

ilmedicopediatra 2025;34(4):9-19;  
doi: 10.36179/2611-5212-2025-16

# Il ruolo del pediatra di famiglia nella prevenzione del VRS: risultato di una survey

Martino Barretta

Responsabile Rete Vaccini FIMP

## Riassunto

L'Autore espone brevemente il razionale dell'immunizzazione passiva con anticorpi monoclonali per il VRS e i risultati di una survey sul tema condotta da FIMP presso i pediatri.

**Parole chiave:** virus respiratorio sinciziale (VRS), immunizzazione passiva, anticorpi monoclonali

## Summary

*The Author exposes the rationale of passive immunisation with monoclonal antibodies for RSV and the results of a survey on the subject conducted by FIMP on the pediatricians.*

**Key words:** respiratory syncytial virus (RSV), passive immunization, monoclonal antibodies

## Corrispondenza

Martino Barretta

[martino.barretta@gmail.com](mailto:martino.barretta@gmail.com)

## Conflitto di interessi

L'Autore dichiara nessun conflitto di interessi.

**How to cite this article:** Barretta M. Il ruolo del pediatra di famiglia nella prevenzione del VRS: risultato di una survey. Il Medico Pediatra 2025;34(4):9-19. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2025-16>

© 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>

## Premessa

L'introduzione dell'immunizzazione passiva con anticorpi monoclonali (nirsevimab) per la prevenzione dell'infezione da virus respiratorio sinciziale ha segnato un significativo passo avanti nella prevenzione della più temibile complicanza di tale infezione, la bronchiolite.

L'anticorpo monoclonale è un anticorpo IgG1 diretto contro il sito antigenico Ø della proteina F, una proteina di fusione più stabile della proteina G. Il legame con l'anticorpo neutralizza l'azione di fusione della proteina F, bloccando così la replicazione virale (Fig. 1).

L'immunizzazione passiva del bambino si ottiene con la somministrazione diretta dell'anticorpo monoclonale (nirsevimab) o con la vaccinazione durante la gravidanza contro la proteina pre-F del virus respiratorio sinciziale (RSVpre-F); la vaccinazione materna determina il passaggio transplacentare degli anticorpi (Fig. 2).

FIGURA 1.

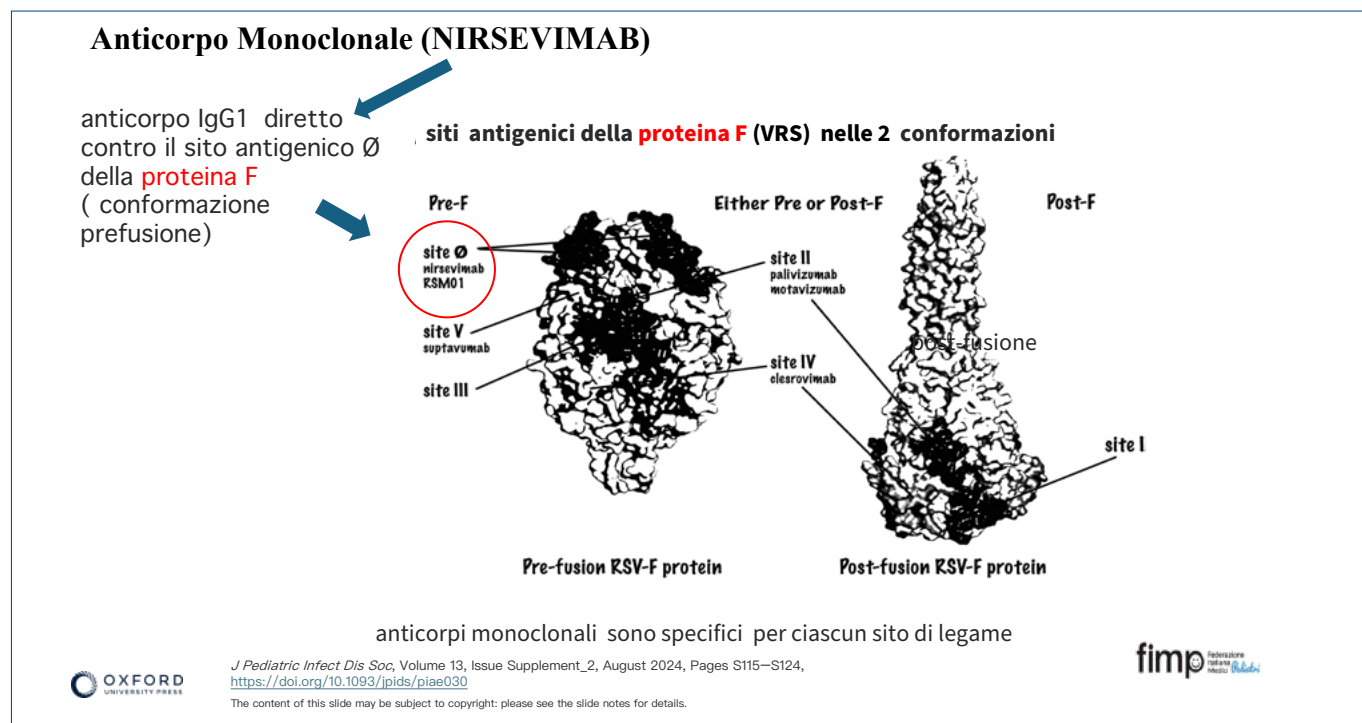


FIGURA 2.

