



Torino,

22 settembre 2022 - Oggi a Torino si alza il sipario sul XXXIV Congresso nazionale della Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale. Fino a domenica 25, il convegno SIPPS dal titolo “Dagli albori della vita, un cammino insieme” riunisce nel capoluogo piemontese oltre 150 relatori, tra pediatri ed esperti nel campo dello sviluppo psicofisico dei bambini e della diagnosi e terapia delle malattie infantili e più di 500 medici provenienti da tutte le Regioni d'Italia.

Tra

i principali temi di cui si discute nella prima giornata di lavori c'è quello relativo alla “Genitorialità responsiva e il pediatra”, argomento alla base del rapporto genitore-bambino e che rappresenta uno dei fattori protettivi per lo sviluppo del bimbo. Il corso vuole far emergere le strategie per rendere un genitore responsivo e il ruolo del pediatra per implementare la relazione di cura intrafamiliare, non dimenticando che le basi per essere buoni genitori di domani devono essere costruite fin dall'adolescenza.

“La

genitorialità - ricorda Iride Dello Iacono, pediatra allergologa, già responsabile della UOS di Pediatria, ospedale Fatebenefratelli di Benevento - è il processo di promozione e sostegno dello sviluppo fisico, emotivo, sociale e intellettuale di un bambino dall'infanzia all'età adulta”.

Il

pediatra deve saper ascoltare, essere disponibile, avere sentimenti, rapportarsi bene con il bambino, assumersi le responsabilità, avere comprensione psicologica. È inoltre fondamentale credere ai genitori, infondere sicurezza, accettare i diversi punti di vista, essere disponibile alle spiegazioni e avere consapevolezza dei limiti.

“La

prima visita al bambino, sia esso neonato, sia in coincidenza con la scelta del pediatra - aggiunge Leo Venturelli pediatra di Bergamo, Garante cittadino dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza - crea la prima alleanza sulla salute e sulla stima reciproca tra medico e paziente. Il medico è consapevole che la sua azione di supporto sulla genitorialità può dare risultati se si crea un clima favorevole, basato su strategie di relazione attenta, dove non deve mancare un dialogo bidirezionale con la famiglia”.

Altro

argomento che interesserà certamente la platea è quello relativo alle Infezioni Respiratorie Ricorrenti (IRR), una delle cause principali di morbidità e di mortalità nei bambini, in particolare quelli più piccoli.

Le

luci saranno accese sulle strategie per la prevenzione delle IRR, ovvero l'immunostimolazione e l'immunomodulazione, e sui progressi nella prevenzione delle riacutizzazioni nel bambino con condizioni respiratorie croniche di base e di quanto l'OM-85 migliori la protezione verso i virus del tratto respiratorio. Gli esperti si confronteranno, inoltre, sul ruolo immunomodulante della vitamina D e sulle nuove evidenze cliniche, per concludere la sessione in un Round Table sulle infezioni respiratorie.

“Le infezioni respiratorie sono molto frequenti in età pediatrica - informa Francesca Santamaria, Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali, Università Federico II di Napoli - tanto che per convenzione si considera sostanzialmente sano un bambino che, tra i 2 e i 5-6 anni di vita, presenti un massimo di 6 episodi infettivi in un anno”.

“Si stima che almeno il 6% dei bambini italiani di età inferiore a 6 anni presenti IRR - continua - con incidenza massima nei primi due anni di vita (fino al 25%), con un picco in concomitanza dell'inserimento del bambino o di un suo fratello in ambiente scolastico (asilo nido, scuola materna, scuola elementare), evento che aumenta in modo sensibile le possibilità di entrare in contatto con i comuni patogeni delle vie aeree facilitando la ricorrenza delle infezioni”.

