Roma, 27 novembre 2014 – Al via a Verona i lavori del XXVI Congresso Nazionale della Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale (SIPPS). Nella splendida cornice del Roseo Hotel Leon D’Oro, sono più di 100 i relatori, tra pediatri ed esperti del settore, ed oltre 500 i medici che sono pronti a confrontarsi fino a sabato 29 novembre nel campo della diagnosi e della terapia delle malattie infantili e dello sviluppo psicofisico dei bambini. Partendo dal presupposto che “Chi semina bene raccoglie buoni frutti”, la SIPPS ha scelto “Seminare Salute” come slogan del proprio Congresso, perché i bambini, se assistiti, osservati e seguiti nel modo migliore possibile, garantiranno un futuro migliore a se stessi e alle future generazioni.

Questa prima giornata viene aperta alle ore 14.30 dai “Per…corsi”, proposte di approfondimento su specifiche tematiche. In particolar modo viene affrontato il tema della dermatologia: ecco dunque che a Verona si discute di dermatite atopica, infezioni cutanee, nevi ed angiomi e di segni cutanei di malattie sistemiche. Ma si parla anche di fibroendoscopia del cavo orale, di mal di testa e di problemi oculari. Alle ore 17.00 il Ministro della Salute, On. Beatrice Lorenzin, presente con un video messaggio, e Giampietro Chiamenti, Presidente della Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP), inaugureranno ufficialmente il Congresso. La giornata chiuderà i propri battenti con due letture magistrali, tenute da due luminari della Pediatria moderna: Giovanni Biggio, che si soffermerà sull’argomento “Il cervello: uno specchio tra l’anima e l’ambiente”, e Attilio Boner, che affronterà l’argomento “Seminare salute: le origini fetali della salute e della malattia”.

Domani seconda giornata di lavori, durante la quale si parlerà, tra l’altro, di:

CONSENSUS
La *Consensus* (in allegato il documento completo) si basa su un’analisi rigorosa della recente letteratura internazionale condotta secondo la metodologia della Evidence-Based Medicine (EBM) e si pone l’obiettivo di definire le evidenze riguardanti il reale impatto che interventi preventivi a differenti livelli, ambientali, comportamentali e nutrizionali, possono avere sulla prevalenza ed incidenza delle allergopatie respiratorie e alimentari. Il documento, un facile e utile strumento per il pediatra nella sua pratica clinica, elenca la strategia di ricerca e la sintesi delle raccomandazioni per una rapida consultazione; ci sono poi i singoli capitoli, con l'esposizione approfondita degli studi valutati e il razionale che sottende le raccomandazioni, insieme alla bibliografia. Nella scienza vi sono talora dati incontrovertibili: la Consensus li recepisce e chiarisce quali interventi possano essere attuati in EBM nel bambino ad alto rischio di allergia. La Consensus fornisce una linea di condotta sull’introduzione all’asilo nido: non vi sono ancora evidenze definitive sul fatto che le infezioni favoriscano o prevengano lo sviluppo di sensibilizzazione allergica. Ai fini della prevenzione primaria non viene raccomandato di evitare l'esposizione agli animali domestici deliberatamente attuata a scopo preventivo. Relativamente ad altri tipi di intervento, come l'impiego di latti speciali, il documento sottolinea la mancanza di prove di efficacia che ne giustifichino l’impiego indiscriminato. La SIPPS sostiene le linee di indirizzo nazionali

