

ilmedicopediatra 2026;35(1):16-23;
doi: 10.36179/2611-5212-2026-03

Esperienza *real-world* della Pediatria di Libera Scelta della Regione Puglia nella profilassi delle infezioni da VRS

Maria Sterpeta Loffredo^{1,2}, Antonio Di Mauro¹, Raffaele Gurrado¹, Luigi Nigri^{1,3}

¹Pediatra di Libera Scelta Regione Puglia; ²Area FIMP Vaccini e Immunizzazioni;

³Referente FIMP Regione Puglia Rete Vaccini e Immunizzazioni

Corrispondenza

Maria S. Loffredo
loffredoms1976@gmail.com

Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano nessun conflitto di interesse.

How to cite this article: Sterpeta Loffredo M, Di Mauro A, Gurrado R, et al. Esperienza *real-world* della Pediatria di Libera Scelta della Regione Puglia nella profilassi delle infezioni da VRS. Il Medico Pediatra 2026;35(1):16-23. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2026-03>

© 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

L'articolo descrive l'esperienza *real-world* della Pediatria di Libera Scelta (PLS) della Regione Puglia nell'attuazione della strategia preventiva contro il Virus Respiratorio Sinciziale (VRS) durante la stagione 2024-2025, esplorata attraverso una *survey* articolata in tre sezioni dedicate rispettivamente agli *outcome* di implementazione (adesione alla campagna, copertura della popolazione target, modalità di reclutamento), agli *outcome* clinici (incidenza di bronchiolite trattata a domicilio o in ospedale) e agli *outcome* di sicurezza. Tale strategia ha previsto la somministrazione dell'anticorpo monoclonale nirsevimab ai nati tra luglio e ottobre 2024 presso gli ambulatori dei PLS e ai nati tra novembre 2024 e marzo 2025 presso le neonatologie prima della dimissione. Il modello organizzativo integrato ha affidato un ruolo centrale ai pediatri del territorio, non solo nell'atto della somministrazione, ma soprattutto nell'informazione chiara alle famiglie, nel reclutamento attivo dei pazienti eleggibili e nel monitoraggio degli *outcome*. I risultati confermano l'efficacia dell'intervento, con una riduzione significativa dell'incidenza dei casi di bronchiolite e dei ricoveri ospedalieri nella coorte immunizzata. Inoltre essi sottolineano il ruolo del PLS quale pilastro strategico per il successo di campagne di prevenzione su larga scala in un contesto di sanità pubblica.

Parole chiave: Virus Respiratorio Sinciziale (VRS), anticorpo monoclonale, pediatria di libera scelta

Summary

The article describes the *real-world* experience of Primary Care Paediatricians in the Puglia Region in implementing the preventive strategy against Respiratory Syncytial Virus (RSV) in the 2024-2025 season. This experience was explored through a survey structured into three sections dedicated to implementation outcomes (campaign adherence, target population coverage, recruitment methods), clinical outcomes (incidence of bronchiolitis

managed at home or in hospital), and safety outcomes. This strategy involved the administration of the monoclonal antibody nirsevimab to infants born between July and October 2024 at primary care paediatricians' (PLS) clinics and to those born between November 2024 and March 2025 in neonatal units prior to discharge. The integrated organizational model assigned a central role to community paediatricians, not only in the act of administration but, most importantly, in providing clear information to families, actively recruiting eligible patients, and monitoring outcomes. The results confirm the intervention's effectiveness, demonstrating a significant reduction in the incidence of bronchiolitis and hospitalizations in the immunised cohort. Furthermore, they underscore the role of primary care paediatricians as a strategic pillar for the success of large-scale prevention campaigns within the public health context.

