

Le lettere sono sempre gradite, e vengono sempre pubblicate. Si prega solo una ragionevole concisione, cercando di non superare le 3000 battute. Qualche taglio editoriale e qualche intervento di editing che non alteri il senso della lettera saranno, a volte, inevitabili.

Particolato fine e qualità dell'aria

Segnalando un'inesattezza nell'articolo "Mappe dell'aria da dati satellitari" (Cartoline dalla Scienza di dicembre: *Medico e Bambino* 2010;29:659), la concentrazione media annuale di particolato fine (PM_{2.5}) raccomandata dalle *Air Quality Guidelines*¹ (AQG) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità è di 10 µg/m³ e non di 35 µg/m³, colgo l'occasione per ringraziarla di aver dato spazio, nella rivista, a questo argomento. Per chi si occupa di salute i valori guida raccomandati dalle AQG costituiscono il miglior riferimento riguardo alla qualità dell'aria, poiché rappresentano i valori minimi di inquinamento atmosferico ai quali si sono riscontrati esiti². Concentrazioni medie annuali di PM_{2.5} di 35 µg/m³ comportano l'innalzamento della mortalità attribuibile a questa causa del 15% rispetto al valore guida.

Il valore obiettivo standard europeo per la concentrazione media annuale per il PM_{2.5}, che diventerà valore limite dal 1° gennaio 2015³, è invece 25 µg/m³, quindi superiore di 2 volte e mezzo al valore raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

I valori indicati dalle AQG per il PM₁₀ sono doppi rispetto a quelli indicati per il PM_{2.5} poiché nelle aree inquinate il PM_{2.5}, che è prodotto quasi esclusivamente da combustioni veicolari e industriali, costituisce almeno il 50% del PM₁₀.

La AQG per la concentrazione media giornaliera di PM_{2.5} è di 25 µg/m³ e l'innalzamento a valori medi giornalieri di 75 µg/m³ comporta un incremento di mortalità a breve termine del 5%⁴.

Il particolato è spesso utilizzato come indicatore complessivo di inquinamento, poiché adsorbe e reagisce con altre sostanze inquinanti. Il PM_{2.5} è dannoso per la salute quindi, oltre che per le piccole dimensioni, anche per le sostanze che lo compongono⁴. Per il pediatra la dimestichezza con i valori guida delle concentrazioni medie annuali e giornaliere di particolato è di grande utilità pratica, considerati i valori correnti di inquinamento atmosferico e l'indiscutibile peso che quest'ultimo riveste sugli esiti respiratori e non solo, in età pediatrica.

Bibliografia

1. World Health Organization. *Air Quality Guidelines global update 2005*. Report on a working group meeting, Bonn, Germany, 18-

20 October 2005. <http://www.euro.who.int/Document/E87950.pdf>

2. Forastiere F. *Inquinamento atmosferico e salute: sorveglianza epidemiologica e interventi di prevenzione*. Ministero della Salute. Roma, 25 novembre 2009.

3. *Air Quality Standards*. <http://ec.europa.eu/environment/air/quality/standards.htm>

4. Toffol G, Todesco L, Reali L. *Inquinamento e Salute dei Bambini*. Cosa c'è da sapere, cosa c'è da fare. Il Pensiero Scientifico Editore, 2001.

Laura Todesco

Pediatra di famiglia, Bassano del Grappa (Vicenza)

ACP Pediatri per Un Mondo Possibile

Ringraziamo la dott.ssa Todesco della precisazione e ci scusiamo dell'inesattezza. Nel 2006 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), riconoscendo la correlazione diretta fra esposizione alle polveri sottili e insorgenza di malattie cardiovascolari e quella inversa tra il rischio e la dimensione delle polveri, ha indicato il PM_{2.5} come misura aggiuntiva di riferimento delle polveri sottili nell'aria e ha abbassato i livelli di concentrazione massimi "consigliati" a 20 e 10 µg/m³ rispettivamente per PM₁₀ e PM_{2.5}. Nell'aprile 2008 l'Unione Europea ha aggiornato le direttive sui limiti di qualità dell'aria con riferimento anche alle PM_{2.5}, portandola a 25 µg/m³, come la dott.ssa Todesco ci ricorda. Il problema è che in molte aree d'Italia non è ancora possibile disporre di dati sistematici sulla concentrazione di particolato fine, che o non sono rilevati o non sono diffusi, e che si sa essere, in buona parte del territorio, molto superiori ai limiti consigliati dall'OMS e comunque superiori a quelli indicati dalla UE. I pediatri dovrebbero attivarsi per chiedere che questo invece avvenga.

