

ilmedicopediatra 2026;35(2):32-34;
doi: 10.36179/2611-5212-2026-10

Uso del salbutamolo aerosolico nell'asma pediatrico oltre i 2 anni

Dalla gestione dell'attacco acuto al controllo dei sintomi

Immacolata La Bella¹, Rosa Salzano², Francesco Frisenda³

¹ *Pediatri di Libera Scelta, Roma 2*; ² *Pediatri di Libera Scelta, Napoli 3 Sud*;
³ *Pediatri di Libera Scelta, Roma 5*

Riassunto

L'autore espone l'importanza dell'uso del salbutamolo nell'attacco di asma nel bambino >2 anni e nel controllo dei sintomi. Si mette in evidenza la sicurezza del farmaco per via inalatoria sia attraverso un distanziatore che con un apparecchio per aerosol. Necessario quindi promuovere il corretto utilizzo del farmaco per un controllo ottimale della malattia in associazione con altri farmaci in grado di modulare l'infiammazione bronchiale.

Parole chiave: salbutamolo, asma

Summary

The author explains the importance of the use of salbutamol in the treatment of asthma attacks in children >2 years of age and in symptom control. The safety of the inhaled drug is highlighted both through a spacer and with a nebulizer device. It is therefore necessary to promote the correct use of salbutamol for optimal disease control in combination with other drugs capable of modulating bronchial inflammation.

Keywords: salbutamol, asthma

Introduzione

Il salbutamolo per via inalatoria si conferma un punto di riferimento nella gestione dell'asma pediatrico nei bambini oltre i 2 anni. Apprezzato per la sua azione rapida ed efficace, è in grado di alleviare in pochi minuti broncospasmo, dispnea e sibili respiratori. Una soluzione affidabile e immediata, indispensabile sia nelle riacutizzazioni asmatiche sia come trattamento "al bisogno" ^{1,2}.

L'asma è una patologia infiammatoria cronica delle vie aeree caratterizzata da variabilità dei sintomi e ostruzione bronchiale reversibile.

Corrispondenza

Immacolata La Bella
immacolatalabella@gmail.com

Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

How to cite this article: La Bella I, Salzano R, Frisenda F. Uso del salbutamolo aerosolico nell'asma pediatrico oltre i 2 anni. Dalla gestione dell'attacco acuto al controllo dei sintomi. Il Medico Pediatra 2026;35(2):32-34. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2026-10>

© Copyright by Federazione Italiana Medici Pediatri



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

La strategia terapeutica moderna distingue la terapia controller, finalizzata al controllo dell'infiammazione bronchiale, dalla terapia rescue, destinata al rapido sollievo dei sintomi. In questo contesto il salbutamolo, agonista β_2 a breve durata d'azione (*Short-Acting Beta2-Agonist*, SABA), rappresenta il principale farmaco di emergenza nell'età pediatrica ^{1,10,11,16}.

Meccanismo d'azione e proprietà farmacologiche

Il salbutamolo agisce in modo mirato sui recettori β_2 bronchiali, favorendo un rapido rilassamento della muscolatura liscia e garantendo una broncodilatazione efficace. Il beneficio è percepibile già dopo pochi minuti, con un picco d'azione entro 30-60 minuti: un supporto concreto per migliorare rapidamente la respirazione, ridurre i sibili e ottimizzare la funzionalità polmonare. Una risposta tempestiva, pensata per offrire sollievo immediato e controllo dei sintomi ^{7,8}.

Indicazioni cliniche del salbutamolo inalatorio

Nella pratica clinica, il salbutamolo trova indicazione principalmente:

- nella terapia dell'attacco acuto asmatico;
- come farmaco di sollievo nei sintomi intermittenti;
- nella prevenzione del broncospasmo indotto da esercizio fisico ^{1,2,5}.

Gestione dell'attacco acuto asmatico

In caso di attacco acuto la somministrazione di salbutamolo può essere ripetuta ogni 20 minuti, fino a un totale di 3 somministrazioni nella prima ora. In caso di scarso miglioramento clinico si dovrà associare terapia cortisonica per os. La scelta del dispositivo dipende dall'età del bambino, dal grado di collaborazione e dalla severità del quadro clinico ^{3,4,6,9}.

Per gli attacchi lievi o moderati, entrambe le modalità di somministrazione – pMDI con distanziatore e nebulizzazione – risultano idonee ed efficaci. In questo contesto, il pMDI con distanziatore può offrire in alcuni

casi un vantaggio in termini di minor assorbimento sistemico, maggiore precisione nel dosaggio e maggior praticità, pur mantenendo un profilo di efficacia complessivamente sovrapponibile alle altre opzioni. ^{3,4,6} La nebulizzazione mantiene comunque un ruolo rilevante nella gestione dei pazienti pediatrici, grazie alla sua semplicità d'uso e alla capacità di adattarsi a tutte le fasce di età, inclusi i bambini poco collaboranti. Risulta particolarmente utile nelle forme moderate-gravi, nei quadri di distress respiratorio e nei contesti ospedalieri, dove può essere associata all'ossigenoterapia e consentire somministrazioni ripetute ad alte dosi ^{3,6}.

Ruolo del salbutamolo nella terapia di sollievo

Oltre all'impiego nelle riacutizzazioni, il salbutamolo viene frequentemente utilizzato come terapia di sollievo al bisogno. In molti bambini consente un rapido recupero della funzione respiratoria e una pronta ripresa delle attività quotidiane ^{1,8}.

