

Svezzamento: qual è il momento migliore per iniziare? Evidenze allergologiche e non...

Naire Sansotta, Attilio Boner, Diego Peroni
Clinica Pediatrica, Policlinico "G.B. Rossi", Università di Verona

Abstract

Weaning: what is the best timing? Evidences regarding not only allergies...

The timing of introduction of solids to infants is an important issue of discussion between paediatricians. When should I start weaning for my child? This is also a frequent question from parents to paediatricians. In this paper, we use the term "complementary feeding" to embrace all solid and liquid foods other than breast milk or infant formula and follow-on formula. In 2008, ESPGHAN advised weaning practice starting at the 17th week and introducing almost all foods within the 26th week of life.

Quaderni acp 2014; 21(1): 27-30

Da tanti anni ormai è aperto il dibattito sulla durata dell'allattamento esclusivo al seno e del timing dello svezzamento, come tanto frequente negli ambulatori pediatrici è la domanda da parte dei genitori: "Quando devo cominciare lo svezzamento?". Per svezzamento o alimentazione complementare si intende l'aggiunta di cibi solidi e/o semisolidi all'alimentazione prima costituita da solo latte; esso rappresenta un periodo di fondamentale importanza per lo sviluppo del bambino e per la mamma. L'età corretta per l'introduzione dei cibi solidi ha subito varie modifiche nel corso degli anni e nel 2008 l'European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) ha diffuso nuove raccomandazioni sullo svezzamento: "non prima della 17^a settimana e non dopo la 26^a settimana di vita".

Cosa dice il Ministero della Salute in Italia

Secondo le Linee Guida ministeriali, lo svezzamento inteso come integrazione di cibi solidi e semisolidi (biscotti, frutta, pappe, minestrine) all'alimentazione con solo latte (materno o formula adatta per il primo semestre) si può iniziare dai 6 mesi di vita [1].

Tuttavia il miglior momento per iniziare lo svezzamento è definito da alcuni comportamenti del bambino, che ne indicano la prontezza.

In accordo con l'ESPGHAN, il bambino è pronto allo svezzamento quando sta in posizione seduta e mantiene la testa ritta; quando coordina gli occhi, le mani, afferra il cibo e lo mette in bocca ed è in grado di deglutirlo [2]. È un momento associato a diversi cambiamenti: nuovi gusti e consistenze differenti, interazione con la persona che gli somministra il cibo, acquisizione di forza e di stabilità del tronco, delle spalle e della muscolatura del collo. Si può affermare che al 6° mese il bambino può essere pronto allo svezzamento dal punto di vista psichico, motorio, digestivo; è in grado di gestire la deglutizione e accettare il cucchiaino.

La motivazione principale per svezzare il bambino è dovergli fornire le adeguate quantità di ferro e zinco per un corretto sviluppo: il latte materno, dopo i 6 mesi, non garantisce questo apporto.

Tuttavia, nel caso di allattamento artificiale, a partire dai 4 mesi si può iniziare lo svezzamento procedendo poi secondo Linee Guida generali analoghe a quelle valide per il bambino allattato al seno [1]. Recenti Linee Guida ministeriali, in conformità con le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), raccomandano perciò, come misura di salute pubblica, che i bambini siano allattati esclusivamente al seno fino a 6 mesi [3].

Il latte materno è infatti in grado di garantire un corretto apporto di nutrienti al bimbo, di conferirgli una protezione immunologica attraverso il passaggio di immunoglobuline, citochine e fattori di crescita, di conferirgli protezione nei confronti di malattie quali quelle allergiche, le malattie infettive, l'obesità, l'ipertensione, il diabete.

Secondo un'indagine condotta presso l'ASL di Nuoro, la maggior parte delle mamme è consapevole dell'importanza

dell'allattamento al seno (84%), tuttavia vi sono molte barriere in grado di ostacolare questa pratica [4].

Il Ministero della Salute riconosce che l'allattamento al seno è un diritto fondamentale dei bambini e che è un diritto delle mamme essere sostenute nella realizzazione del loro desiderio di allattare nel rispetto delle diverse culture e nell'impegno a colmare ogni tipo di disuguaglianze [3].