sulla Protezione, la promozione e il sostegno dell’allattamento al seno con cui il ministero ha istituito, con il decreto 15 aprile 2008, un Comitato nazionale multisettoriale per l’allattamento materno. In passato alcuni studi avevano già dimostrato, al compimento dell'anno di vita, il raggiungimento di migliori capacità visive e prestazioni funzionali a livello comportamentale e intestinale nei bimbi allattati al seno. Anche a luglio dello scorso anno la SIPPS mise in luce e accolse favorevolmente questi ed altri potenziali effetti benefici del latte, alimento naturale per eccellenza. Non ultimo, quello relativo alla possibilità di fare carriera rispetto ai bambini cresciuti a latte in polvere. Ancora oggi nessun alimento riesce ad eguagliare le proprietà del latte materno, vero e proprio sistema biologico non riproducibile. Per la prevenzione di asma, rinite e delle malattie allergiche in generale, l’uso dei probiotici non può essere preso in considerazione per la sua dimostrata inefficacia, mentre per la dermatite atopica i dati sono più incoraggianti. In presenza di dati che suggeriscono l’esistenza di un rapporto tra latitudine (e conseguente livello di esposizione solare) livelli di vitamina D e prevalenza e gravita di malattie allergiche i dati, provenienti dagli studi osservazionali, sono contrastanti. Sono quindi necessari ulteriori studi prima di introdurre la vitamina D come strumento per la prevenzione primaria della sensibilizzazione allergica.

Consensus

VECCHIE E NUOVE DIPENDENZE

In questi ultimi anni Nazioni Unite, Unione Europea ed importanti centri di ricerca internazionali hanno lanciato l’allarme: sul mercato illecito delle sostanze stupefacenti compaiono sempre più nuove sostanze psicoattive (NSP) di origine sintetica, con caratteristiche farmacologiche e tossicologiche particolarmente pericolose. Dal 2009 il Sistema Nazionale di Allerta Precoce per le droghe del Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri ha monitorato con particolare attenzione la situazione sul territorio italiano ed ha rilevato oltre 350 nuove sostanze circolanti. Internet, “la rete”, è la via principale utilizzato da questo nuovo mercato per la pubblicizzazione delle molteplici offerte di nuove sostanze psicoattive, per la raccolta degli ordinativi e dei pagamenti mediante carte di credito elettronico, servendosi di normali corrieri postali per l’invio a domicilio. Il nuovo mercato delle NSP va di pari passo con quello dei farmaci contraffatti o di vendita illegale che ormai popolano il web con offerte altrettanto pericolose per la salute pubblica. Nel nostro Paese, il Sistema Nazionale di Allerta Precoce ha rilevato anche oltre 70 casi di intossicazione acuta correlati all’assunzione di NSP che hanno avuto bisogno di cure intensive presso i pronto soccorso. C’è poi da evidenziare la sempre maggiore diffusione delle droghe da violenza sessuale, che interessano soprattutto la popolazione femminile. Il fenomeno sta assumendo quindi rilevanza di sanità pubblica, affiancandosi e, spesso, sovrapponendosi con quello delle droghe tradizionali quali eroina, cocaina, cannabis e amfetamine. Il fenomeno assume toni ancora più preoccupanti se si considera la pervasiva infiltrazione delle offerte nella in internet e soprattutto nei social network, particolarmente frequentati dalle giovani generazioni. Contemporaneamente, l’assunzione delle nuove sostanze psicoattive sfugge ai tradizionali controlli clinici e di laboratorio per la carenza di standard analitici di riferimento e di conoscenze tecnico-scientifiche oltre che tecnologie adeguate per la loro determinazione. Non vanno inoltre dimenticate le problematiche psichiatriche correlate e i vari disturbi d’organo, soprattutto cardiaci, renali e respiratori, costantemente aggravati per il contemporaneo uso di alcol e droghe. In ottemperanza anche alle indicazioni delle Nazioni Unite, ed in particolare delle Risoluzioni 56/4 di marzo 2013 e 55/1 di marzo 2012, e all'EU Action Plan on Drugs (2013-2016), adottato dal Consiglio il 6 giugno 2013, il Governo italiano (primo in Europa) ha promosso la realizzazione di un Piano di Azione Nazionale sulle NSP, con indicazioni strategiche, obiettivi ed azioni per poter iniziare a costruire una risposta integrata e coordinata tra tutte le amministrazioni ed organizzazioni a vario titolo coinvolte, per poter fronteggiare questa problematica emergente che

danneggia la salute pubblica, in particolare quella delle giovani generazioni.