Giorgio Tamburlini

Gruppo regionale "Area Pediatrica" Riflessioni in tema di assistenza pediatrica in Emilia Romagna

La crisi del ricambio generazionale dei pediatri italiani ha conseguenze assistenziali aggravate dal contesto di crescente complessità sociale, dall'aumento delle patologie croniche e delle condizioni di disabilità e di disagio. La nostra formazione culturale ha da sempre privilegiato una visione olistica dell'assistenza pediatrica, nell'ottica di un'attenzione globale ai pro-

blemi del bambino e della sua famiglia. In pochi anni, per la prevedibile carenza di pediatri, questa concezione potrebbe essere sostituita da una cosiddetta medicina d'organo, che si occupa dell'organo malato più che del bambino malato e della sua famiglia. A nostro parere, oltre a ipotizzare nuove e più efficaci forme organizzative assistenziali, è necessario salvaguardare l'Area Pediatrica intesa come sede di confronto e integrazione tra tutti i professionisti che si occupano della salute e del benessere dei bambini e delle loro famiglie.

Questo documento è stato prodotto da un gruppo di lavoro espressione delle varie componenti professionali pediatriche dell'Emilia Romagna.

Gli obiettivi generali

1. Richiamare l'attenzione dei responsabili della politica sanitaria regionale sulla necessità di dare formale attuazione all'Area Pediatrica, intesa come sede di confronto e integrazione delle competenze professionali, pediatriche, neonatologiche, ostetriche, consultoriali, neuropsichiatriche, riabilitative e delle varie specialità pediatriche.

2. Affermare la concezione olistica della cultura pediatrica che armonizza l'approccio centrato sull'unicità del bambino con la valorizzazione della collettività e con la valutazione specialistica d'organo.

3. Rimodulare le attività assistenziali pediatriche dell'ospedale, dell'università e del territorio, riducendo le disomogeneità assistenziali, integrando e qualificando le risorse e le professionalità esistenti, rafforzando la rete tra centri di terzo livello, ospedali periferici e assistenza domiciliare, tra pediatri universitari, ospedalieri, del territorio, servizi sociosanitari e famiglie.

4. Rafforzare il ruolo e la funzione dell'università, dell'ospedale e della pediatria del territorio nella formazione curricolare in pediatria e in infermieristica pediatrica, integrando le professionalità e le competenze mediche e non mediche.

Gli obiettivi specifici che ne derivano possono riassumersi in alcuni temi salienti divisi per area di assistenza e competenza.

Assistenza pediatrica nel territorio

a) Prevedere un numero di pediatri sufficiente a garantire l'assistenza pediatrica territoriale.

b) Favorire l'aggregazione in sedi uniche dei Pediatri di Famiglia (PdF), nelle quali sia prevista la presenza di personale di segreteria e di infermieri con formazione pediatrica che possano svolgere triage telefo-

nico e ambulatoriale, controlli di crescita ed educazione sanitaria. Questo modello organizzativo permetterebbe ai PdF, sgravati da compiti impropri, di assistere un maggior numero di pazienti, di gestire e coordinare l'assistenza dei pazienti con patologie croniche complesse e di potenziare la continuità dell'assistenza nella fascia oraria 8-20.

c) Confermare e diffondere il ruolo delle Unità Pediatriche di Cure Primarie come organo funzionale che connette i professionisti dell'Area Pediatrica del territorio.

d) Valorizzare il ruolo della Pediatria di Comunità (PdC): 1) nella promozione della salute della collettività; 2) nella facilitazione dell'integrazione tra i diversi servizi assistenziali che si occupano dei bambini con malattie croniche, disabilità o problematiche psico-sociali; 3) nell'analisi epidemiologica dei dati e nel coordinamento della profilassi delle malattie infettive.

e) Aumentare le risorse dedicate alla gestione domiciliare integrata di bambini con alta complessità assistenziale.

f) Rafforzare l'integrazione tra le strutture pediatriche universitarie, ospedaliere e territoriali (Pediatri Universitari, Pediatri Ospedalieri, PdF, PdC, Psicologi dell'infanzia, Professionisti sanitari non medici, Neuropsichiatri dell'infanzia e dell'adolescenza).

g) Valorizzare la professionalità e l'autonomia nelle sue competenze assistenziali del personale infermieristico e delle altre professioni sanitarie non mediche (Assistenti sanitari, Infermieri pediatrici, Infermieri specialisti in Area Pediatrica, Ostetriche, Fisioterapisti, Logopedisti).

Assistenza ospedaliera e universitaria

a) Prevedere un numero di pediatri sufficiente a garantire l'assistenza pediatrica ospedaliera e universitaria.

b) Confermare il ruolo istituzionale della Pediatria Ospedaliera e Universitaria nel suo compito prioritario di diagnosi e cura di problematiche di 2° e 3° livello.

c) Garantire la qualità assistenziale attraverso la razionalizzazione delle strutture sanitarie, rafforzando la disponibilità di posti letto e personale nei reparti ospedalieri con alta utenza e numero di parti.

d) Confermare l'indirizzo universitario che contempla sia la laurea in Infermieristica

pediatrica che la specializzazione post-laurea in Infermieristica (master) in area pediatrica.

