

# Indagine epidemiologica sulla gestione delle patologie allergiche da parte del Pediatra di Famiglia

**Giovanni Cerimoniale**

Pediatra di Famiglia, Latina

## RAZIONALE

L'andamento epidemiologico osservato negli ultimi 50 anni ha registrato una netta inversione di tendenza con una progressiva diminuzione dell'acuzie e il parallelo incremento della cronicità. Tutto ciò ha avuto evidenti ripercussioni sui Servizi Sanitari, messi in crisi dall'impennata dei costi che tali condizioni comportano. Si stima che il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale siano oggi assorbite dalla gestione delle malattie croniche. Anche in Italia è progressivamente cresciuta la richiesta di risorse a esse destinate. Tutto ciò ha comportato l'emanazione di provvedimenti legislativi (Legge n. 189/2012, Patto per la Salute 2014-2016), indirizzati anche a una più efficace presa in carico dei pazienti con patologie croniche attraverso una migliore riorganizzazione dell'assistenza territoriale, rendendo obbligatorie le forme aggregative mono-professionali (AFT) e multi-professionali (UCPP). Inoltre, in attuazione del Patto per la Salute 2014-2016, il Ministro della Salute Lorenzin, il 22 luglio 2016, ha trasmesso alla Conferenza Stato-Regioni il "Piano Nazionale della Cronicità".

Le patologie allergologiche hanno un andamento cronico recidivante e rappresentano condizioni cliniche che il Pediatra di Famiglia affronta quotidianamente nella sua attività professionale. Tra le patologie individuate dal Piano Nazionale della Cronicità è presente l'asma in età evolutiva, dal 1999 riconosciuta nella lista delle

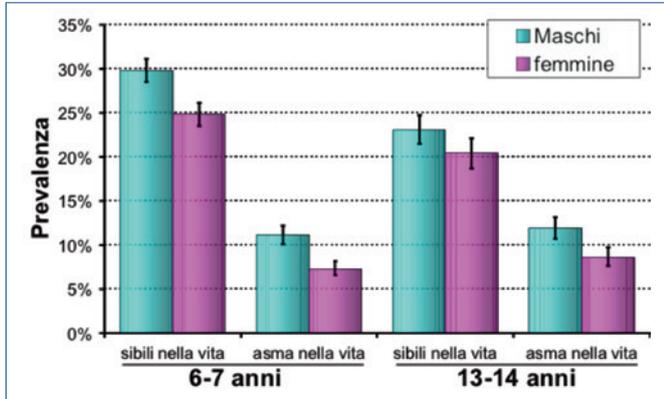
malattie croniche e invalidanti ai sensi del DM 329/99. I costi diretti dell'asma bronchiale sono compresi tra l'1 e il 2% della spesa sanitaria italiana complessiva, ai quali vanno aggiunti quelli indiretti rappresentati dalle assenze scolastiche dei bambini e quelle dal lavoro dei genitori, oltre alle ripercussioni negative sulla qualità della vita del paziente e della sua famiglia.

L'ultima rilevazione sulla prevalenza dell'asma in Italia risale a circa 15 anni fa, con lo studio SIDRIA nel 2002 (Studi Italiani sui disturbi respiratori nell'infanzia e l'ambiente). I dati statistici hanno mostrato che soffre di asma il 9,3% nei bambini (6-7 anni) e il 10,3% negli adolescenti (13-14 anni); la frequenza di asma severa era, rispettivamente, 1,6 e 2,3% (Fig. 1).

Per quanto riguarda l'allergia alimentare è stato rilevato in Italia un numero di 200-300 mila bambini affetti da tale patologia al di sotto dei 18 anni<sup>1</sup>. Tali ragioni ci hanno indotto ad avviare uno studio osservazionale in Italia sulle patologie allergologiche attraverso la somministrazione di un questionario ai Pediatri di Famiglia iscritti alla FIMP. L'obiettivo è stato quello di raccogliere dati epidemiologici più aggiornati e informazioni sull'approccio che il Pediatra curante riserva a tali patologie, nell'ottica di proporre percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali nel rispetto dell'appropriatezza prescrittiva e per la buona pratica clinica. Il questionario è stato pubblicato su un'apposita area del sito ufficiale della FIMP, al quale si poteva accedere attra-

**FIGURA 1.**

Studio SIDRIA 2002 (da Sestini et al., 2015) <sup>2</sup>.