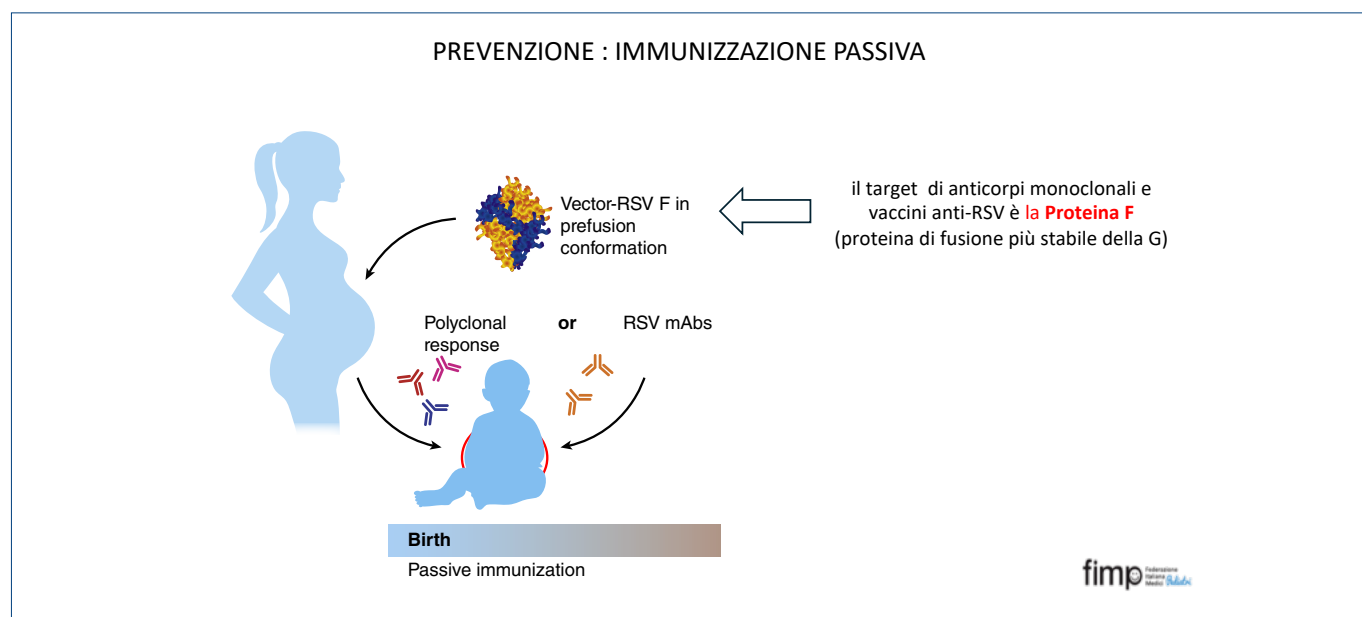
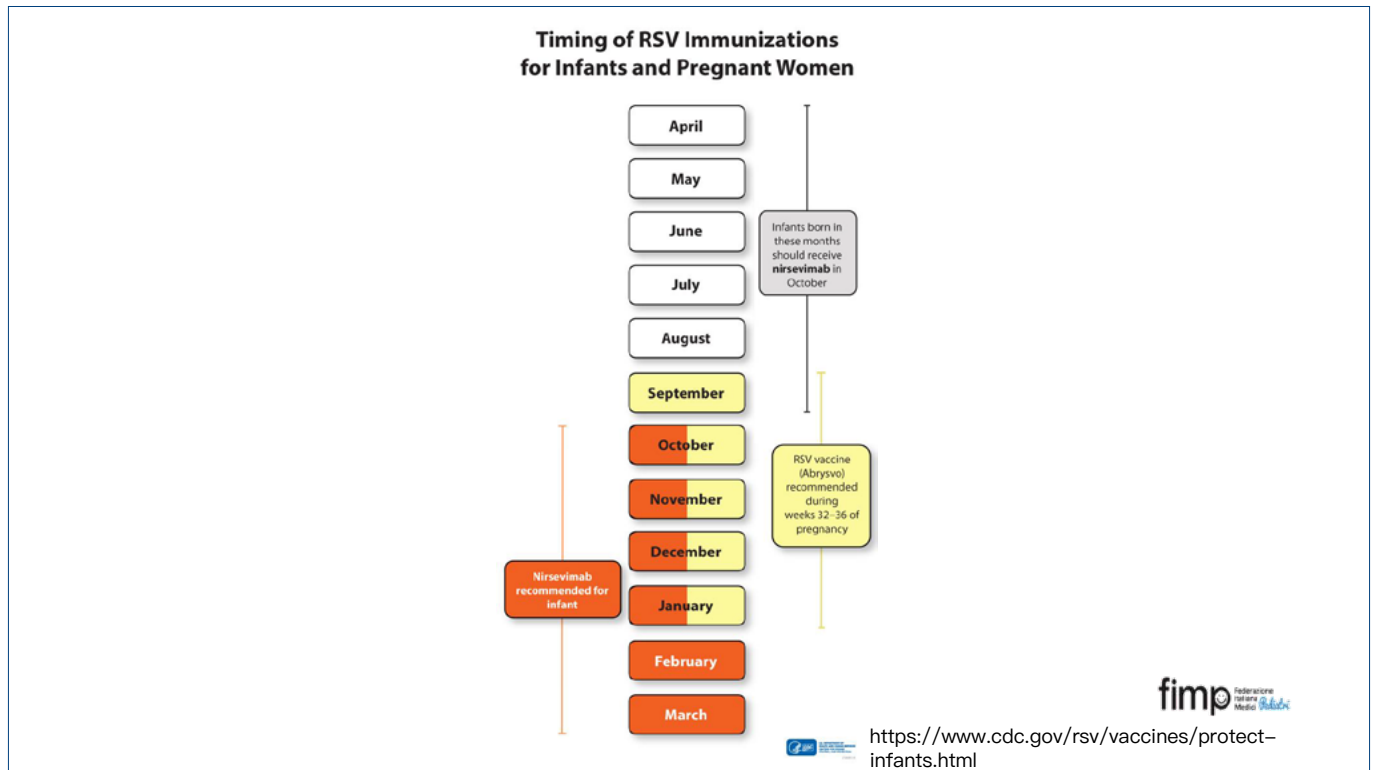


FIGURA 3.



Nella Figura 3 è evidenziato il timing di somministrazione del nirsevimab.

L'esperienza straniera evidenzia l'efficacia del nirsevimab nella prevenzione dell'infezione da VRS (vedi Box 1).

### La survey

Scopo della survey era valutare opinioni e attitudini dei pediatri di famiglia nei confronti della prevenzione dell'infezione da VRS mediante anticorpi monoclonali. Nella Figura 4 è evidenziato il numero di pediatri partecipanti in relazione alla regione di residenza.

Nella Figura 5 è evidenziato il giudizio sulla gravità dell'infezione da VRS. Come si può vedere, la grande maggioranza dei pediatri considera tale infezione come malattia grave.