MENINGOCOCCO B
La malattia meningococcica è una delle principali cause di mortalità e morbilità nei bambini di età compresa tra 0 e 4 anni e negli adolescenti (15-19 anni). Anche se correttamente diagnosticata, l'infezione può evolvere rapidamente ed avere esito fatale, con una letalità compresa tra il 9 e il 12% e una morbilità che interessa fino al 25% dei casi (disabilità permanenti quali cecità, sordità o amputazione di arti). In Europa, l'incidenza più elevata si registra nei lattanti (15,9/100.000) e in soggetti di età compresa tra 1 e 4 anni (5,4/100.000); un secondo picco di incidenza si osserva tra 15 e 19 anni (2,0/100.000).

Per fare fronte alla malattia meningococcica causata dal sierogruppo B, recentemente è stato immesso in commercio il nuovo vaccino 4CMenB, il primo vaccino autorizzato.

La *Neisseria meningitidis* costituisce infatti il principale agente eziologico di meningite batterica e sepsi nei Paesi industrializzati, in cui la malattia meningococcica invasiva risulta per lo più endemica, con tassi di incidenza di 0,1-1/100.000 abitanti. Attualmente il sierogruppo B prevale in Europa e nel Nord America dove è responsabile, rispettivamente, del 70% e del 50% dei casi totali di malattia meningococcica. In particolare, la fascia d'età a maggior rischio e rappresentata da bambini al di sotto dell'anno di età. Anche in Italia, la causa principale di malattia meningococcica invasiva è rappresentata dal sierogruppo B, responsabile del 60-70% dei casi totali di meningite tipizzati. Il sierogruppo B rappresenta la causa principale di malattia meningococcica invasiva (>70%) nei bambini di età compresa tra 0 e 5 anni, tra i quali, il 45% dei casi avviene tra 0 e 2 anni. Tra questi ultimi, il 64% avviene nel primo anno di vita, con un picco di incidenza tra 4 e 8 mesi di vita. Il 30% dei decessi si verifica nei primi 12 mesi di vita.

Il 15 novembre 2012, l'Agenzia Europea per i Medicinali (EMA) ha dato parere positivo al vaccino multicomponente 4CMenB. Il 22 gennaio 2013 la Commissione Europea ha autorizzato l'immissione in commercio del nuovo vaccino 4CMenB, indicato per l'immunizzazione arriva a partire dai due mesi di età. In Italia tale autorizzazione è stata recepita con determina AIFA il 27 maggio 2013.

Attualmente 4CMenB è stato approvato in 12 Paesi nel mondo, i più grandi dei quali sono Australia e Canada. Già 151.800 soggetti hanno ricevuto almeno una dose di vaccino in 18 Paesi nel mondo. In Italia, la Basilicata è stata la prima Regione ad introdurre nel proprio calendario vaccinale 4CMenB, con delibera del 24 febbraio 2014. Pochi mesi dopo anche la Regione Puglia ha introdotto il vaccino antimeningococco B. Nel nuovo calendario vaccinale italiano (Sltl, FIMP, SIP) è stata elaborata una schedula a 4 dosi (ciclo primario a 3 dosi nel primo anno, a partire dal 75° giorno di vita, e richiamo al 13-15° mese di vita). In particolare, è stato previsto esavalente e pneumococco al 61° giorno, 4CMenB dopo 15 giorni (76° giorno), 4CMenB dopo 1 mese (106° giorno), esavalente e pneumococco dopo 15 giorni, a quattro mesi compiuti (121° giorno), 4CMenB dopo 1 mese (151° giorno) e infine 4CMenB in co-somministrazione o da solo dopo il compimento dell'anno di vita, in funzione delle diverse schedule regionali per MPR (+V) e Meningococco C.