Keywords: respiratory syncytial virus (RSV), monoclonal antibody, primary care paediatricians

Introduzione

Il Virus Respiratorio Sinciziale (VRS) rappresenta da decenni una delle principali cause di infezione delle basse vie respiratorie in età pediatrica, costituendo un rilevante problema di sanità pubblica sia nei Paesi a basso e medio reddito sia nei contesti ad alto reddito. Nei primi anni di vita, il VRS è responsabile della maggior parte dei casi di bronchiolite e di una quota significativa di polmoniti, con un impatto clinico, organizzativo ed emotivo che coinvolge non solo le strutture ospedaliere, ma anche la pediatria territoriale. Dal punto di vista epidemiologico, il VRS è altamente diffusivo: l'infezione è pressoché universale e quasi tutti i bambini entrano in contatto con il virus entro i primi due anni di vita. Nella maggior parte dei casi, il decorso è lieve o moderato e autolimitante; tuttavia, una percentuale significativa evolve verso forme più gravi, richiedendo accessi ripetuti alle cure primarie, valutazioni in pronto soccorso e, in alcuni casi, ospedalizzazione. Questo andamento, apparentemente paradossale, rende il VRS una patologia comune ma potenzialmente severa, difficile da intercettare precocemente nei soggetti a rischio di complicanze. Le stime globali più recenti indicano circa 33 milioni di episodi annuali di infezione delle basse vie respiratorie da VRS nei bambini sotto i cinque anni, con oltre 3,5 milioni di ricoveri e più di 100.000 decessi, concentrati principalmente nei primi mesi di vita. Sebbene la mortalità nei Paesi ad alto reddito sia molto bassa, il carico assistenziale rimane significativo, con elevato utilizzo di risorse territoriali e ospedaliere e impatto socio-emotivo sulle famiglie ¹.

L'età rappresenta il principale fattore di rischio per la gravità dell'infezione: i lattanti nei primi sei mesi di vita, e in particolare nei primi tre mesi, presentano i tassi più elevati di ospedalizzazione e di forme severe. A essi si aggiungono fattori individuali noti quali prematurità, broncodisplasia polmonare, cardiopatie congenite emodinamicamente significative, patologie neuromuscolari o condizioni di immunodepressione. Tuttavia, la maggior parte dei bambini che sviluppano forme severe è costituita da lattanti nati a termine e precedentemente sani, sottolineando l'importanza di strategie preventive più ampie rispetto all'approccio tradizionalmente "ad alto rischio".

Dal punto di vista clinico, l'infezione da VRS si manifesta inizialmente con sintomi aspecifici delle alte vie respiratorie – rinorrea, congestione nasale, tosse e talora febbre – rendendo difficile la diagnosi differenziale precoce rispetto ad altre infezioni virali pediatriche. Nei giorni successivi, soprattutto nei lattanti più piccoli, il quadro può evolvere verso il coinvolgimento delle basse vie respiratorie, con tachipnea, rientramenti toracici, difficoltà alimentare, wheezing e, nei casi più gravi, ipossiemia e apnea. La variabilità clinica e l'assenza di segni patognomonic rendono complessa la predizione dell'evoluzione individuale ².

Non esistono strumenti clinici universalmente validati per identificare con precisione i bambini destinati a sviluppare forme severe. Diversi score di gravità sono stati proposti, ma nessuno è stato adottato stabilmente nella pratica clinica, soprattutto in ambito territoriale. Pertanto, il giudizio clinico del Pediatra di Libera Scelta (PLS), basato sull'osservazione diretta,

la conoscenza del contesto familiare e la valutazione dinamica dei sintomi, rimane centrale nella gestione del VRS.