Lo schema di introduzione degli alimenti solidi, definito anche come alimentazione complementare, ha subito diverse modifiche. Negli ultimi decenni si è proposto di passare da uno schema rigido a uno schema più flessibile, assecondando le preferenze del bimbo e dei genitori, e la cultura familiare [5]. Si consiglia di non esagerare nell'apporto di formaggio grana, carne e cibi con contenuto proteico elevato, di non aggiungere sale, zucchero o miele (poiché favoriti la carie), di evitare certi tipi di latte e yogurt a basso contenuto di grassi (poiché il grasso è importante per lo sviluppo del cervello del bimbo) e di rimandare l'introduzione del latte vaccino al primo anno di vita [1].

Qual è stato però il percorso "storico" che ha definito il corretto "timing" dello svezzamento?

Il timing dello svezzamento negli ultimi decenni

Un vecchio messaggio riguardo al corretto timing dello svezzamento può essere riassunto come "più tardi avviene, meglio è". Negli anni Settanta si consigliava l'introduzione degli alimenti solidi non prima dei 4 mesi di vita, ma negli anni Novanta si raccomandava di iniziare lo svezzamento non prima dei 6 mesi. L'idea prevalente era quella che posticipare l'esposizione a un allergene potesse essere protettivo nei confronti dell'instaurarsi delle malattie allergiche, per una maggiore maturità del sistema immunitario e dell'apparato gastrointestinale del bambino [6].

Per corrispondenza:

Naire Sansotta

e-mail: naire.sansotta@virgilio.it

Numerosi studi avevano dimostrato questo concetto: l'introduzione precoce di cibi solidi nella dieta poteva predisporre i bambini allo sviluppo di eczema cronico o ricorrente, e l'eliminazione dalla dieta della mamma e del bambino di determinati allergeni alimentari riduceva il rischio di eczema in bambini con familiarità di atopia [6].

Nel 2000 si era giunti così alla dichiarazione congiunta da parte di ESPGHAN e di European Society of Pediatric Allergy and Clinical Immunology (ESPACI) che fosse opportuno posticipare l'inizio dello svezzamento ai 6 mesi di età [7].

In particolare l'American Academy of Pediatrics (AAP), nello stesso anno, consigliava alle mamme di bambini ad alto rischio per malattie allergiche di evitare assolutamente, durante l'allattamento, l'ingestione di arachidi e di noci, e di considerare l'eliminazione dalla dieta di latte vaccino, uova e pesce. Veniva consigliato, inoltre, di non iniziare lo svezzamento prima dei 6 mesi di età, di non introdurre i latticini prima dell'anno di vita, le uova non prima dei 2 anni e arachidi, noci e pesce non prima dei 3 anni, specialmente nei bambini ad alto rischio di atopia [8].

Una strategia globale per l'allattamento e la nutrizione del bambino è stata sviluppata dall'OMS nel 2002. Tale strategia globale è stata integrata nell'iniziativa dell'"Ospedale Amico dei bambini" ed enfatizza la necessità di politiche sanitarie includenti la stesura di Linee Guida di promozione e supporto per l'allattamento esclusivo materno per i primi 6 mesi di vita, e la raccomandazione di continuare l'allattamento durante lo svezzamento per due anni e oltre. Tale strategia si ritiene utile per migliorare stato nutrizionale, crescita e sviluppo fisico del bambino. Si riconosceva pertanto l'importanza di un adeguato sostegno alle mamme e alle famiglie, libere da influenze commerciali [9].

Una consensus del 2006 da parte dell'American College of Allergy, Asthma and Immunology (ACAAI) ha ribadito la necessità di definire delle Linee Guida specifiche e pratiche, suggerendo che per i bambini ad alto rischio per malattie allergiche l'introduzione di alcuni alimenti debba essere posticipata: latticini dopo l'anno di vita, uova dopo i 2 anni, arachidi, noci, pesce (compresi mol-

luschi e frutti di mare) dopo i 3 anni di vita [10].

Nel 2008 l'ESPGHAN ha eseguito una revisione sistematica dei precedenti lavori della letteratura, per ovviare all'eterogeneità di raccomandazioni proposte e per fornire informazioni corrette e aggiornate sulla correlazione tra la tempestività dello svezzamento e l'insorgenza di allergie. Secondo questa revisione, non vi è evidenza che restrizione dietetica in gravidanza e durante l'allattamento sia utile nel prevenire le allergie, con un'unica probabile eccezione, ovvero l'eczema atopico. L'allattamento esclusivo per almeno quattro mesi diminuisce l'incidenza cumulativa di dermatite atopica e di allergia al latte vaccino nei primi due anni di età in bambini ad alto rischio di atopia e il wheezing nella prima infanzia. L'ESPGHAN conclude raccomandando che lo svezzamento sia iniziato non prima della 17^a settimana, ma non dopo la 26^a settimana di vita [11].