La grande maggioranza dei pediatri era a conoscenza della disponibilità nel nostro Paese di misure preventive contro il VRS (Fig. 6). Questo dato conferma l'elevato

livello di consapevolezza della gravità dell'infezione da VRS e la necessità di adottare, quando possibile, le misure preventive disponibili. In particolare, la grande maggioranza dei partecipanti era a conoscenza della possibilità di immunizzazione tramite anticorpi monoclonali (nirsevimab) (Fig. 7).

Allo stesso modo, la grande maggioranza dei pediatri intervistati ha sottolineato l'utilità dell'immunizzazione universale (Fig. 8) e dell'immunizzazione materna (Fig. 9).

Anche l'elevata percentuale di pediatri che hanno effettuato l'immunizzazione nel proprio studio evidenzia la consapevolezza del problema (Fig. 10)

Nella Figura 11 sono evidenziate regione per regione le differenti modalità di adesione alla campagna di immunizzazione, modalità che riflettono differenti organizzazioni regionali.

Le principali difficoltà incontrate dai pediatri che hanno aderito alla campagna di immunizzazione sono

### Box 1. Efficacia di nirsevimab nella prevenzione delle infezioni da RSV nei neonati in Spagna (2023–2024) in un setting di cure primarie, anche nei lattanti immunizzati fuori stagione che non richiedono ricovero in ospedale

#### Contesto:

Campagna di immunizzazione nazionale rivolta a **tutti i neonati nati dopo il 1° aprile 2023**.

#### Somministrazione:

- nati dopo il **1° ottobre** → nirsevimab **alla nascita in ospedale**;
- nati tra **aprile e settembre** → **programma di recupero**.

#### Disegno dello studio:

Rete di centri di assistenza primaria;

Inclusi tutti i neonati con **LRTI (Lower Respiratory Tract Infection)** testati con **PCR per RSV**;

Analisi basata su un **approccio "test-negativo"** per stimare l'efficacia del nirsevimab.

#### Campione:

**160** neonati totali;

**141 (88%)** hanno ricevuto nirsevimab;

**128** appartenevano al gruppo di recupero (di cui l'**88%** immunizzati).

#### Risultati principali:

**RSV rilevato:** 44 neonati (**27,5%**).

Nel gruppo di recupero: 37 casi (**28,9%**).

#### Efficacia complessiva:

**75,8%** (ICr 95%: 40,4-92,7).

#### Efficacia nel gruppo di recupero:

**80,2%** (ICr 95%: 44,3-95,4).

#### Conclusioni:

**Nirsevimab** si è dimostrato **altamente efficace** nel prevenire le LRTI da RSV nei neonati seguiti in ambulatorio;

Il **programma di recupero** ha consentito di **ridurre significativamente il carico di malattia** nelle cure primarie;

I risultati supportano l'inclusione del **nirsevimab nei programmi di immunizzazione universale** dei neonati.

schematizzate nella Figura 12, mentre lo stesso dato scorporato per regione è mostrato nelle Figure 13 e 14.

Come per altri interventi preventivi (ad esempio le vaccinazioni), le principali barriere alla campagna di immunizzazione sono state la preoccupazione delle famiglie circa la sicurezza dell'intervento e anche la scarsa informazione delle famiglie sulle caratteristiche dell'intervento proposto (Fig. 15).

Nella Figura 16 sono evidenziate le misure per migliorare le conoscenze e quindi le misure necessarie per migliorare l'adesione delle famiglie alla campagna. La prevalenza della chiamata attiva e del materiale da esporre/proporre nel proprio studio sottolinea ancora una volta l'importanza attribuita alla conoscenza della famiglia da parte del pediatra e del rapporto di fiducia.

## Conclusioni

Punti essenziali evidenziati dalla survey sono:

- **riconoscimento della gravità della malattia**;
- buona conoscenza dei nuovi anticorpi monoclonali;
- sì all'immunizzazione universale;
- disponibilità a essere parte attiva nella somministrazione;
- le barriere nella adesione non sono insormontabili;
- **difficoltà di approvvigionamento**;
- **interesse alla formazione**.

## Bibliografia di riferimento

López-Lacort M, Muñoz-Quiles C, Mira-Iglesias A, et al. Nirsevimab effectiveness against severe respiratory syncytial virus infection in the primary care setting. *Pediatrics* 2025;155:E2024066393. <https://doi.org/10.1542/peds.2024-066393>

*J Pediatric Infect Dis Soc* 2024;13(Suppl. 2):S115-S124. <https://doi.org/10.1093/jpids/piae030>

The content of this slide may be subject to copyright: please see the slide notes for details.

<https://www.cdc.gov/rsv/vaccines/protect-infants.html>

*Pediatrics* 2025;155.

FIGURA 4.

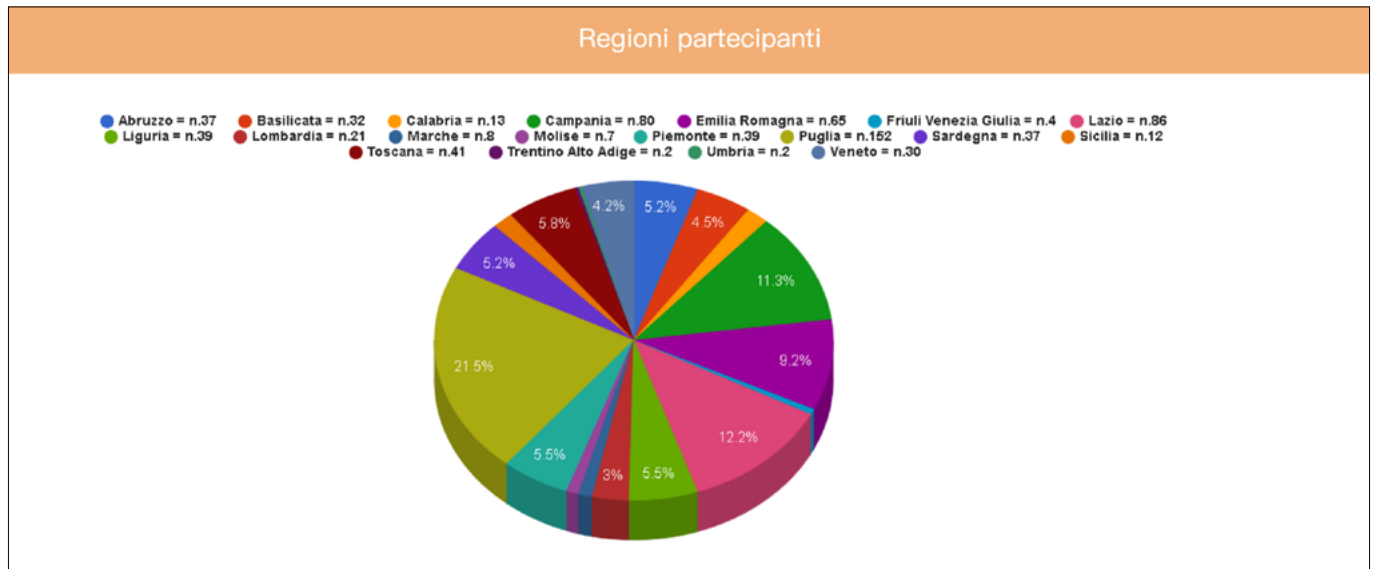


FIGURA 5.