Dal punto di vista terapeutico, non sono disponibili terapie eziologiche efficaci: il trattamento è essenzialmente di supporto e comprende ossigenazione adeguata, idratazione e monitoraggio clinico. Broncodilatatori, corticosteroidi e antibiotici non hanno dimostrato benefici significativi nelle forme non complicate. Nonostante ciò, il VRS è ancora associato a un uso non appropriato di antibiotici, soprattutto nei contesti di incertezza diagnostica, con implicazioni in termini di resistenze antimicrobiche. Il PLS svolge un ruolo chiave nell'educazione delle famiglie e nella promozione di un uso razionale delle terapie, supportato da strumenti come saturimetria e tamponi virologici rapidi ³. Negli ultimi anni, è cresciuto l'interesse per le conseguenze a medio-lungo termine del VRS. Studi osservazionali indicano un'associazione tra bronchiolite da RSV nei primi anni di vita e un aumentato rischio di wheezing ricorrente e asma in età successiva. Sebbene il nesso causale non sia completamente chiarito, questo dato rafforza l'importanza della prevenzione primaria, soprattutto nei primi mesi di vita, quando il sistema respiratorio e immunitario è ancora immaturo. Storicamente, la prevenzione si basava su misure non farmacologiche (igiene delle mani, riduzione dell'esposizione) e sull'immunoprofilassi passiva con palivizumab, limitata a una popolazione ad alto rischio. Nonostante la riduzione delle ospedalizzazioni nei gruppi selezionati, l'impatto sulla salute pubblica era limitato per i costi elevati, la necessità di somministrazioni mensili e l'impossibilità di estendere la profilassi alla popolazione generale. Recenti progressi nella comprensione della proteina di fusione del virus e delle risposte immunitarie neutralizzanti hanno permesso lo sviluppo di nuove strategie preventive, tra cui anticorpi monoclonali a lunga emivita e vaccini materni ⁴. Per la prima volta, il VRS può essere considerato prevenibile su larga scala, con potenziali benefici in termini di riduzione di rico-

veri, accessi in pronto soccorso e carico assistenziale stagionale ⁵.

In questo contesto, la Regione Puglia ha adottato una strategia strutturata per la prevenzione del VRS, con particolare attenzione all'integrazione tra ospedale e territorio e al ruolo centrale del PLS. La Legge Regionale 30 maggio 2024, n. 22, ha autorizzato la somministrazione di anticorpi monoclonali approvati dalle autorità regolatorie nei neonati, seguita dall'attivazione di una campagna regionale di immunizzazione passiva. Lo strumento scelto è Nirsevimab, un anticorpo monoclonale a lunga emivita che conferisce immunizzazione passiva, neutralizzando il virus e prevenendone l'ingresso nelle cellule respiratorie. L'impiego di Nirsevimab si integra nelle strategie pediatriche di prevenzione, con modalità analoghe a quelle delle vaccinazioni dell'infanzia, garantendo protezione per l'intera stagione epidemica con una singola somministrazione e un profilo di sicurezza favorevole. Il PLS assume, in questo scenario, un ruolo strategico e multifunzionale: non solo intercettare precocemente i sintomi respiratori nel management clinico dell'acuzia, ma anche fornire informazioni chiare e basate sull'evidenza, supportare le decisioni cliniche e promuovere l'adesione consapevole alle nuove strategie preventive. La pediatria territoriale diventa il fulcro dell'integrazione tra evidenze scientifiche, programmi di sanità pubblica e bisogni concreti delle famiglie, contribuendo alla riduzione del carico assistenziale e delle ospedalizzazioni oltre al miglioramento della qualità di vita dei bambini e dei loro nuclei familiari.

Il presente articolo descrive **l'implementazione della profilassi da VRS nella Pediatria di Libera Scelta in Puglia e la sua esperienza *real-world***, evidenziando il ruolo centrale del PLS nella strategia di prevenzione. Per la stagione 2024-2025 la Regione Puglia ha scelto un modello di offerta universalistico, prevedendo la somministrazione gratuita prioritaria del Nirsevimab a tutti i bambini entro 24 mesi di vita nati tra il primo luglio 2024 e il 31 ottobre 2024.

Questa scelta rappresenta un passaggio culturale rilevante, poiché supera il concetto di profilassi riservata esclusivamente ai soggetti ad alto rischio e riconosce che la maggior parte delle ospedalizzazioni per bronchiolite da VRS avviene in bambini precedentemente sani. Accanto a questa offerta universale, la Regione ha previsto l'estensione dell'immunizzazione passiva anche ai bambini fino a 24 mesi di età che affrontano la seconda stagione VRS e presentano condizioni patologiche complesse o gravi, come immunodeficienze, cardiopatie congenite, fibrosi cistica, patologie respiratorie croniche, malattie neuromuscolari, gravi disabilità o neoplasie. In questo ambito, il giudizio clinico del PLS, in raccordo con i servizi di igiene e sanità pubblica e con gli specialisti ospedalieri, assume un ruolo centrale nell'individuazione dei bambini eleggibili.