Tale breve excursus della storia dello svezzamento non vuole minimizzare la politica attuata dall'OMS che rappresenta una fase importante per la promozione dell'allattamento materno esclusivo per sei mesi.

Novità sullo svezzamento e "periodo finestra"

Diversi studi condotti nell'ultimo decennio hanno rafforzato l'evidenza che uno svezzamento ritardato e in particolare una ritardata esposizione a uova, latte, cereali e altri cibi solidi non siano associati a una riduzione di malattie allergiche, bensì possano portare a un aumentato rischio di eczema e sensibilizzazione allergica [12].

Nel 2008 Zutavern et al., in uno studio prospettico su 642 bambini seguiti dalla nascita fino all'età di 5 anni, dimostrarono come uno svezzamento ritardato non fosse associato a un effetto protettivo nei confronti di wheezing prescolare, wheezing transitorio, atopia o eczema e come invece l'introduzione tardiva nella dieta di latte e uova aumentasse il rischio di eczema atopico [13].

Poole et al. hanno illustrato come l'introduzione nella dieta, prima dei 6 mesi di vita, di cereali come grano, orzo, segale e avena incrementi il possibile sviluppo di allergia al grano, diversamente dai

bambini con introduzione degli stessi alimenti dopo i 6 mesi di vita [14].

Sariachvili et al. hanno documentato come uno svezzamento precoce (< 4 mesi) riduca il rischio di eczema di bambini con familiarità per atopia, senza alcun effetto invece su bambini senza familiarità per atopia [15].

In un recente studio condotto da Nwaru et al. l'introduzione tempestiva di grano, segale, avena, orzo (prima dei 5-5,5 mesi), uova (prima di 11 mesi), pesce (prima di 9 mesi) è inversamente associata allo sviluppo di asma, rinite allergica e sensibilizzazione atopica in epoca infantile [16].

L'introduzione dell'uovo tra i 4 e i 7 mesi era associata a un minor rischio di allergia all'uovo rispetto all'introduzione tra i 10 e i 12 mesi o dopo i 12 mesi, anche correggendo i dati per storia familiare di atopia e sintomaticità allergica dei bambini sottoposti allo studio [17].

Sulla base quindi di tutte queste evidenze è stata postulata l'esistenza di un "periodo finestra" durante il quale il bambino potrebbe sviluppare, con maggior probabilità, tolleranza orale se sottoposto ad adeguata stimolazione antigenica. È durante questo periodo che possono essere applicate strategie volte a ridurre lo sviluppo futuro di manifestazioni allergiche verso un certo antigene [12].

Il concetto di *tolleranza* è definito come la mancanza di reattività nei confronti di un allergene.

Ciò che è interessante è il concetto di *tolleranza orale*, ovvero lo stato di attiva inibizione della risposta immunitaria umorale o cellulare a un determinato antigene, data da una precedente esposizione attraverso la via orale a quello stesso antigene. L'inefficacia di questo meccanismo porta a ipersensibilità, sensibilizzazione e allergia [18].

Il tessuto linfoide associato all'apparato gastroenterico (GALT) rappresenta il più vasto organo linfoide dell'organismo umano. Il suo ruolo è quello di creare un ambiente "tollerante", evitando l'insorgenza di risposte immunitarie non necessarie nei confronti delle sostanze ingerite e della flora residente [19].

I meccanismi in grado di indurre tolleranza orale sono principalmente due: anergia clonale, o delezione, e soppressione attiva da parte delle cellule T regolatorie. Il fattore principale che determi-

na l'instaurarsi dell'uno o dell'altro meccanismo è la dose dell'antigene. Basse dosi di antigene favoriscono la tolleranza condotta dalle cellule regolatorie, alte dosi invece inducono la tolleranza condotta da anergia [18].