Per garantire un maggior controllo dei sintomi dell'asma è indicata l'associazione del salbutamolo con altre opzioni terapeutiche. L'impiego ricorrente dei SABA è infatti associato a un aumento del rischio di riacutizzazioni, peggior controllo clinico e possibile riduzione della risposta broncodilatatrice per fenomeni di down-regulation recettoriale. Per questo motivo, le moderne linee guida sottolineano l'importanza di associare o intensificare la terapia antinfiammatoria con corticosteroidi inalatori nei pazienti che necessitano frequentemente di salbutamolo ^{1,5}.

Sicurezza ed effetti collaterali

Il salbutamolo è generalmente ben tollerato. Gli effetti collaterali più comuni comprendono tachicardia, tremori e agitazione, soprattutto in caso di dosi elevate o somministrazioni ripetute ^{2,7}.

Rispetto al pMDI con distanziatore, la nebulizzazione determina un maggiore assorbimento sistemico e richiede quindi attenzione nei bambini con comorbidità cardiache o nei trattamenti intensivi protratti ⁴.

Educazione terapeutica e aderenza

L'educazione terapeutica di caregiver e pazienti è un pilastro fondamentale per una gestione efficace dell'asma. Promuovere il corretto utilizzo dei dispositivi inalatori, il riconoscimento tempestivo dei segnali di peggioramento e una chiara consapevolezza dei limiti della terapia rescue significa offrire un controllo più solido della malattia. Un approccio informato e consapevole che si traduce in maggiore sicurezza, migliore qualità di vita e una concreta riduzione del rischio di accessi al pronto soccorso ^{4,7}.

Conclusioni

Il salbutamolo aerosolico continua a rappresentare un presidio terapeutico indispensabile nella gestione dell'asma pediatrico oltre i 2 anni. La rapidità d'azione e l'elevata efficacia broncodilatatrice ne fanno il farmaco cardine per il controllo immediato dei sintomi ^{1,8}.

L'utilizzo appropriato del salbutamolo deve inserirsi all'interno in una strategia terapeutica globale che comprenda il controllo dell'infiammazione bronchiale e il monitoraggio continuo del paziente asmatico ^{1,2,5}.

Bibliografia

- 1 Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Updated 2024. Available from: <https://ginasthma.org>.
- 2 Expert Panel Working Group of the National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) administered and coordinated National Asthma Education and Prevention Program Coordinating Committee (NAEPPCC); Cloutier MM, Baptist AP, Blake KV, et al. 2020 Focused Updates to the Asthma Management Guidelines: A Report from the National Asthma Education and Prevention Program Coordinating Committee Expert Panel Working Group. *J Allergy Clin Immunol* 2020;146:1217-1270. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2020.10.003>. Erratum in: *J Allergy Clin Immunol* 2021;147:1528-1530. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2021.02.010>.
- 3 Cates CJ, Welsh EJ, Rowe BH. Holding chambers (spacers) versus nebulisers for beta-agonist treatment of acute asthma. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;9:CD000052. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000052.pub3>.
- 4 Dolovich MB, Ahrens RC, Hess DR, et al. Device selection and outcomes of aerosol therapy: evidence-based guidelines. *Chest* 2005;127:335-371. <https://doi.org/10.1378/chest.127.1.33>.
- 5 Reddel HK, Bacharier LB, Bateman ED, et al. Global Initiative for Asthma Strategy 2021: executive summary and rationale. *Eur Respir J* 2022;59:2102730. <https://doi.org/10.1183/13993003.02730-2021>
- 6 British Thoracic Society; Scottish Intercollegiate Guidelines Network. British guideline on the management of asthma. *Thorax* 2014;69(Suppl 1):1-192.
- 7 Castro-Rodriguez JA, Rodrigo GJ. Beta-agonists through metered-dose inhaler with valved holding chamber versus nebulizer for acute exacerbation of wheezing or asthma in children. *J Pediatr* 2004;145:172-177. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2004.04.007>.
- 8 Pedersen S, Hurd SS, Lemanske RF Jr, et al. Global strategy for the diagnosis and management of asthma in children 5 years and younger. *Pediatr Pulmonol* 2011;46:1-17. <https://doi.org/10.1002/ppul.21321>.
- 9 O'Byrne PM, FitzGerald JM, Bateman ED, et al. Inhaled combined budesonide-formoterol as needed in mild asthma. *N Engl J Med* 2018;378:1865-1876. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1715274>.
- 10 Bush A, Fleming L. Diagnosis and management of asthma in children. *BMJ* 2015;350:h996. <https://doi.org/10.1136/bmj.h996>.
- 11 Papi A, Brightling C, Pedersen SE, et al. Asthma. *Lancet* 2018;391:783-800. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)33311-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)33311-1).
- 12 Chipps BE, Bacharier LB, Hardin M, et al. Phenotypes and endotypes of asthma in childhood. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2019;7:1-11.
- 13 Virchow JC, Crompton GK, Dal Negro R, et al. Importance of inhaler devices in the management of airway disease. *Respir Med* 2008;102:10-19. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2007.07.031>.
- 14 Kaplan A, Price D. Treatment adherence in adolescents with asthma. *J Asthma Allergy* 2020;13:39-49. <https://doi.org/10.2147/JAA.S233268>.
- 15 Italian Society of Pediatrics (SIP). Linee guida per la gestione dell'asma in età pediatrica. Ultimo aggiornamento disponibile.
- 16 Seminara M, Kantar A. Salbutamolo nella riacutizzazione asmatica: domande frequenti. *Rivista di Immunologia e Allergologia e Pediatrica* 2019;(2):15-25.