Per la realizzazione di questi obiettivi generali e la determinazione dei conseguenti obiettivi specifici è necessario:

1. Consentire lo sviluppo di un'organizzazione ospedaliera capace di rispondere a richieste di ricovero ordinario, Pronto Soccorso Pediatrico e di prestazioni specialistiche ambulatoriali, di Day Hospital e Day Service, privilegiando l'istituzione di ambulatori specialistici di 2° livello o di aree di eccellenza di 3° livello.

2. Non rinunciare alla possibilità di studiare l'istituzione di un Ospedale Pediatrico Regionale che si ponga come centro di riferimento per le problematiche sanitarie pediatriche.

3. Promuovere strategie volte a incrementare il numero di specializzandi in Pediatria delle quattro sedi universitarie emiliano-romagnole, anche attraverso la partecipazione (borse di studio *ad hoc*) delle Aziende Sanitarie Locali e della società civile nelle sue varie espressioni.

4. Garantire la formazione trasversale degli specializzandi in Pediatria, anche con tirocini presso sedi ospedaliere e territoriali.

Integrazione ospedale-territorio

Promuovere integrazioni funzionali nelle Aziende Sanitarie Locali e nelle Aree Vaste fra ospedale e territorio con l'obiettivo di:

a) coordinare la realizzazione degli interventi previsti dal percorso nascita;

b) migliorare la gestione dei bambini con disabilità e cronicità mediante l'attivazione di reti comunicative e la costruzione di percorsi assistenziali condivisi;

c) elaborare modelli integrati ospedale/territorio, eventualmente anche con la condivisione di risorse nella gestione delle urgenze-emergenze pediatriche e di patologie a maggiore complessità e gravità in regime ambulatoriale e di ricovero;

d) valorizzare il ruolo formativo dell'università con l'organizzazione di percorsi formativi singoli o collettivi coordinati dalle università stesse in accordo e sinergia con tutte le altre professionalità pediatriche ospedaliere e del territorio;

e) valorizzare il ruolo di ricerca dell'università dedicando una parte fissa dei fondi

regionali della ricerca all'Area Pediatrica e favorendo anche ricerche che coinvolgano i professionisti e le strutture extraospedaliere.

Rete dell'emergenza-urgenza pediatrica

• Riorganizzare i servizi di emergenza e urgenza pediatrica, che dovranno funzionalmente integrarsi nella rete dell'emergenza-urgenza territoriale (PdF, Medici continuità assistenziale - MCA - e 118) e nei dipartimenti di emergenza ospedalieri (Pronto Soccorso pediatrico, Pronto Soccorso generale e Rianimazione), al fine di migliorare nel suo complesso l'assistenza pediatrica in questo specifico settore.

• Integrare tutti gli operatori coinvolti nel processo assistenziale con protocolli diagnostico-terapeutici condivisi e con formazione specifica pediatrica.

• Identificare i MCA come agenti importanti dell'urgenza pediatrica, inserendoli in progetti formativi in pediatria, che coinvolgano i pediatri ospedalieri, universitari e del territorio.

Franco Mazzini
Presidente ACP Emilia Romagna

Luciana Nicoli
Presidente Ass. Pediatria di Comunità

Tiziano Dall'Osso
Presidente Confederazione
Italiana Pediatri Emilia Romagna

Roberto Ponti
FIMP Romagna

Guido Cocchi
Presidente SIN Emilia Romagna

Paolo Stagi
Presidente Società Italiana
di Neuropsichiatria dell'infanzia
e dell'adolescenza - Emilia Romagna

Filippo Bernardi
Presidente SIP Emilia Romagna

Sergio Bernasconi
Vice presidente Società Italiana
di Pediatria Preventiva e Sociale
Emilia Romagna

Filippo Festini
Presidente Società Italiana di Scienze
Infermieristiche Pediatriche



SOTTOSCRIVI LA TUA QUOTA DEL 5 PER MILLE AL CENTRO PER LA SALUTE DEL BAMBINO ONLUS

Il Centro per la Salute del Bambino onlus è nato nel 1999 per promuovere la salute e lo sviluppo dei bambini, con una particolare attenzione ai gruppi più svantaggiati. Svolge un ruolo cruciale nel coordinare e sostenere a livello nazionale i progetti **Nati per Leggere** e **Nati per la Musica** e pubblica e diffonde la newsletter **Fin da Piccoli**. Collabora alla Rete nazionale di monitoraggio sulla Convenzione Internazionale dei Diritti del Bambino.

Nell'effettuare la dichiarazione dei redditi (con UNICO, 730, CUD ecc.), indicate il numero di **Codice Fiscale** del Centro per la Salute del Bambino onlus **00965900327** nell'apposita casella prevista per la destinazione del 5 per mille.