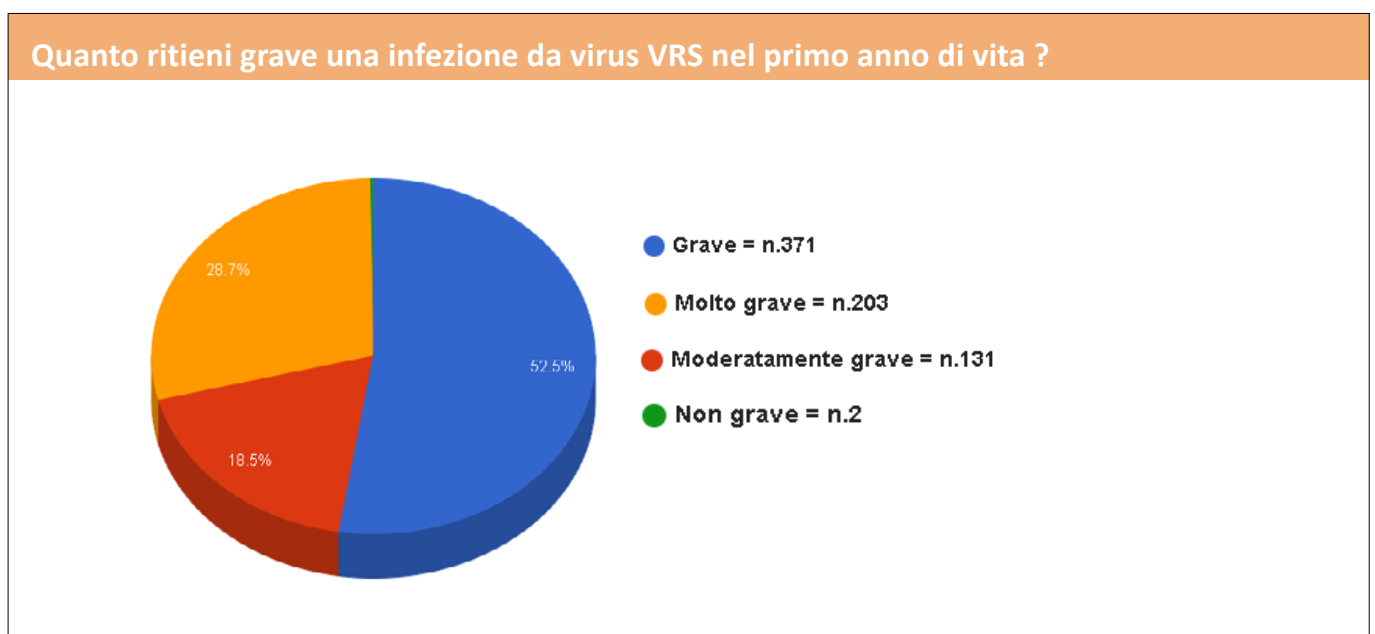


FIGURA 6.



FIGURA 7.

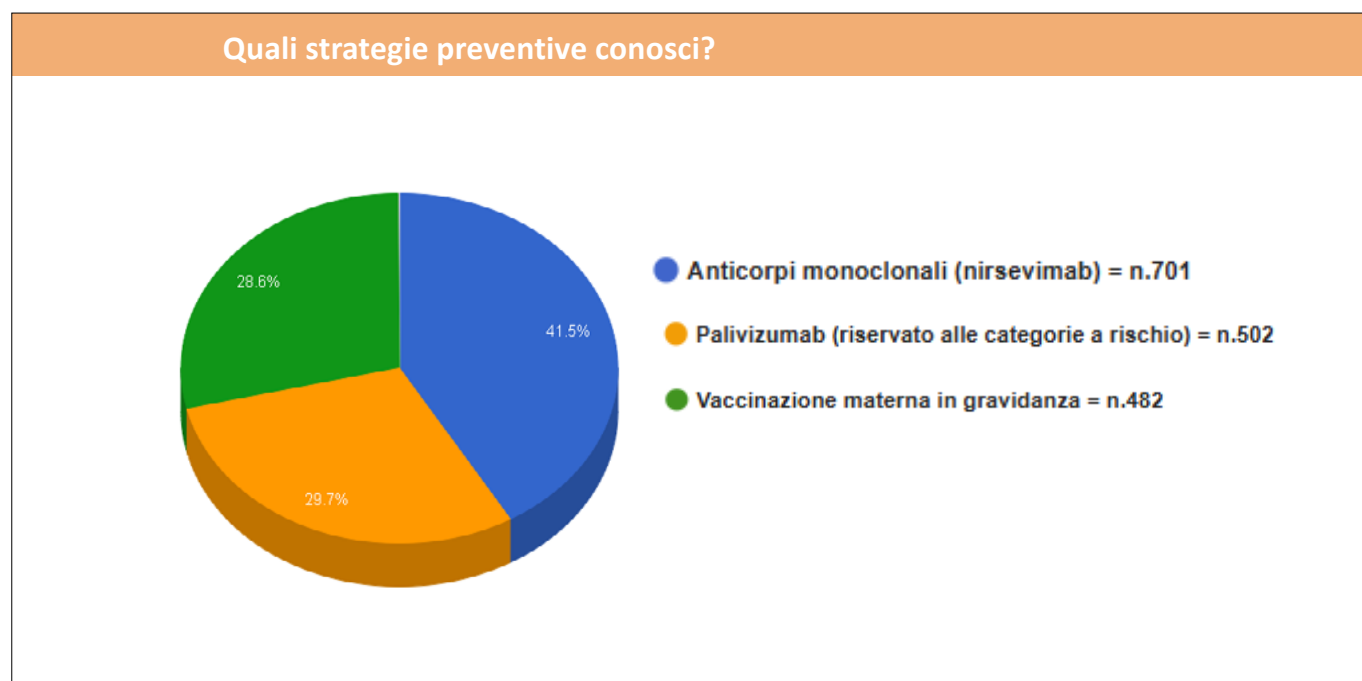


FIGURA 8.