COPERTURE VACCINALI E RISCHIO DI EPIDEMIE
Le strategie vaccinali nazionali, supportate dai Piani di Prevenzione Vaccinale che negli anni si sono succeduti, hanno raggiunto evidenti successi, grazie ai livelli di copertura vaccinale raggiunti,

sull’incidenza delle malattie bersaglio:

- La poliomielite da virus selvaggi e la difterite sono ormai scomparse in Italia
- Negli ultimi 10 anni si sono registrati mediamente circa 60 casi di tetano, pari ad un’incidenza di 0,1/100.000 abitanti, con un lieve trend in diminuzione. Permane immutata la situazione che vede maggiormente colpite le persone anziane, soprattutto le donne
- Il numero di casi di epatite virale B è in continua e progressiva diminuzione. Considerando tutte le fasce di età, il numero totale di notifiche è diminuito da 2.922 casi nel 1990 (incidenza: 5,2/100.000), a 679 casi nel 2011 (incidenza: 1,1/100.000)
- Per quanto riguarda la pertosse, nel periodo 1998-2011 sono stati segnalati circa 1.800 casi/anno, di cui quasi 7.000 nel 1998 e solo 516 nel 2011, passando da un’incidenza di 12,1/100.000 ad una di 0,8/100.000

Tuttavia ancora molto c'è da fare. In particolare, le malattie invasive batteriche rimangono un importante problema di sanità pubblica, soprattutto tra i bambini, i giovani adulti e gli anziani. Dai dati emerge che gli agenti più frequentemente isolati sono Streptococcus pneumoniae, Neisseria meningitidis ed Haemophilus influenzae. Il tasso di incidenza della parotite è rimasto praticamente invariato fino al 2001, con epidemie ogni 2-4 anni, ed un picco nel 1999, con oltre 40.000 casi notificati, pari ad un’incidenza di circa 70/100.000. Anche l'influenza continua a colpire tutte le stagioni in media il 10,5% degli italiani (circa 6.180.000 casi) interessando maggiormente la classe di età pediatrica.

In generale l'alto livello di copertura vaccinale degli ultimi anni ha determinato un significativo decremento dell’incidenza delle malattie prevenibili da vaccinazione, e ha portato all’eliminazione di polio e difterite. Dalle coperture per i vaccini contro il meningococco e lo pneumococco, disponibili per 14/21 Regioni, emerge un incremento notevole in 5 anni (dal 2007 al 2011, si passa dal 47,1% al 71,7% per il meningococco C e dal 47,4% al 79,6% per lo pneumococco). Quando si parla di epatite B, il 16,5% dei casi segnalati nel triennio 2011-2013 si è verificato in gruppi con comportamenti a rischio (rapporti non protetti in omo-bisessuali: 7,6%; convivenza con soggetti HBsAg positivi: 6,1%; tossicodipendenza: 1,7%; esposizione professionale in operatori sanitari: 0,6%; emofilia e politrasfusione: 0,5%); il 20% delle epatiti B si è verificato in cittadini stranieri.

Il trend in diminuzione dell’incidenza della parotite è imputabile all’avvio del Piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita, in cui viene raccomandato l’uso del vaccino trivalente morbillo-parotite-rosolia, anche come misura di controllo della parotite epidemica. L’incidenza della varicella, per la quale non è ancora in atto un programma nazionale di vaccinazione dei nuovi nati, si mantiene a livelli elevati. Riguardo alle infezioni da HPV a 5 anni dall’introduzione della vaccinazione anti-HPV, la copertura nazionale si e stabilizzata intorno al 69%. Infine, la copertura vaccinale per l’influenza rimane <75%, con una riduzione di 11 punti percentuali a partire dalla stagione 2009/2010.

Purtroppo, nel 2013 è stato osservato un andamento in netta diminuzione delle coperture a 24 mesi che non può essere ignorato anche alla luce delle recenti recrudescenze di malattie ritenute sotto controllo o eliminate.

È fondamentale quindi indagare a fondo i motivi di questo fenomeno (errata percezione nella popolazione dell’importanza delle vaccinazioni, effetto della incessante campagna mediatica in atto contro le vaccinazioni), analizzando ed identificando le situazioni di maggior rischio, capirne le ragioni e mettere

in atto interventi in grado di contrastare questa tendenza. In particolare, la constatazione che la copertura per il vaccino Mpr è diminuita in maniera più consistente rispetto agli altri vaccini, rende indispensabile interventi urgenti.

Dati di copertura vaccinale per gli adolescenti e la popolazione adulta non sono al momento disponibili a livello nazionale.

fonte: ufficio stampa