Dal punto di vista organizzativo, la strategia pugliese si fonda su un modello integrato che coinvolge le Neonatologie, i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica e i Pediatri di Libera Scelta. I nati durante la stagione epidemica vengono preferibilmente immunizzati alla nascita presso le strutture di Neonatologia, mentre per i nati fuori stagione o per coloro che non hanno ricevuto la somministrazione alla nascita l'offerta viene garantita sul territorio, presso i servizi vaccinali o prioritariamente dal PLS alla prima occasione utile. Questo modello consente di intercettare la quasi totalità della popolazione target e valorizza il rapporto fiduciario tra pediatra e famiglia, che rappresenta uno dei principali determinanti dell'adesione alla campagna di prevenzione.

Per il PLS, la partecipazione alla strategia regionale non si esaurisce nell'atto della somministrazione, ma comprende una serie di attività fondamentali: informare correttamente le famiglie sul significato della prevenzione delle infezioni da VRS, spiegare in modo chiaro la differenza tra immunizzazione passiva e vaccinazione tradizionale, rassicurare sul profilo di sicurezza del farmaco e gestire eventuali dubbi o esitazioni. Un ulteriore aspetto cruciale è rappresentato dalla corret-

ta e tempestiva registrazione delle somministrazioni nel sistema informativo regionale GIAVA, attraverso il proprio gestionale, contribuendo così al monitoraggio dell'andamento della campagna e al soddisfacimento dei flussi informativi regionali e nazionali.

La Regione Puglia ha affiancato alla strategia sanitaria una campagna di comunicazione dedicata, con materiali informativi rivolti alle famiglie, ma resta evidente che il momento decisivo per l'adesione consapevole è rappresentato dal colloquio con il PLS. Nel complesso, il 97,25% circa (389/400) dei pediatri di libera scelta regionali ha partecipato alla campagna di immunizzazione.

Durante la stagione RSV 2024-2025 sono state somministrate complessivamente in Puglia 14.737 dosi di Nirsevimab. Di queste, 8.226 dosi sono state effettuate in strutture ospedaliere pubbliche o private, mentre 6.511 dosi sono state somministrate negli ambulatori di cure primarie (PLS) nell'ambito della strategia estesa di catch-up.

Materiali e metodi

Al fine di esplorare il ruolo del Pediatra di Famiglia in questa strategia innovativa di prevenzione, è stata elaborata una *survey* (indagine conoscitiva) sulla campagna di immunizzazione per VRS relativa alla stagione 2024-2025, indirizzata esclusivamente ai Pediatri di Libera Scelta della Regione Puglia. Oltre agli *outcome* di implementazione della campagna di immunizzazione, comprendenti le modalità di espletamento, le criticità organizzative incontrate, la percentuale di adesione da parte delle famiglie e le eventuali difficoltà operative, la *survey* ha valutato anche *outcome* clinici, quali la percentuale di bronchioliti osservate, i ricoveri ospedalieri e il decorso clinico dei pazienti, in relazione allo stato di immunizzazione con l'anticorpo monoclonale e, infine, *outcome* di sicurezza. Su un totale di 390 PLS pugliesi, 229 hanno partecipato alla raccolta dei dati mediante un questionario anonimo inviato via posta elettronica.

Risultati

Outcome di implementazione

1. Adesione alla campagna e copertura popolazione target

Il 19,2% dei PLS pugliesi ha registrato un'adesione totale (100%) alla campagna di immunizzazione da parte delle famiglie dei pazienti eleggibili, mentre il 58,5% dei PLS partecipanti ha riportato un'adesione superiore all'80%, indicando un'elevata accettazione complessiva nella maggior parte degli studi. In poco più del 24% dei casi è stata osservata un'adesione moderata (50-80%). Tale dato risulta frequentemente associato, nei commenti aperti, a contesti di iniziale scetticismo o a criticità organizzative locali (ad es. ritardi nella fornitura delle dosi).

2. Modalità di reclutamento ed efficacia percepita

La strategia di reclutamento ha previsto l'impiego integrato di diverse modalità di contatto, con differente impatto sulla adesione alla campagna.