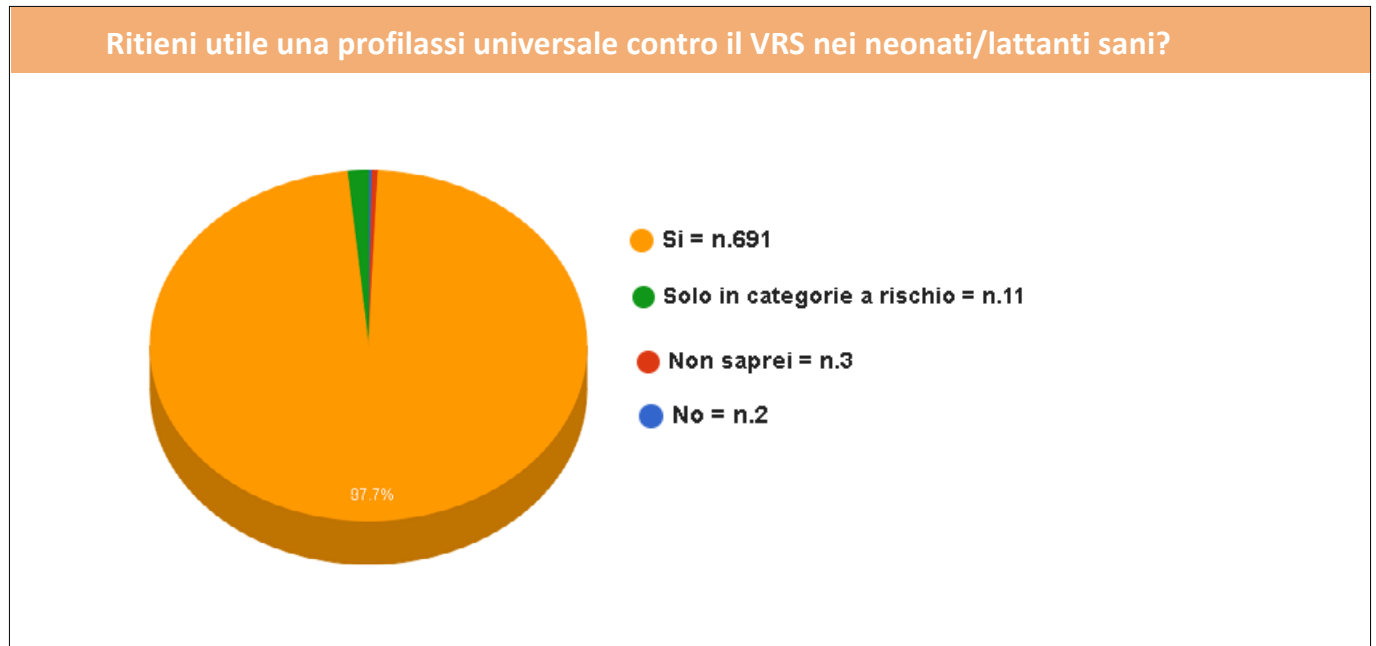


FIGURA 9.

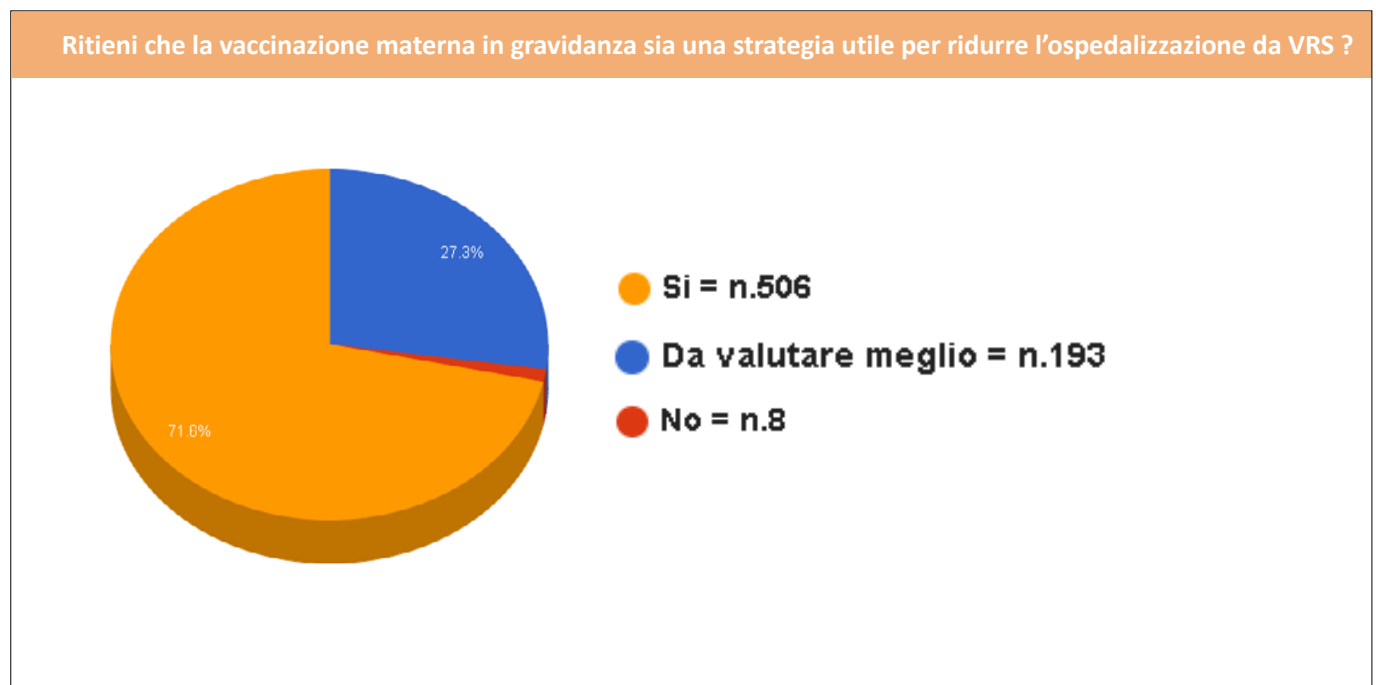


FIGURA 10.

