ilmedicopediatra 2026;35(3):5-7;
doi: 10.36179/2611-5212-2026-13

Dermatite atopica in età pediatrica e adolescenziale. Il ruolo del Pediatra di libera scelta: diagnosi corretta, educazione terapeutica e gestione condivisa delle nuove terapie

Cesare Filippeschi

Dermatologia Pediatrica, AOU-IRCCS Ospedale Pediatrico Meyer, Firenze; Referente Nazionale Dermatologia FIMP

Corrispondenza
Cesare Filippeschi
cesare.filippeschi.meyer@it

Conflitto di interessi
Gli autori dichiarano di aver ricevuto finanziamenti istituzionali per la ricerca clinica da parte di enti regolatori e partner scientifici nell'ambito dell'immunologia pediatrica e dell'infiammazione di tipo 2.

I presente aggiornamento clinico si rende indispensabile per integrare le recenti linee guida AAD/GRADE e l'introduzione di terapie sistemiche biotecnologiche che impongono una revisione del ruolo del Pediatra di Libera Scelta (PLS) nella gestione della dermatite atopica.

How to cite this article: Filippeschi C. Dermatite atopica in età pediatrica e adolescenziale. Ruolo del Pediatra di libera scelta: diagnosi corretta, educazione terapeutica e gestione condivisa delle nuove terapie. Il Medico Pediatra 2026;35(3):5-7. https://doi.org/10.36179/2611-5212-2026-13

© 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

Riassunto

La dermatite atopica (DA) è oggi inquadrata come una malattia cronica con coinvolgimento sistemico che va ben oltre la barriera cutanea. Alla base della patologia risiede l'infiammazione di tipo 2, un disordine immunologico sistemico che spiega l'andamento recidivante della malattia: comprendere questo meccanismo è fondamentale per spiegare ai genitori perché la malattia sembri "andare e venire", rendendo necessaria una gestione continua. In questo scenario, il Pediatra di libera scelta (PLS) non è un mero prescrittore, ma il fulcro di un'alleanza terapeutica essenziale. Il successo delle innovazioni farmacologiche dipende dalla capacità del PLS di educare la famiglia, gestire le comorbidità e coordinare l'accesso tempestivo alle terapie di precisione in sinergia con lo specialista.

Parole chiave: dermatite atopica, infiammazione di tipo 2, pediatria di libera scelta, barrier repair, marcia atopica.

Summary

Atopic Dermatitis (AD) is now classified as a chronic disease with systemic involvement that extends well beyond the skin barrier. The pathology is based on type 2 inflammation, a systemic immunological disorder that explains

the relapsing course of the disease. Understanding this mechanism is essential to explaining to parents why the disease seems to "come and go," necessitating ongoing management. In this context, the Pediatrician (Ped) is not simply a prescriber, but the fulcrum of an essential therapeutic alliance. The success of pharmacological innovations depends on the PED's ability to educate the family, manage comorbidities, and coordinate timely access to precision therapies in synergy with the specialist.

Keywords: *atopic dermatitis, type 2 inflammation, primary care, barrier repair, atopic march*

1. Inquadramento clinico: l'impatto multidimensionale

La DA rappresenta la più frequente malattia infiammatoria cronica dell'età pediatrica, ma la sua rilevanza epidemiologica è spesso oscurata da una visione puramente dermatologica. La DA deve essere invece interpretata come il "primo passo" della cosiddetta **marcia atopica**: un processo evolutivo che vede il bambino talvolta progredire verso possibili comorbilità come l'asma bronchiale, la rinite allergica e le allergie alimentari.

L'impatto sulla salute pubblica e sulla qualità della vita è mediato da manifestazioni che condizionano lo sviluppo del bambino.

- **Prurito incoercibile e dolore:** generano uno stato di irritabilità persistente e rischio di sovrainfezioni.
- **Frammentazione del sonno:** i disturbi del sonno non sono solo un disagio notturno, ma una minaccia allo sviluppo neurocognitivo a lungo termine e, nei casi gravi, alla crescita staturale per l'alterazione dei ritmi circadiani di secrezione ormonale.
- **Comorbilità neurologiche:** è stata documentata una correlazione significativa con l'**ADHD (deficit di attenzione/iperattività)**, che richiede una vigilanza clinica costante da parte del PLS durante i bilanci di salute.

2. Diagnosi e percorso di diagnosi differenziale

La precisione diagnostica nel setting ambulatoriale è fondamentale per distinguere la DA da altre condizioni immunomediate o infettive. Il PLS deve prestare particolare attenzione ai "segni sentinella".