La **chiamata attiva individuale**, adottata nel 95% dei casi, ha rappresentato l'elemento centrale dell'intervento. Tale modalità si è dimostrata imprescindibile per la trasmissione di informazioni chiare e per la fornitura di rassicurazioni personalizzate, risultando la più efficace nel trasformare atteggiamenti inizialmente scettici in una decisione favorevole all'adesione.

L'**invio simultaneo di comunicazioni digitali** (SMS, e-mail e notifiche tramite applicazioni dedicate), utilizzato nel 40% dei casi, è stato impiegato prevalentemente come primo contatto o promemoria. Sebbene la sua efficacia sia risultata limitata se adottata come unico strumento, essa è apparsa significativamente maggiore quando integrata con un successivo contatto telefonico diretto.

La **richiesta spontanea da parte dei genitori**, osservata nel 15% dei casi, rappresenta un indicatore indiretto dell'efficacia della comunicazione di massa e del passaparola positivo tra le famiglie. Questo canale è risultato più frequente nelle fasi avanzate della campagna,

suggerendo un progressivo consolidamento della fiducia e della consapevolezza nella popolazione target.

3. Barriere all'adesione: analisi dei rifiuti

Le motivazioni alla base del rifiuto dell'intervento, spesso coesistenti all'interno della stessa famiglia, sono state classificate in base alla frequenza di segnalazione. Il motivo più frequentemente riportato è stato rappresentato dai **timori relativi alla sicurezza** (53,7%). In particolare, i genitori hanno espresso preoccupazioni riguardanti possibili effetti avversi a breve termine (reazioni immediate) e, in misura minore, potenziali effetti a lungo termine percepiti come non completamente noti, nonostante le informazioni e le rassicurazioni fornite sulla base dei dati disponibili dagli studi clinici.

Una quota rilevante di rifiuti è stata associata a una **diffidenza generalizzata verso le strategie terapeutiche basate sull'impiego di anticorpi monoclonali** (27,9%). Tale atteggiamento è risultato frequentemente correlato a una confusione concettuale con i vaccini tradizionali, a una conoscenza incompleta del meccanismo d'azione del farmaco e, in alcuni casi, a una preesistente sfiducia nei confronti delle istituzioni sanitarie.

I **dubbi sull'efficacia del farmaco**, in particolare in relazione alla capacità di prevenire le forme più severe di infezione, sono stati riportati nel **21,8% dei casi**, rappresentando un'ulteriore barriera all'adesione.

Outcome clinici

Incidenza diagnosi di bronchiolite

Nel periodo novembre 2024-marzo 2025 il 78,1% dei pediatri partecipanti ha riportato un'incidenza di bronchiolite inferiore al 20% nella coorte di nati tra luglio 2024 e marzo 2025, indicando un impatto complessivamente basso o moderato della stagione epidemica 2024-2025 (Fig. 1).

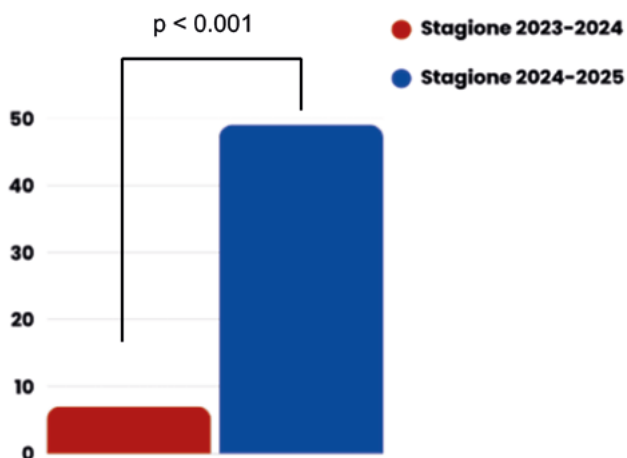
È opportuno precisare che la diagnosi di bronchiolite è stata formulata prevalentemente sulla base di criteri clinici. Solo in una minoranza di casi il PLS ha proceduto all'identificazione del VRS, avvalendosi in modo

FIGURA 1.