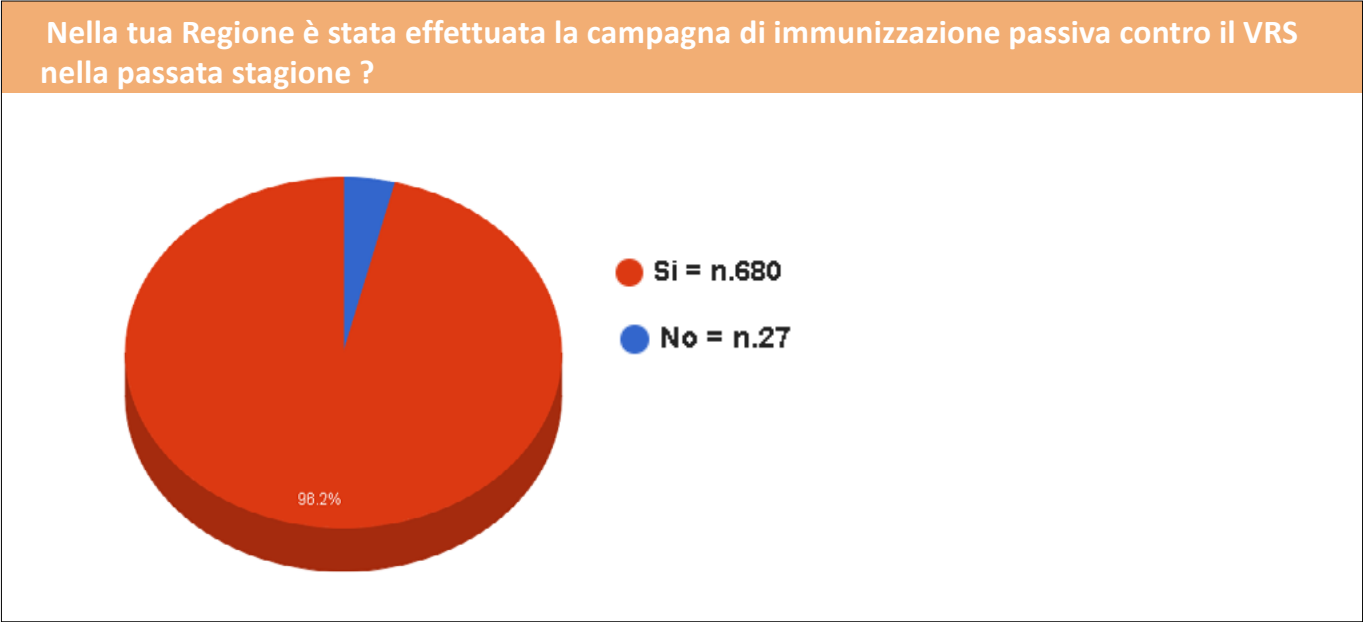


FIGURA 11.

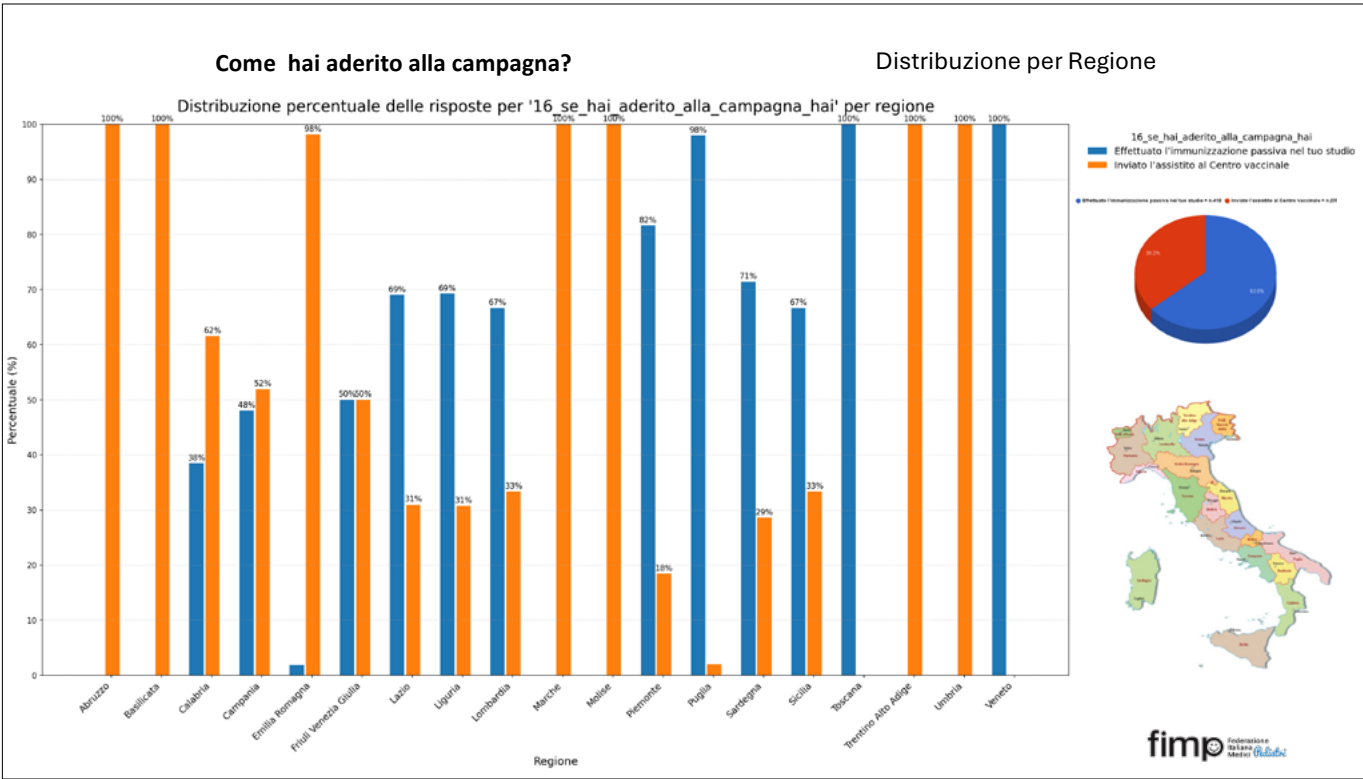




FIGURA 12.