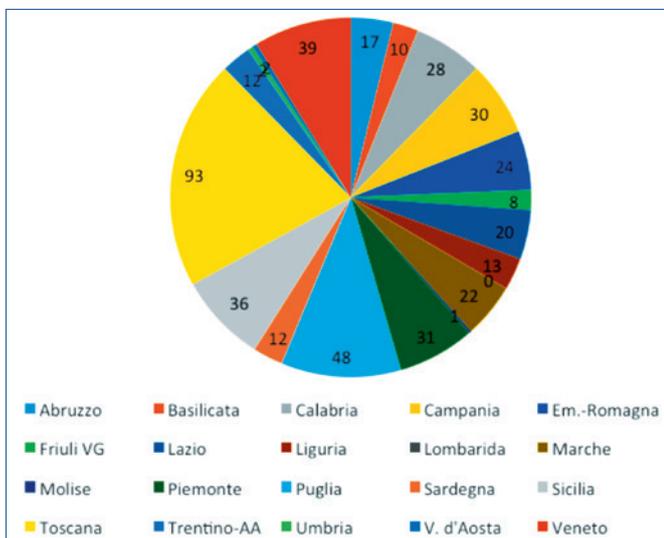
verso un link: [www.fimp.pro/survey-062017/survey](http://www.fimp.pro/survey-062017/survey), comunicato a tutti gli iscritti attraverso una newsletter.

**RISULTATI**

La Figura 2 mostra il numero di partecipanti e la distribuzione regionale.

Tutte le Regioni, tranne la Lombardia, sono rappresentate nel campione. Il numero complessivo dei partecipanti è stato di 448, che costituisce circa il 10% dei Pediatri iscritti alla FIMP. Questo, oltre a indurci a riflessioni riguardanti le modalità di presentazione-diffusione dell'indagine, ci costringe a estrapolazioni e proiezioni statistiche meno puntuali.

**FIGURA 2.**

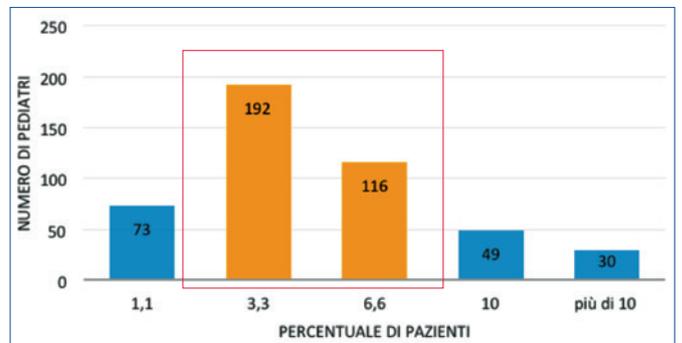


**TABELLA I.**

Specializzazione	N.
Allergologo	1
Pediatra	444
Pediatra-allergologo	7
Pediatra-allergologo-pneumologo	1
Pediatra-altro	6
Pediatra-pneumologo	1

**FIGURA 3.**

Prevalenza di asma.

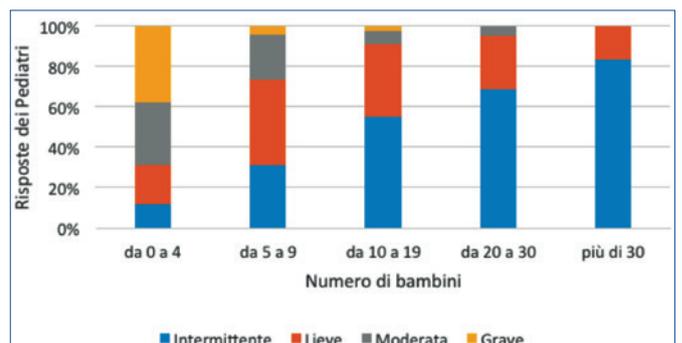


Dei Pediatri partecipanti 16 hanno una seconda specializzazione in materie affini (Tab. I).