Santamaria

sottolinea inoltre che “tale percentuale diminuisce con l'aumentare dell'età del bambino, e viene riportato che circa l'80% dei casi con IRR guarisce verso i 6-7 anni di vita senza conseguenze nel tempo. In circa l'80% dei casi gli agenti più frequentemente responsabili di IRR sono i virus respiratori. Le forme batteriche (circa il 20%), essenzialmente sostenute da Streptococchi, *Haemophilus influenzae*, *Klebsiella pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*, *Mycoplasma* e *Chlamydia pneumoniae*, sono di più frequente riscontro in caso di coinvolgimento delle vie aeree inferiori”.

“Va sottolineato tuttavia - conclude - che fino al 50% dei bambini con diagnosi di infezione respiratoria batterica presenta evidenza di una concomitante o pregressa infezione virale”.

Nella

prima giornata di lavori spicca poi un'altra importante tematica che riguarda i bambini, quella della vaccinazione in sicurezza nell'ambulatorio del pediatra, lungo un percorso che prevede l'organizzazione dell'ambulatorio vaccinale, la gestione delle reazioni avverse, dalla febbre all'anafilassi da vaccino, oltre agli accordi nazionali/regionali e ai compiti del pediatra di famiglia, fino alla comunicazione nel percorso vaccinale.

A

Torino sarà presentata la Guida pratica “Vaccinare in sicurezza nell'ambulatorio del pediatra”. Prodotto da SIPPS e FIMP, il documento è organizzato in 4 capitoli: il primo verte sugli aspetti generali dei vaccini, il secondo è dedicato all'organizzazione dello studio medico e dell'atto vaccinale. Il terzo capitolo si occupa delle eventuali reazioni avverse e, soprattutto, dell'anafilassi e del suo trattamento tempestivo. Nell'ultimo capitolo viene infine trattato il counseling vaccinale.

Anche

domani numerosi e interessanti gli argomenti proposti dai pediatri della SIPPS. Tra questi, la “Consensus intersocietaria sull'impiego giudizioso della terapia antibiotica nelle infezioni delle vie aeree in età evolutiva”.

Nella

città della Mole Antonelliana, i pediatri affronteranno, tra gli altri, l'argomento della polmonite di comunità (CAP), “malattia - rende noto Nicola Principi, professore Emerito di Pediatria, Università di Milano - che rimane una delle principali cause di morbilità e di ospedalizzazione del bambino, sia pure con frequenza e prognosi assai differenti tra Paesi industrializzati e Paesi in via di sviluppo. In molte linee guida è definita come la presenza di segni e sintomi di polmonite in un bambino in precedenza sano a causa di una infezione acquisita in comunità”.

“Nei

Paesi in via di sviluppo viene diagnosticato circa il 97% dei casi di CAP pediatrica, con un livello di ospedalizzazione che è circa 10 volte più elevato di quello che si ritrova nel mondo occidentale. Nel terzo mondo la media annuale di ospedalizzazione è di 140 casi per 10.000 bambini, con valori massimi nell'Asia meridionale (250 casi per 10.000 bambini) e nell'Africa centrale ed occidentale (162 casi per 10.000 bambini), mentre nel mondo industrializzato questi valori scendono a 32.8-33.8 casi per 10,000 bambini < 5 anni e a 14.4-14.7 casi per 10.000 bambini <16 anni”, commenta Principi.

Diversa

è anche la mortalità, “molto alta nei Paesi in via di sviluppo - continua - e dove la CAP continua a portare a morte ogni anno più di 800.000 bambini di età <5 anni, vale a dire circa 2.200 bambini ogni giorno”.

A

fronte di questo problema così grave e di tale dimensione, una diagnosi precoce e corretta diventa davvero fondamentale, “sia per un precoce inquadramento della eziologia - spiega - sia, infine, per una terapia antibiotica quanto più appropriata possibile”.

Per

quanto riguarda il trattamento, Principi riporta che questi “è generalmente indicato in 10 giorni. In realtà, diversi studi indicano la possibilità che durate inferiori, di 5-7 giorni, siano sufficienti”.

Nel

corso della sessione i pediatri si confronteranno anche sulle raccomandazioni sulla terapia antibiotica nella faringotonsillite, nell'otite media acuta e nella sinusite.