Altri elementi molto importanti nell'induzione di tolleranza sono l'età e la durata di esposizione a un certo antigene, la via di esposizione, la genetica, le proprietà dell'antigene. Antigeni solubili sono maggiormente in grado di indurre tolleranza rispetto ad antigeni particolati, nonostante la maggior parte delle allergie alimentari sia data da antigeni solubili. Vie di esposizione diverse da quella orale, per esempio quella cutanea, sono in grado di indurre ipersensibilità piuttosto che tolleranza. L'età è associata a un graduale passaggio da una sensibilizzazione verso uno stato di tolleranza [18]. Sembra quindi che sia cruciale l'esposizione corretta in termini di tempo a un determinato antigene. Una tardiva esposizione può infatti portare a ipersensibilità, dovuta al fallimento dei meccanismi di tolleranza orale. Una precoce esposizione a un antigene può invece portare a un rischio aumentato di malattie allergiche [20].

L'allattamento al seno è fondamentale nel promuovere la corretta maturazione intestinale e nel promuovere i meccanismi di tolleranza [21].

Alla luce degli studi sopraccitati, dato il rischio di maggiore atopia e celiachia nei bambini svezzati oltre i 6 mesi di vita, si consiglia di iniziare lo svezzamento tra i 4 e i 7 mesi di vita [11, 22]. Infatti, in Svezia, è stato dimostrato un aumento dei casi di celiachia in seguito al consiglio di posticipare lo svezzamento dai 4 ai 6 mesi di vita. Norris et al. hanno evidenziato come bambini non esposti a frumento, orzo e segale fino all'età di 7 mesi presentino un rischio maggiore di sviluppare celiachia rispetto ai bambini esposti al glutine tra i 4 e i 7 mesi [23]. Ivarsson et al. hanno dimostrato, invece, una diminuzione dei casi di celiachia in bambini con età inferiore a 2 anni se ancora allattati al seno nel momento in cui viene introdotto il glutine nella loro dieta [21].

Il contemporaneo allattamento potrebbe diminuire la quantità di glutine che arriva all'intestino del bambino, diminuendo le possibili reazioni da ipersensibilità.

BOX: COSA ABBIAMO IMPARATO

- Se il bambino è allattato artificialmente ed è "pronto", non aspettare i 6 mesi di vita per iniziare lo svezzamento.
- Se il bambino è allattato al seno, non interrompere l'allattamento durante lo svezzamento, poiché migliora la tolleranza.
- Non applicare differenze di svezzamento tra bambino atopico e non atopico.
- Attenzione a non ritardare lo svezzamento oltre i 6 mesi di vita: potrebbe aumentare il rischio di atopia e di celiachia.

Un altro meccanismo potrebbe essere costituito da una prevenzione, data dall'allattamento, delle infezioni del tratto gastrointestinale. Queste ultime infatti sono in grado di aumentare la permeabilità della mucosa intestinale e di permettere così il passaggio del glutine fino alla lamina propria [23].

Quando il glutine viene inserito nella dieta di un bambino più grande, sembra essere introdotto in maggiori quantità, cosicché maggiori quantità di gliadina sono disponibili ad attraversare la mucosa intestinale [24].

Dunque, sia una esposizione al glutine troppo precoce sia una troppo tardiva sembrano aumentare il rischio di malattia celiaca. Tuttavia questi studi presentano notevoli bias e fattori di confondimento, come i genotipi HLA, lo status socio-economico, il fatto di essere studi caso-controllo e di essere quindi influenzati da recall bias [25].

Il comitato ESPGHAN consiglia di introdurre il glutine né troppo precocemente (prima dei 4 mesi) né tardivamente (oltre i 7 mesi), e di inserirlo gradualmente, specialmente se il bambino è ancora allattato al seno [11].

Attualmente due studi, LEAP e EAT, sono in corso per determinare l'effetto di una precoce introduzione di cibi solidi sullo sviluppo di atopia [26-27].

Recenti review hanno mostrato anche altri effetti di uno svezzamento tardivo, sia a breve termine come infezioni e velocità di crescita, che a lungo termine come obesità, diabete di tipo 1 e 2, e sviluppo neuromuscolare che non verranno esaminati in tale sezione [28].

Conclusione

Nonostante i dati contrastanti e la scarsità di una chiara evidenza, alcune raccomandazioni in merito allo svezzamento vanno comunque prese in considerazione.