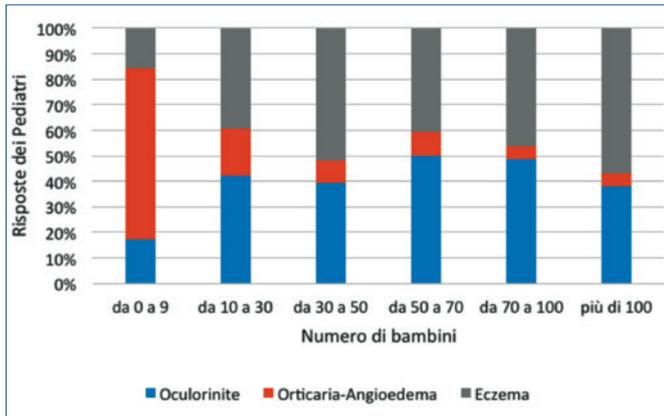
La maggior parte dei Pediatri dichiara di assistere un numero di bambini affetti da asma che varia dal 3 al 6% dei propri pazienti, percentuale inferiore a quella rilevata dallo studio SIDRIA del 2002 (Fig. 3). Nella Figura 4 sono riportati i dati sul livello di gravità dell'asma che confermano la presenza di basse percentuali di bambini affetti dalle forme più severe.

**FIGURA 4.**

Gravità dell'asma.



**FIGURA 5.**



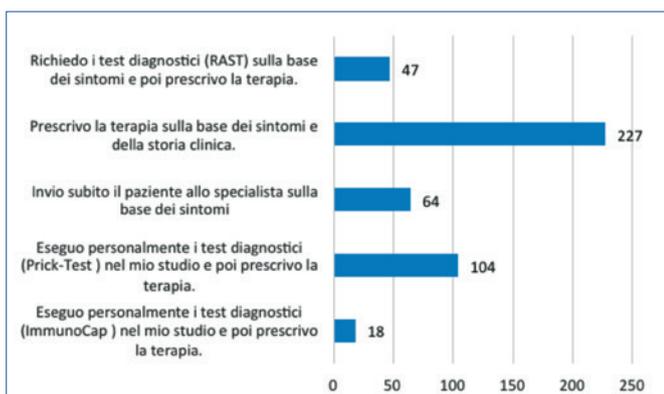
Per le altre patologie allergiche l'indagine ha mostrato nella popolazione esaminata la maggiore prevalenza di eczema, seguito dall'oculorinite e dall'orticaria-angioedema (Fig. 5).

Per quanto riguarda la gestione delle patologie allergiche da allergeni inalanti la maggior parte dei Pediatri intervistati, il 51% circa, sceglie di iniziare una terapia solo sulla base dei sintomi e della storia clinica. Mentre una percentuale non trascurabile, il 14%, ritiene d'inviare subito il paziente a una visita specialistica.

Solo il 27% esegue i test diagnostici nel proprio studio con: il prick-test nel 23%, il resto con l'ImmunoCap, il 10%, infine, ricorre al test di laboratorio RAST (Fig. 6). Nella gestione dell'orticaria/angioedema il 76% dei

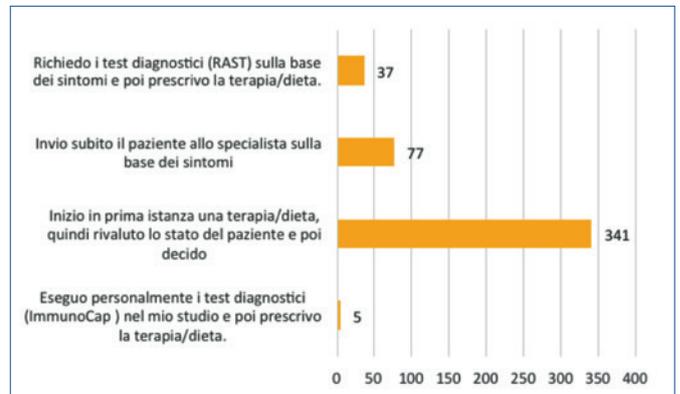
**FIGURA 6.**

Comportamento dei Pediatri nei pazienti con sintomi di sospetta allergia da inalanti come asma, oculorinite, congiuntivite.



