolPediater.2026.21

<sup>1</sup> Dipartimento della donna, del bambino e di chirurgia generale e specialistica, Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli, Napoli, Italia

<sup>2</sup> Pediatra di Libera Scelta, ASL TO4 Chivasso, Torino, Italia

<sup>3</sup> Pediatra di Famiglia. ASST dellaValcamonica, Italia

<sup>4</sup> Ospedale dei Bambini Buzzi, Milano, Italia

<sup>5</sup> UOC di Pediatria Ospedaliera ad indirizzo Pneumo-Allergologico, AOU Policlinico di Bari, Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII, Bari, Italia

### PAROLE CHIAVE

Asma; allergia; spirometria; skin prick test; oscillometria.

### KEY WORDS

Asthma; allergy; spirometry; skin prick test; oscillometry.

consolidate. Anche per gli animali domestici, la semplice positività dei test allergologici non giustifica l'allontanamento dell'animale, che va considerato solo in presenza di una chiara correlazione tra esposizione e sintomi.

- Brożek JL, Bousquet J, Agache I, Agarwal A, Bachert C, Bosnic-Anticevich S, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines-2016 revision. *J Allergy Clin Immunol*. 2017;140(4):950-8. doi: 10.1016/j.jaci.2017.03.050.

### **3. Come orientarsi di fronte a un bambino con sospetto asma se nel proprio ambulatorio non si dispone di spirometro o di altri test di funzionalità respiratoria?**

L'anamnesi e l'esame obiettivo sono il primo passo nell'inquadramento del sospetto asma. La ricorrenza di tosse, sibili o dispnea, la loro variabilità, i fattori scatenanti e la familiarità per atopia orientano il sospetto clinico. Tuttavia, secondo le GINA 2025, la diagnosi richiede la dimostrazione oggettiva di una limitazione variabile del flusso aereo e non può basarsi esclusivamente sui sintomi. In assenza di test di funzionalità respiratoria, il pediatra di famiglia deve identificare i bambini con sospetto asma e indirizzarli tempestivamente al centro specialistico per la conferma diagnostica.

- 2025 GINA Main Report - Global Strategy for Asthma Management and Prevention. <https://ginasthma.org/2025report/>.

### **4. Il misuratore di picco di flusso (PEF) può essere uno strumento utile nell'ambulatorio del pediatra di famiglia?**

Il PEF rappresenta uno strumento semplice, economico e facilmente disponibile anche nell'ambulatorio del pediatra di famiglia. Pur essendo meno accurato della spirometria, può documentare la variabilità del flusso aereo quando quest'ultima non sia immediatamente eseguibile e risultare utile nel monitoraggio clinico, ad esempio dopo una modifica della terapia o durante il follow-up. L'informazione più significativa non deriva dal singolo valore, ma dalla sua variabilità nel tempo. Il PEF, tuttavia, non sostituisce la spirometria e non è sufficiente, da solo, per confermare o escludere la diagnosi di asma.

- 2025 GINA Main Report - Global Strategy for Asthma Management and Prevention. <https://ginasthma.org/2025-report/>.

### **5. Quando è indicato richiedere una spirometria nel bambino con sospetto asma?**

La spirometria dovrebbe essere eseguita ogni volta che il quadro clinico è suggestivo di asma e il bambino è in grado di collaborare, generalmente a partire dai 5-6 anni

di età. L'esame consente di documentare un'ostruzione bronchiale e di valutarne la reversibilità mediante test di broncodilatazione, rappresentando il principale esame di funzionalità respiratoria per la conferma diagnostica. Un incremento del FEV<sub>1</sub> ≥12% (e ≥200 mL negli adolescenti) dopo salbutamolo è compatibile con una limitazione variabile del flusso aereo. È importante ricordare che una spirometria normale non esclude definitivamente la diagnosi: nei bambini con sintomi suggestivi possono essere necessari ulteriori accertamenti funzionali o una rivalutazione in un diverso momento della storia clinica.

- Gaillard EA, Kuehni CE, Turner S, Goutaki M, Holden KA, de Jong CCM, et al. European Respiratory Society clinical practice guidelines for the diagnosis of asthma in children aged 5-16 years. *Eur Respir J*. 2021;58(5):2004173. doi: 10.1183/13993003.04173-2020.

### **6. L'oscillometria a impulsi (IOS) può trovare spazio nella pratica territoriale?**

L'oscillometria misura le resistenze e la reattanza del sistema respiratorio durante il respiro a volume corrente, senza richiedere le manovre forzate della spirometria. Questo la rende adatta ai bambini piccoli (indicativamente dai 4 anni) e ai poco collaboranti, proprio la fascia che il pediatra di famiglia segue più da vicino. Per la sua semplicità di esecuzione è proposta anche come test di primo livello in ambito extra-ospedaliero, sebbene l'interpretazione richieda competenze specifiche e un raccordo con il centro di pneumologia pediatrica.