L'ESPHGAN ha dichiarato come la ritardata introduzione o la completa eliminazione dalla dieta dei cibi a maggior carattere allergenico non siano raccomandate. Inoltre, evitare un'introduzione precoce (prima dei 4 mesi di età) o tardiva (dopo i 7 mesi di età) del glutine nella dieta del bambino potrebbe aiutare a prevenire l'insorgenza della malattia celiaca [11].

Non vi sono evidenze scientifiche convincenti che l'introduzione tardiva di alimenti altamente allergenici come pesce e uova riduca il rischio di allergie in bambini considerati ad alto rischio e non, o in bambini con fratelli affetti da malattie allergiche. Oltretutto, l'introduzione tardiva di alcuni cibi potrebbe addirittura aumentare il rischio di malattie allergiche [29].

Perciò, quando un bambino è pronto, a partire dal 4°-6° mese di vita, l'introduzione di un nuovo cibo solido può essere effettuata ogni due-tre giorni, ovvero introducendo un nuovo cibo alla volta, senza raccomandare una specifica velocità di introduzione ottimale [11]. ♦

Bibliografia

- [1] http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1928&area=stiliVita&menu=alimentazione.
- [2] Cattaneo A, Williams C, Pallás-Alonso CR, et al. ESPGHAN's 2008 recommendation for early introduction of complementary foods: how good is the evidence? *Matern Child Nutri* 2011;7(4):335-43.
- [3] Linee di indirizzo nazionali sulla protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno. *Gazzetta Ufficiale* 2008;32(7 febbraio).
- [4] http://www.aslnuoro.it/documenti/3_16_20120208163749.pdf.
- [5] Piermarini L. Alimentazione complementare a richiesta. *Medico e bambino* 2006;25:422-39.
- [6] Fergusson DM, Horwood LJ, Shannon FT. Early solid feeding and recurrent childhood eczema: a 10-year longitudinal study. *Pediatrics* 1990;86(4):541-6.
- [7] Zeiger RS. Food allergen avoidance in the prevention of food allergy in infants and children. *Pediatrics* 2003;111(6 Pt 3):1662-71.

- [8] American Academy of Pediatrics. Committee on Nutrition. Hypoallergenic infant formulas. *Pediatrics* 2000;106(2 Pt 1):346-9.
- [9] The Optimal Duration of exclusive breastfeeding: report of an Expert Consultation. Geneva. http://www.who.int/nutrition/publications/optimal_duration_of_exc_bfeeding_report_eng.pdf.
- [10] Fiocchi A, Assa'ad A, Bahna S. Food Allergy and the introduction of solid foods to infants: a consensus document. Adverse Reactions to Foods Committee, American College of Allergy, Asthma and Immunology. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2006;97(1):10-20.
- [11] Agostoni C, Decsi T, Fewtrell M, et al. Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2008;46(1):99-110.
- [12] Prescott SL, Smith P, Tang M, et al. The importance of early complementary feeding in the development of oral tolerance: concerns and controversies. *Pediatr Allergy Immunol* 2008;19(5): 375-80.
- [13] Zutavern A, Brockow I, Schaaf B, et al. (LISA Study Group). Timing of solid food introduction in relation to eczema, asthma, allergic rhinitis, and food and inhalant sensitization at the age of 6 years: results from the prospective birth cohort study LISA. *Pediatrics* 2008;121(1):e44-52.
- [14] Poole JA, Barriga K, Leung DY, et al. Timing of initial exposure to cereal grains and the risk of wheat allergy. *Pediatrics* 2006;117(6):2175-82.
- [15] Sariachvili M, Droste J, Dom S, et al. Early exposure to solid foods and the development of eczema in children up to 4 years of age. *Pediatr Allergy Immunol* 2010;21(1 Pt 1):74-81.
- [16] Nwaru BI, Erkkola M, Ahonen S, et al. Age at the introduction of solid foods during the first year and allergic sensitization at age 5 years. *Pediatrics* 2010;125(1):50-9.
- [17] Koplin JJ, Osborne NJ, Wake M, et al. Can early introduction of egg prevent egg allergy in infants? A population-based study. *J Allergy Clin Immunol* 2010;126(4):807-13.
- [18] Burks AW, Laubach S, Jones SM. Oral tolerance, food allergy, and immunotherapy: implications for future treatment. *J Allergy Clin Immunol* 2008;121(6):1344-50.
- [19] Mowat AM. Anatomical basis of tolerance and immunity to intestinal antigens. *Nat Rev Immunol* 2003;3:331-41.
- [20] Halcken S, Høst A. Prevention of allergic disease. Exposure to food allergens and dietetic intervention. *Pediatr Allergy Immunol* 1996;7(9 Suppl): 102-7.
- [21] Ivarsson A, Hernell O, Stenlund H, Persson LA. Breast-feeding protects against celiac disease. *Am J Clin Nutr* 2002;75(5):914-21.
- [22] Longo G, Berti I, Burks AW, et al. IgE-mediated food allergy in children. *Lancet* 2013;382(9905):1656-64. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60309-8.
- [23] Norris JM, Barriga K, Hoffenberg EJ, et al. Risk of celiac disease autoimmunity and timing of gluten introduction in the diet of infants at increased risk of disease. *JAMA* 2005;293(19): 2343-51.
- [24] Hanson LA, Korotkova M, Haversen L, et al. Breast-feeding, a complex support system for the offspring. *Pediatr Int* 2002;44(4):347-52.
- [25] Carlsson A, Agardh D, Borulf S, et al. Prevalence of celiac disease: before and after a national change in feeding recommendations. *Scand J Gastroenterol* 2006;41(5):553-8.
- [26] Lack G, Du Toit G, Roberts G. <http://www.leapstudy.co.uk/LEAP.html> 44.
- [27] Lack G, Perkin M, Flohr C. <http://www.eatstudy.co.uk>.
- [28] Przyrembel H. Timing of introduction of complementary food: short- and long-term health consequences. *Ann Nutr Metab* 2012;60(Suppl 2):8-20. doi: 10.1159/000336287.
- [29] Greer FR, Sicherer SH, Burks AW. Effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children: the role of maternal dietary restriction, breastfeeding, timing of introduction of complementary foods and hydrolyzed formulas. *Pediatrics* 2008;121(1): 183-91.