**FIGURA 7.**

Comportamento dei Pediatri di fronte a pazienti con sintomi di orticaria/angioedema.



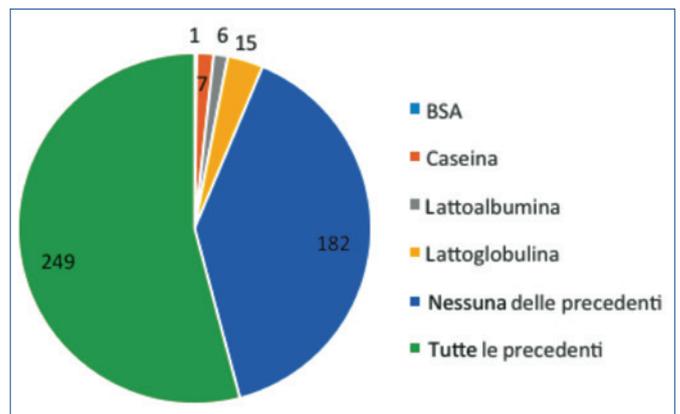
Pediatri intervistati preferisce iniziare il trattamento dietetico-terapeutico prima di un accertamento diagnostico. L'indagine più richiesta è il RAST (Fig. 7).

Nel sospetto di sintomi causati da allergeni alimentari quali il latte vaccino e l'uovo di gallina, rispettivamente il 40 e il 56% dei Pediatri ritiene che non sia necessario alcun approfondimento diagnostico per accertare la responsabilità delle singole proteine (Figg. 8,9).

La maggior parte dei Pediatri non utilizza la immunoterapia-specifica per il trattamento delle allergie da inalanti e coloro che lo fanno preferiscono la somministrazione per via sublinguale-orale rispetto a quella sottocutanea (Fig. 10).

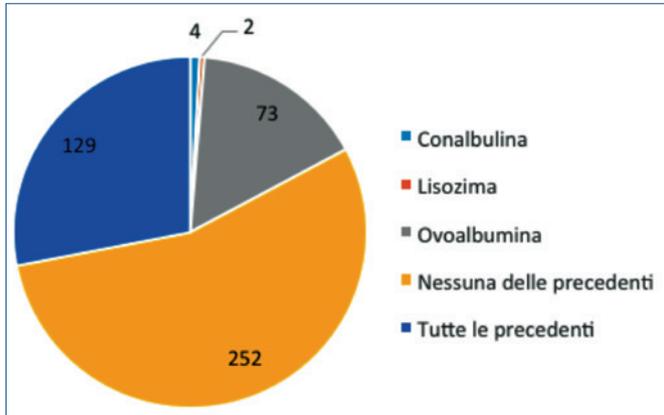
**FIGURA 8.**

Decisioni di approfondimenti diagnostici.



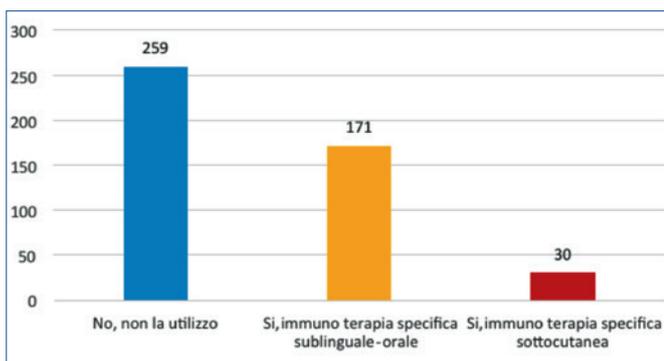
**FIGURA 9.**

Decisioni di approfondimenti diagnostici.