- Kaminsky DA, Simpson SJ, Berger KI, Calverley P, de Melo PL, Dandurand R, et al. Clinical significance and applications of oscillometry. *Eur Respir Rev*. 2022;31(163):210208. doi: 10.1183/16000617.0208-2021.

### **7. Quale ruolo può avere la misurazione del FeNO nel percorso diagnostico del bambino con sospetto asma?**

Nel bambino con sintomi suggestivi di asma, un FeNO elevato (≥35 ppb) aumenta la probabilità di infiammazione eosinofila e può supportare il sospetto diagnostico, soprattutto quando la spirometria non è disponibile o non documenta una limitazione variabile del flusso aereo. Tuttavia, un valore elevato non conferma la diagnosi e un valore normale non la esclude. Poiché i corticosteroidi inalatori riducono rapidamente il FeNO, l'esame andrebbe eseguito, quando possibile, prima dell'inizio della terapia. Successivamente, il FeNO può essere utile per monitorare la risposta al trattamento, l'aderenza terapeutica e il controllo dell'infiammazione di tipo 2.

- 2025 GINA Main Report - Appendix A: Type 2 biomarkers in asthma (blood eosinophils and FeNO).

### **8. Le nuove forme organizzative dell'assistenza territoriale, come le Case della Comunità, possono favorire un più ampio impiego dei test di funzionalità respiratoria in età pediatrica?**

È una prospettiva concreta e auspicabile. Il modello della casa di comunità, che aggrega più professionisti attorno a servizi diagnostici condivisi, potrebbe superare il limite storico dell'ambulatorio del singolo pediatra di famiglia: PEF per tutti gli assistiti, oscillometro per i più piccoli e, in prospettiva, FeNO, con personale infermieristico dedicato e formato. Il centro di pneumologia pediatrica resterebbe il riferimento per la diagnosi e i casi complessi, ma i tempi di accesso ai test di primo livello potrebbero ridursi sensibilmente.

- Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale.

### **9. Qual è la terapia farmacologica più appropriata nel bambino con rinite allergica?**

La terapia della rinite allergica nel bambino deve essere personalizzata in base alla gravità, alla durata dei sintomi e al loro impatto sulla qualità di vita. Secondo le linee guida ARIA, i corticosteroidi intranasali rappresentano il trattamento di prima scelta nelle forme persistenti o moderate-gravi, soprattutto in presenza di ostruzione nasale. Gli antistaminici H1 di seconda generazione sono indicati nelle forme lievi o intermittenti, quando predominano prurito, starnutazioni e rinorrea, mentre gli antistaminici intranasali possono essere utili per il rapido controllo dei sintomi. Nei casi non adeguatamente controllati dalla monoterapia, l'associazione intranasale corticosteroide-antistaminico è più efficace dei singoli farmaci ed è autorizzata in Italia a par-

tire dai 12 anni. La terapia deve essere accompagnata dall'educazione alla corretta tecnica di somministrazione, dalla riduzione dell'esposizione agli allergeni clinicamente rilevanti, dalla verifica dell'aderenza e dalla rivalutazione periodica dell'eventuale asma associata.

- Vieira RJ, Sousa-Pinto B, Bousquet J, Schünemann HJ, Zuberbier T, Bognanni A, et al. Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma (ARIA)-EAACI Guidelines-2024-2025 Revision: Part II-Guidelines on Oral and Ocular Treatments. *Allergy*. 2026;81(6):1947-70. doi: 10.1111/all.70305.

### **10. Quando è indicata l'immunoterapia allergene-specifica nel bambino con rinite allergica?**

L'immunoterapia allergene-specifica è l'unico trattamento in grado di modificare il decorso della malattia allergica respiratoria ed è indicata nel bambino con rinite allergica IgE-mediata quando esista una chiara correlazione tra sintomi, sensibilizzazione documentata ed esposizione all'allergene. Va considerata nelle forme moderate-gravi o persistenti, quando il controllo con terapia farmacologica e misure ambientali è insufficiente o l'impatto sulla qualità di vita è significativo. Può essere somministrata per via sottocutanea o sublinguale, in base all'allergene, all'età e alle caratteristiche del paziente; la durata raccomandata è di almeno tre anni. Oltre a ridurre sintomi e consumo di farmaci, vi sono evidenze che suggeriscono un possibile effetto favorevole sulla progressione della malattia allergica e sul rischio di sviluppare asma in pazienti selezionati. L'asma non controllato rappresenta una controindicazione all'avvio del trattamento, mentre un'adeguata selezione del paziente, l'educazione della famiglia e il follow-up sono fondamentali per garantirne efficacia e sicurezza.

- Roberts G, Pfaar O, Akdis CA, et al. EAACI Guidelines on Allergen Immunotherapy: Allergic Rhinoconjunctivitis. *Allergy*. 2018;73(4):765-98. doi:10.1111/all.13317.