AGLI AUTORI E AI LETTORI DI QUADERNI ACP

Dal 2014, *Quaderni acp* modifica le norme redazionali (si veda la 2^a di copertina). Qui vogliamo ricordare ai lettori che non saranno più indicate le parole chiave negli articoli.

Le modalità di indicizzazione dei motori di ricerca rendono le parole chiave sostanzialmente inutili ai fini della ricerca di un lavoro online.

Anche la ricerca di un articolo pubblicato su *Quaderni acp* può avvenire attraverso i motori di ricerca. Se però un lettore volesse fare una ricerca per un articolo su *Quaderni* è sufficiente che inserisca nella casella di ricerca le parole separate da spazi senza distinzione fra maiuscole o minuscole. Gli operatori booleani *and* e *or* sono automatici. Una ricerca più stretta può essere fatta utilizzando le virgolette [es. "parola1", "parola2"].

PEDIATRA CERCASI

Da febbraio 2014 si renderà disponibile, presso l'UO di Pediatria dell'Ospedale "G.B. Morgagni-L. Pierantoni" dell'ASL di Forlì, una posizione di ruolo a tempo indeterminato per un/una pediatra. L'UO di Pediatria serve una popolazione di circa 25.000 bambini appartenenti a un unico Distretto nel quale operano 27 pediatri di famiglia. La sezione di Neonatologia assiste un punto nascita con 1500 parti/anno (> 32 settimane e > 1500 g) nel quale sono ben organizzati il trasporto in utero e il trasporto dei neonati critici verso le vicine TIN di riferimento. L'assistenza in Pediatria è articolata in degenza ordinaria, osservazione breve e attività ambulatoriale generale e specialistica. L'accesso in urgenza avviene attraverso il Pronto Soccorso generale al quale la Pediatria presta consulenza secondo percorsi ben definiti. L'organico attuale è costituito da 8 pediatri, tutti di ruolo, oltre al direttore, e opera in stretta connessione con l'UO di Neuropsichiatria infantile, con la pediatria del territorio e con i servizi generali e specialistici dell'Ospedale. Il contesto territoriale, orientato verso una solida integrazione socio-sanitaria, è quello della Romagna, dove sta per realizzarsi un ambizioso progetto di ASL unica nella quale convergeranno le ASL di Forlì, Cesena, Ravenna e Rimini.

C'è l'interesse, in via preliminare, a valutare eventuali intenzioni di mobilità intra- e interregionale per la copertura della posizione. Per contatti: Dott. Enrico Valletta, e.valletta@ausl.flo.it.