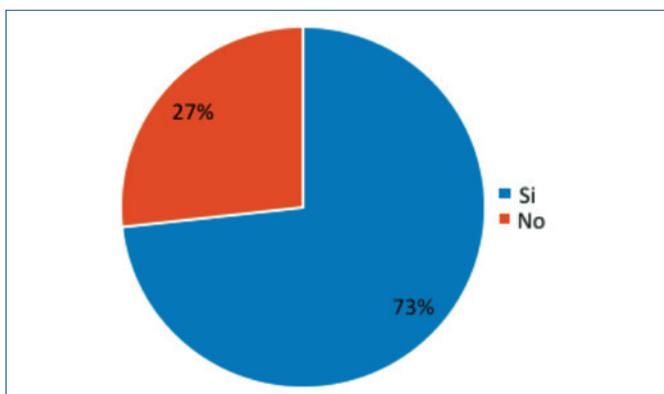
**FIGURA 10.**

Immuno-terapia-specifica.



**FIGURA 11.**

Diagnostica allergologica nello studio del Pediatra di libera scelta.



Anche se circa 2/3 dei Pediatri sono favorevoli all'esecuzione della diagnostica allergologica nel proprio

studio c'è ancora un'alta percentuale che ritiene tale pratica non attuabile (Fig. 11).

**CONCLUSIONI**

La Pediatria di Famiglia costituisce una categoria fondamentale per il SSN. Le organizzazioni sindacali che la rappresentano hanno la necessità di rilevare i dati epidemiologici sull'andamento delle malattie al fine di proporre, nel confronto con le Istituzioni, le strategie d'intervento più efficaci. Questa Survey va esattamente in questa direzione e potrebbe fornire un esempio da seguire anche per le altre patologie di frequente riscontro nel setting ambulatoriale. Sarebbe pertanto auspicabile programmare modalità di promozione delle ricerche e degli studi che inducano a una maggiore partecipazione.

I dati raccolti dimostrano nel complesso una sostanziale conferma della prevalenza delle malattie allergiche in Italia, con una lieve riduzione dell'asma che mantiene gli stessi livelli di gravità. I motivi di riflessione riguardano principalmente la scelta di molti Pediatri d'inviare subito il bambino con sospetta patologia allergica alla visita specialistica, la richiesta di indagini di laboratorio (RAST) e la decisione di iniziare il trattamento terapeutico e/o dietetico prima di una verifica eziologica. Sarebbe importante ricordare che, secondo i dati pubblicati, in caso di sospetto di allergia, l'affiancamento dei test diagnostici alla clinica riduce in maniera significativa il numero degli errori, con una evidente maggiore appropriatezza e un consistente risparmio dei costi. La letteratura infatti è concorde nel raccomandare l'uso dei test diagnostici per aumentare l'accuratezza diagnostica nei confronti delle patologie allergiche. L'ImmunoCAP Rapid potrebbe essere una valida alternativa. Occorre però precisare, che mentre nelle patologie da allergeni inalanti esiste una stretta correlazione tra i risultati dei test e la sintomatologia, quando si sospetta una patologia da allergeni alimentari i test diagnostici, qualunque essi siano, hanno un alto valore predittivo negativo ma un basso valore predittivo positivo, di cui bisogna tener conto. In questo secondo caso pertanto solo la negatività del test non espone a rischi di gravi reazioni avverse alla reintroduzione dell'alimento sospettato, mentre il riscontro di