Distribuzione percentuale dei casi di bronchiolite osservati durante la stagione epidemica (novembre-marzo) del VRS dai PLS nella coorte dei nati tra luglio 2024 e marzo 2025).

**FIGURA 2.**

Numero assoluto di PLS con zero casi di bronchiolite riportati nella stagione 2023-2024 vs stagione 2024-2025.



autonomo di strumenti diagnostici di self-testing, quali i test rapidi su campione nasofaringeo.

Un risultato di particolare rilievo emerge dall'analisi della distribuzione dei casi (Fig. 2): il 21,4% dei pediatri non ha osservato alcun episodio di bronchiolite durante la stagione 2024-2025, a fronte di una percentuale pari al 3,1% nella stagione precedente

(2023-2024). Tale differenza estremamente significativa ($p < 0.001$ – *Fisher's exact test*) evidenzia una marcata riduzione dell'incidenza della patologia e suggerisce una importante attenuazione dell'intensità epidemica nel periodo in esame.

L'analisi dei casi di bronchiolite osservati dai pediatri delle cure primarie ha mostrato che oltre il 70% degli episodi si è verificato in bambini **non** sottoposti a immunizzazione con Nirsevimab (Fig. 3). Al contrario, tra i soggetti immunizzati, i casi osservati sono risultati numericamente limitati e caratterizzati da un decorso clinico favorevole, senza necessità di ospedalizzazione. Tale distribuzione suggerisce, in un contesto osservazionale, una differenza rilevante sia in termini di incidenza sia di gravità della malattia tra la popolazione immunizzata e quella non immunizzata e sottolinea l'effetto protettivo del Nirsevimab.

Incidenza di ospedalizzazione per bronchiolite

Il ricorso all'ospedalizzazione è stato riportato dai pediatri di libera scelta in meno del 20% dei pazienti con diagnosi di bronchiolite. Tra i soggetti ospedalizzati, oltre il 70% non era stato sottoposto a profilassi con nirsevimab, in quanto i genitori avevano rifiutato la somministrazione sia al momento della dimissione dal

FIGURA 3.

Distribuzione percentuale di pazienti con diagnosi di Bronchiolite sottoposti o meno a profilassi con Nirsevimab.

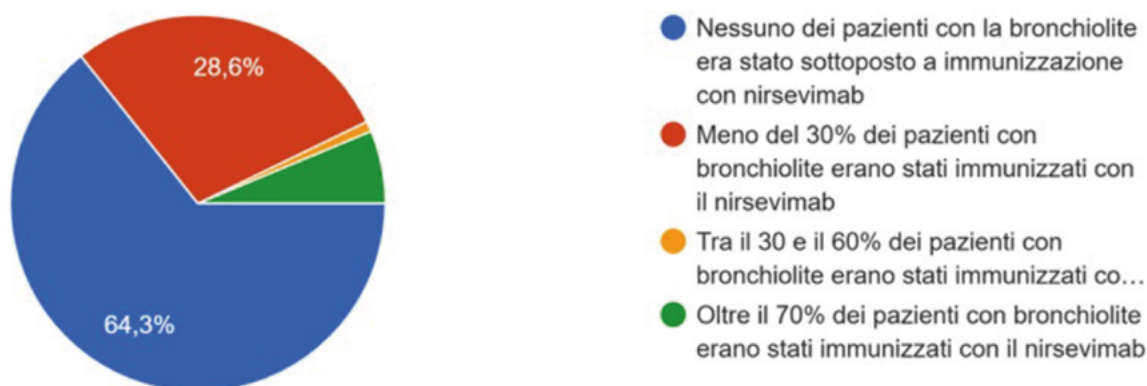


FIGURA 4.

Distribuzione percentuale di pazienti ricoverati per la Bronchiolite sottoposti o meno a Immunizzazione con Nirsevimab.



punto nascita sia in occasione del follow-up presso il pediatra curante (Fig. 4).