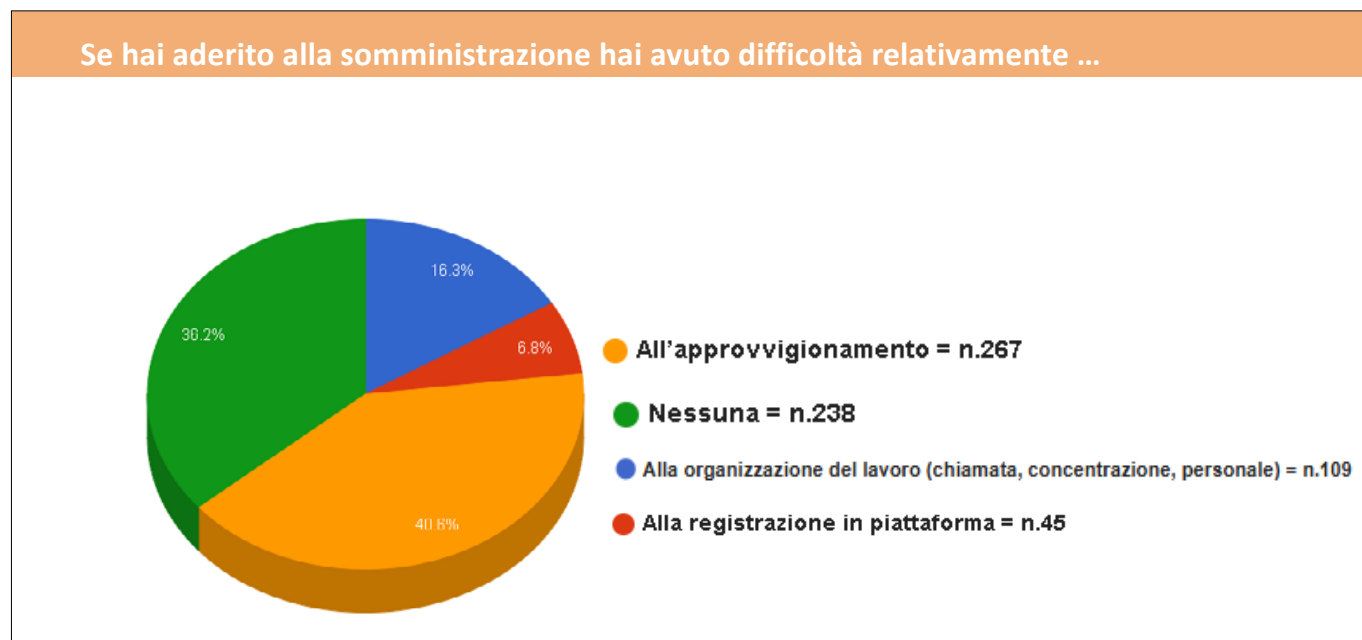


FIGURA 13.

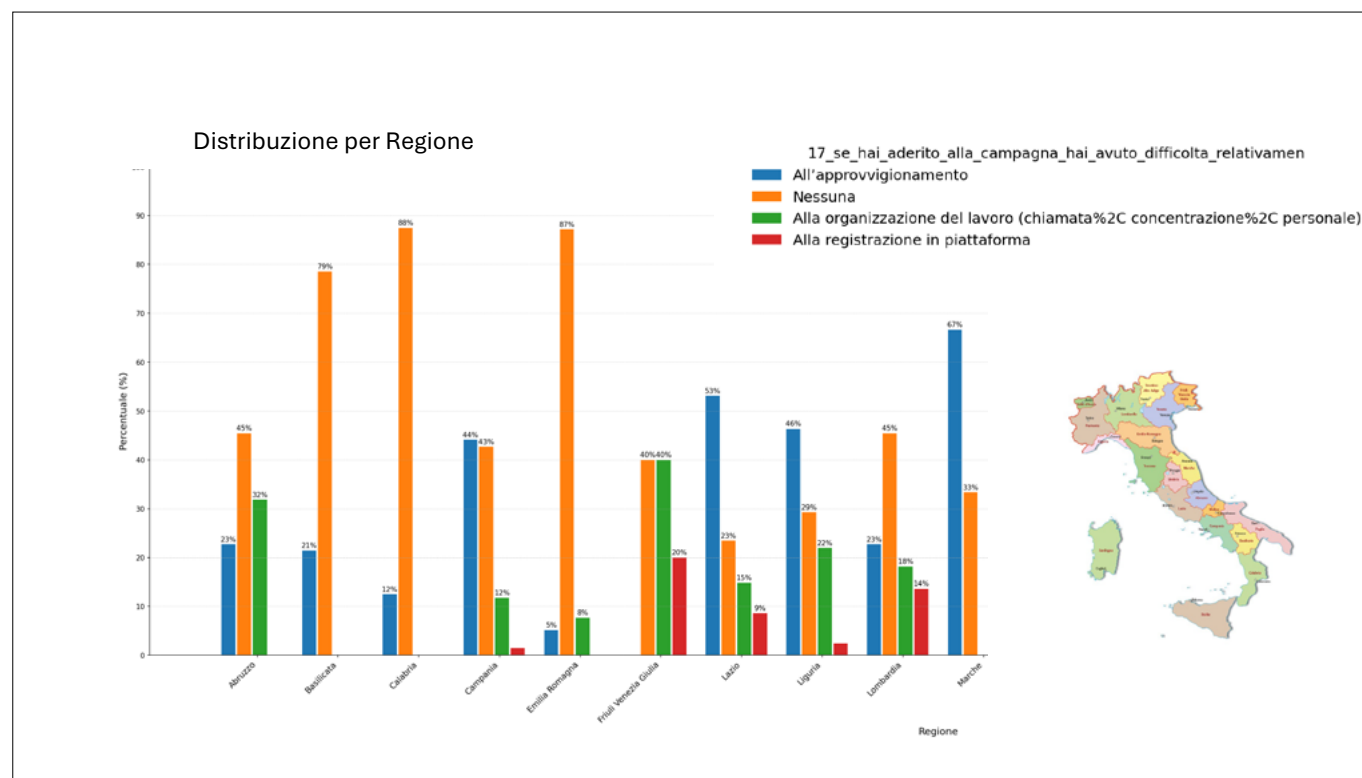


FIGURA 14.