Patologia	Segno sentinella (sospetto clinico)	Nota di approfondimento
Psoriasi	Placche a bordi netti, squame argentee, segno di Auspitz	Spesso coinvolge unghie e cuoio capelluto
Dermatite seborroica	Croste giallastre in aree ricche di ghiandole sebacee; assenza di prurito intenso	Tipica del lattante nei primi sei mesi
Dermatite erpetiforme (Duhring)	Vescicole simmetriche su gomiti e ginocchia; familiarità per malattie autoimmuni	Strettamente associata alla celiachia. Sospettare nei pazienti con screening positivo o familiarità per DT1/celiachia

3. Educazione terapeutica: detersione e "barrier repair therapy"

Il PLS deve agire come educatore prima che come prescrittore. La barriera cutanea nei bambini atopici è biochimicamente deficitaria e necessita di una ricostruzione strutturale.

Detersione e idratazione

La detersione deve essere breve (acqua tiepida), con detergenti privi di profumi/conservanti, seguita da un'asciugatura per tamponamento delicato. Il passaggio fondamentale consiste nell'adozione degli **emollienti di terza generazione**, protagonisti della "barrier repair therapy". A differenza dei vecchi idratanti occlusivi, questi prodotti contengono lipidi fisiologici in rapporto stechiometrico: **ceramidi, colesterolo e acidi grassi polinsaturi**.

- **Gestione stagionale:** lozioni fluide in estate per favorire la traspirazione e balsami corposi in inverno per contrastare la xerosi severa.
- **L'alleanza emotiva:** l'applicazione con massaggio di 10 minuti su cute umida deve essere proposta al genitore come un momento di "coccola e relax" e non come un obbligo terapeutico, per favorire l'aderenza a lungo termine.

Strategia di salvataggio: wet wrap therapy (wwt).

Nelle fasi acute moderate-gravi, il PLS può istruire la famiglia alla **wwt** (bendaggio umido); questa tecnica prevede l'applicazione di emollienti e/o steroidi coperti da uno strato di bendaggio tubolare umido e uno asciutto.

- **Durata:** da 3 a 24 ore al giorno, per un periodo di 2-14 giorni.
- **Benefici:** riduce drasticamente l'infiammazione e il prurito, migliorando l'assorbimento del farmaco.

Nota: monitorare il possibile aumento dell'assorbimento sistemico dello steroide.

4. Terapia farmacologica topica e lotta alla corticofobia

I corticosteroidi topici (CST) restano il gold standard per il controllo delle fasi attive. Inoltre il PLS deve affrontare quotidianamente la **corticofobia**, spesso alimentata da resistenze genitoriali: *"Inutile fare terapie perché appena smettiamo è peggio di prima"* o *"Abbiamo provato anche il cortisone, ma non passa!"*.

Il PLS deve spiegare che il "rebound" non è dovuto all'inefficacia del farmaco, ma a una **sospensione precoce**. La regola d'oro è la mono-applicazione serale su cute lesa fino a remissione completa. Per prevenire i *flares*, si raccomanda nelle forme medio-gravi la **terapia proattiva del weekend**: applicazione intermittente (1-2 volte a settimana) sulle sedi abituali di recidiva anche in assenza della manifestazione clinica.

5. La rivoluzione delle terapie sistemiche

Per le forme resistenti ai farmaci topici, l'immunologia moderna offre soluzioni mirate che cambiano la storia naturale della malattia.

- **Dupilumab:** Anticorpo monoclonale che blocca la sub unità alfa del recettore IL-4/IL-13. È l'unica terapia biologica approvata dai **6 mesi di vita**, con un profilo di sicurezza consolidato che permette di contrastare la marcia atopica agendo alla radice dell'infiammazione di tipo 2. Questo farmaco è stato il primo ad essere introdotto in età pediatrica con un impatto rivoluzionario sulla gestione della malattia.
- **Anti-JAK (inibitori della janus chinasi):** Inibitori selettivi che permettono il controllo del prurito entro 24-48 ore. Questa rapidità è fondamentale per restituire serenità a famiglie esauste, sebbene richiedano una selezione più attenta del paziente, con un utilizzo prevalentemente in età adolescenziale.

Conclusioni: l'alleanza terapeutica PLS–Specialista

Il nuovo paradigma gestionale vede il PLS come il "regista" della cura. È compito del Pediatra territoriale **smentire i falsi miti**, come le diete di esclusione ingiustificate, che sono spesso dannose per la crescita e distraggono dalla reale necessità terapeutica (barrier repair e farmaci attivi).

Il PLS gestisce le forme lievi, educa alla prevenzione e garantisce l'invio tempestivo allo specialista per le forme moderate-gravi. Solo una visione sinergica e continua tra i due livelli di cura può garantire la **normalizzazione della vita del bambino**, consentendogli di crescere con una qualità di vita il più possibile sovrapponibile a quella dei coetanei.