una positività ci deve consigliare l'invio presso un centro di 2° livello per un approfondimento e l'eventuale esecuzione di un Test di Provocazione Orale (TPO), gold standard per la diagnosi delle allergie alimentari. Qualche informazione aggiuntiva può essere ricavata dalla ricerca della risposta allergica alle singole proteine con indagini in grado di distinguere la reattività per allergeni a struttura conformazionale (termolabili), per i quali potrebbe essere consentita la somministrazione dell'alimento cotto, da quelli a struttura lineare che invece la escludono. Ad esempio nel caso di un *soggetto con sintomi legati ad assunzione di latte* e positività al test cutaneo e/o *in vitro*: gli allergeni più importanti del latte sono la caseina (Bos d 8), l'alfalattoalbumina (Bos d 4) e la beta-lattoglobulina (Bos d 5). La caseina è la proteina maggiormente termo- e gastro-stabile e quindi i soggetti sensibilizzati possono avere sintomi anche con i cibi cotti contenenti latte. Le altre due proteine sono, invece, più labili al calore, per cui in genere i cibi contenenti latte, ma ben cotti, sono tollerati. Poiché il livello di IgE specifiche verso la caseina è correlato con la probabilità di avere sintomi in seguito a ingestione di latte, nei bambini allergici al latte è utile il monitoraggio del livello di IgE specifiche per valutare la probabilità di un'avvenuta tolleranza e/o per decidere quando procedere con il test di tolleranza orale<sup>3</sup>. Nel *soggetto con sintomi legati ad assunzione di uovo* e positività al test cutaneo e/o al test *in vitro*: gli allergeni principali dell'uovo sono rappresentati dall'ovomucoide (Gal d 1), molecola gastro- e termo-resistente e dall'ovoalbumina (Gal d 2), molecola meno resistente al calore. I soggetti sensibilizzati a quest'ultima in genere tollerano gli alimenti ben cotti. Analogamente a quanto descritto per la caseina, il monitoraggio del livello delle IgE specifiche per l'ovomucoide è utile per valutare la probabilità di un'avvenuta tolleranza e/o per decidere quando procedere con il test di tolleranza orale<sup>4</sup>. L'indagine avrebbe certamente avuto bisogno di un numero più ampio di informazioni, per consentire una migliore interpretazione delle risposte ricevute. Tuttavia,

nella maggior parte dei casi le patologie causate da allergeni, soprattutto inalanti, ma anche parzialmente da allergeni alimentari, possono essere affrontate e gestite all'interno dello studio del Pediatra di Famiglia con la dotazione di strumenti di costo ridotto e di semplice utilizzo, come i prick-test e lo spirometro. Oltretutto, in molte Regioni è prevista la corresponsione di un compenso per queste prestazioni, inserite nell'elenco delle Prestazioni di Particolare Impegno Professionale (PPIP). Attualmente invece si deve rilevare una certa riluttanza da parte dei Pediatri di Famiglia ad affrontare le patologie allergologiche nel proprio contesto lavorativo, testimoniata dalla percentuale (27% del nostro campione) di Pediatri che ritengono non eseguibile la diagnostica allergologica nel proprio studio. A questo si deve aggiungere che ancora pochi Pediatri preferiscono utilizzare l'immunoterapia specifica per il trattamento delle allergie respiratorie, che concettualmente rappresenta l'unica terapia eziologica per queste patologie, mentre la terapia farmacologica ha soltanto un effetto sintomatico. Tutto ciò ci deve indurre a programmare l'organizzazione di un'efficace attività formativa tesa a diffondere la cultura allergologica su tutto il territorio nazionale e a definire Protocolli Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) che consentano una corretta presa in carico dei pazienti con ottimizzazione delle risorse in termini di risparmio di costi sia diretti che indiretti.

## Bibliografia

- 1 Fiocchi A, et al. *Allergie in età pediatrica: dal mito alla realtà – EBM prevention of pediatric allergy*. Ospedale Bambino Gesù-Organizzazione Mondiale per le Allergie (WAO), Roma 29-30 gennaio 2015.
- 2 Sestini P, De Sario M, Bugiani M, et al.; Gruppo Collaborativo SIDRIA-2. *Frequency of asthma and allergies in Italian children and adolescents: results from SIDRIA-2*. *Epidemiol Prev* 2005;29(2 Suppl):24-31.
- 3 Barnikau LM, Sheehan WJ, Hoffman EB, et al. *Predicting food challenge outcomes for baked milk: role of specific IgE and skin prick testing*. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2012;109:309-13.
- 4 Benhamou AH, Caubet JC, Eigenmann PA, et al. *State of the art and new horizons in the diagnosis and management of egg allergy*. *Allergy* 2010;65:283-9.