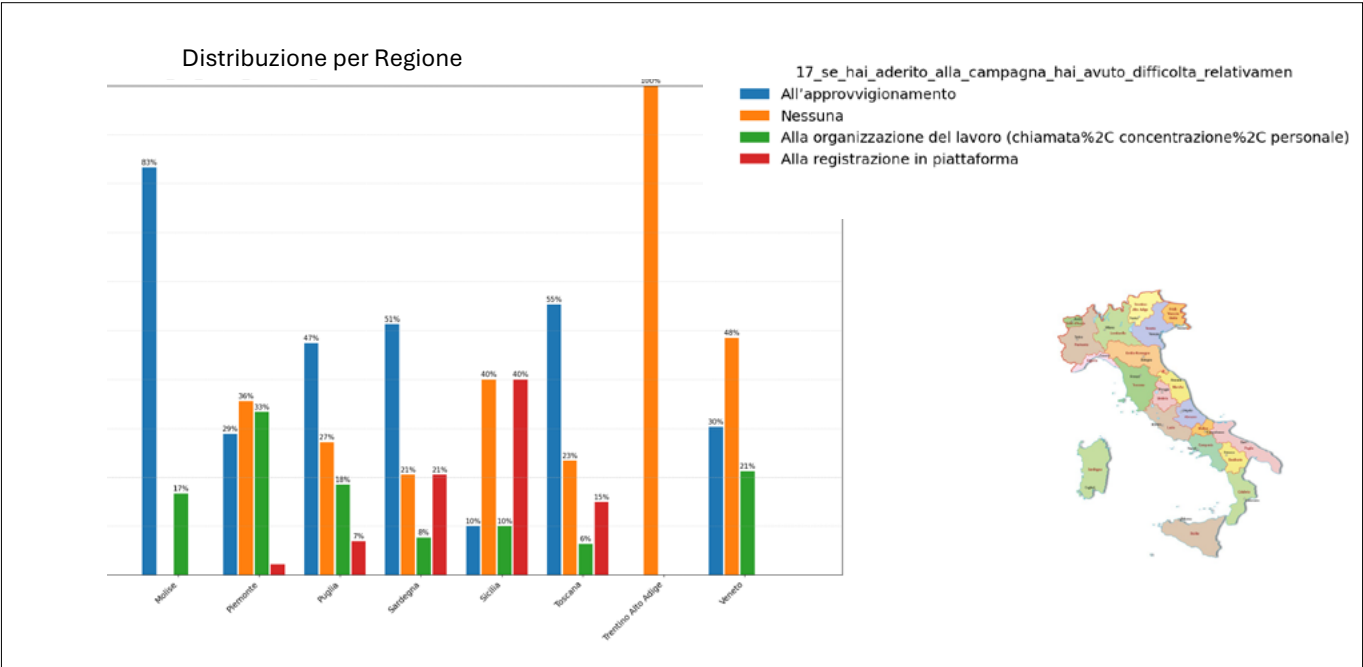


FIGURA 15.

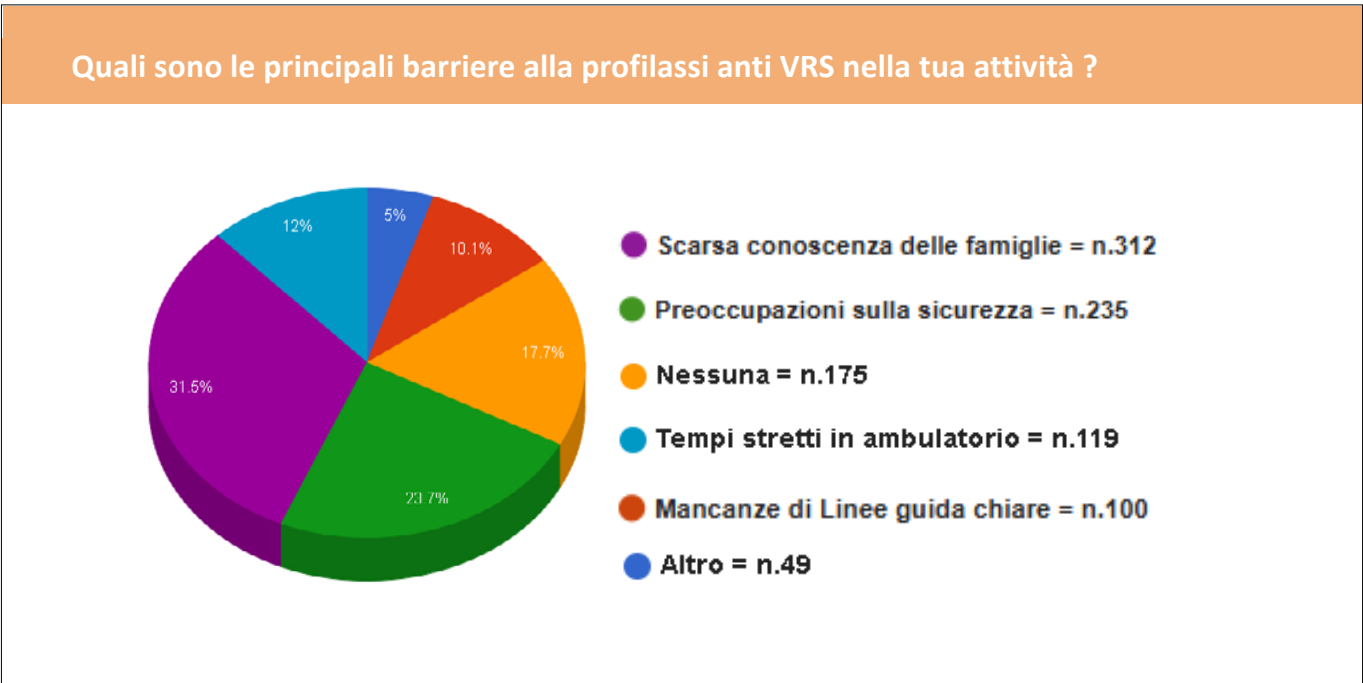


FIGURA 16.