Outcome di sicurezza

Per quanto concerne il profilo di sicurezza, l'88,2% dei pediatri non ha segnalato alcun evento avverso successivo alla somministrazione. Gli eventi osservati sono risultati prevalentemente lievi e localizzati, con reazioni nel sito di iniezione riportate nel 9,2% dei casi. Le reazioni sistemiche sono state infrequenti e di modesta

entità: episodi febbrili sono stati segnalati dall'1,7% dei pediatri, mentre un rash cutaneo transitorio è stato riportato nel 3,5%. In linea con un favorevole profilo di tollerabilità, non sono stati osservati né segnalati eventi avversi gravi, incluse reazioni allergiche severe.

Conclusioni

Nel complesso, la strategia adottata dalla Regione Puglia per la prevenzione delle infezioni da VRS rap-

presenta un esempio virtuoso di sanità pubblica orientata alla prevenzione, fondato su solide evidenze scientifiche e su un modello organizzativo che valorizza in modo significativo il ruolo della sanità territoriale. Per il PLS, tale esperienza non si configura soltanto come un nuovo compito assistenziale, ma come una concreta opportunità di incidere in maniera rilevante sulla riduzione della morbidità respiratoria nei primi anni di vita, migliorando la qualità dell'assistenza e rafforzando il rapporto di fiducia con le famiglie.

L'esperienza maturata nella stagione 2024-2025 dimostra come l'implementazione di una strategia preventiva basata sull'immunizzazione passiva con Nirsevimab possa tradursi in una riduzione significativa dell'incidenza e della gravità della bronchiolite da VRS nei bambini di età inferiore ai 24 mesi. I dati raccolti evidenziano non solo una diminuzione dei casi clinici e dei ricoveri ospedalieri, ma anche un profilo di sicurezza favorevole, caratterizzato da eventi avversi generalmente lievi e transitori, a conferma della sostenibilità e dell'elevata accettabilità della profilassi su larga scala.

Un elemento chiave per il successo della campagna è stato il ruolo centrale del PLS, che ha agito come principale punto di riferimento per le famiglie, garantendo un'informazione chiara e basata su evidenze, supportando il processo decisionale e contribuendo in modo determinante all'organizzazione della somministrazione. La stretta integrazione tra ospedale e territorio, unita alla relazione fiduciaria tra pediatra e famiglia, ha

consentito di raggiungere un'elevata copertura della popolazione target, favorendo un'adesione consapevole e un utilizzo più efficiente delle risorse sanitarie. Questa esperienza di *real-world evidence* dimostra il potenziale impatto positivo di strategie preventive innovative non solo sulla salute del singolo bambino, ma anche sulla sostenibilità complessiva del sistema sanitario. L'integrazione di nuovi strumenti di profilassi con il ruolo centrale della pediatria territoriale si configura come un modello replicabile in altri contesti regionali e nazionali, ponendo le basi per una prevenzione dell'infezione da VRS sempre più ampia, sicura ed efficace.

Bibliografia

- 1 Mazur NI, Caballero MT, Nunes MC. Severe respiratory syncytial virus infection in children: burden, management, and emerging therapies. *Lancet* 2024;404:1143-1156. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01716-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01716-1)
- 2 Asseri AA. Respiratory Syncytial Virus: A Narrative Review of Updates and Recent Advances in Epidemiology, Pathogenesis, Diagnosis, Management and Prevention. *J Clin Med* 2025;14:3880. <https://doi.org/10.3390/jcm14113880>.
- 3 Manti S, Staiano A, Orfeo L, et al. UPDATE - 2022 Italian guidelines on the management of bronchiolitis in infants. *Ital J Pediatr* 2023;49:19. <https://doi.org/10.1186/s13052-022-01392-6>
- 4 Pecenka C, Sparrow E, Feikin DR, et al. Respiratory syncytial virus vaccination and immunoprophylaxis: realising the potential for protection of young children. *Lancet* 2024;404:1157-1170. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01699-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01699-4)
- 5 Villa S, Scarioni S, Pigozzi E, et al; Regional Immunization Council. Reduced Emergency Department Visits and Hospitalizations in Infants after Universal Respiratory Syncytial Virus Immunization, Italy, 2024-25. *Emerg Infect Dis* 2026;32:45-54. <https://doi.org/10.3201/eid3201.250870>.