

Siamo stati colpiti da una iniziativa di Nature Medicine: la rubrica Community Corner. Su un articolo la rivista chiede il parere di professionisti anche di competenze diverse dagli autori dell'articolo. Tutti sono chiamati a esprimersi perché parte della comunità come specialisti di aree specifiche o semplicemente cittadini curiosi per ogni problema di salute. L'iniziativa è interessante per "legare" diversi lettori. L'idea di comunità è forte: esprimere un parere, o un pensiero, su una notizia sulla salute è ciò che capita di fare direttamente (come medici) o indirettamente (come cittadini, familiari, esperti ecc.).

Anche il pediatra di famiglia può diagnosticare e gestire i disturbi funzionali gastrointestinali*

Parole chiave Disturbi funzionali gastrointestinali. Pediatria di famiglia

I Disturbi Funzionali Gastrointestinali (FIGIDs) rappresentano una sintomatologia, spesso cronica o ricorrente, che non sempre trova conferme negli esami biochimici o strumentali. Sono frequenti e cagionano molti invii da parte del PdF a

centri specialistici per escludere cause organiche. Nel 1997 un gruppo di gastroenterologi pediatri si riunì a Roma ed elaborò un documento di consenso (*Rome II criteria*) per standardizzare i criteri diagnostici e gestionali dei FIGIDs nel bambino. Giuseppe Primavera e 20 PdF di Palermo, coordinati da Giuseppe Magazzù, hanno applicato, nella pratica ambula-

toriale, le indicazioni di Roma II in 9281 bambini con FIGIDs con 3 visite di controllo nel corso dell'anno successivo alla prima osservazione. I risultati: nel 97,2% dei casi la diagnosi e la gestione dei FIGIDs può essere fatta dal PdF senza inviare il bambino a centri specialistici riducendo i costi, economici e personali, e migliorando la qualità dei percorsi di cura.

*Primavera G, et al. Clinical utility of Rome criteria managing functional gastrointestinal disorders in pediatric primary care. *Pediatrics* 2009;125: e155-e161.

Cambiare l'attività ambulatoriale del PdF è possibile e loro ci sono riusciti modificando una prassi operativa sui FIGIDs che fino a oggi ha avuto poche conferme nell'ambito delle cure primarie. L'applicazione del modello biopsicosociale, la scelta di un percorso diagnostico senza invio della famiglia a un terzo livello sono momenti caratterizzanti dell'esperienza palermitana. Studio e ricerca, oltre all'impegno clinico per il pediatra di famiglia: compiti non contemplati o non considerati tradizionalmente nel nostro *mansionario*. Perché allora questa fatica? Il pensiero di sapere che l'*advocacy* del pediatra è il bambino, sarebbe già sufficiente a motivarci, ma forse questa spiegazione non basta. Mancando incentivi e riconoscimenti, al momento non appartenenti al vocabolario della *Primary Care Research* per il pediatra di famiglia, il possibile combustibile che spinge verso questo impegno può essere la soddisfazione per il lavoro intellettuale, il desiderio di non rimanere confinato in uno spazio che può risultare ristretto per la propria professione, il riconoscimento di una nuova autorevolezza, lo sperimentare un nuovo modello di essere pediatra, la volontà di costruire un progetto per verificare se il proprio operato è utile e necessario; o il semplice piacere per l'impegno condiviso. Loro ci sono riusciti per i FIGIDs. Forse le cure primarie richiedono a tutti un nuovo modo di essere pediatra.

Costantino Panza, Pediatra di famiglia, Parma

Lo studio non dimostra soltanto che è possibile seguire linee guida nelle cure primarie, ma suggerisce anche un metodo nel rapporto con i pazienti (o in questo caso i loro genitori). Mi è piaciuto il concetto di "rassicurazione informata" che significa evitare la rassicurazione paternalistica quando è chiara l'insussistenza di patologie serie o il ricorso a tecnologie diagnostiche che, di per sé, non rassicurano affatto, se si pretende che vadano a surrogare il "prendere in carico" il paziente con il suo problema. La tecnologia appartiene al clinico, quindi, se la presa in carico si realizza in modo realmente percepito, il ricorso alla diagnostica strumentale e di laboratorio ritorna nelle mani del clinico, che può ricorrervi non più a scopo "difensivo" o per mostrare di "fare qualcosa", ma con l'unico riferimento giusto e pertinente che è quello dell'appropriatezza. Il rapporto col paziente può ritornare così a essere quello di una comunicazione/condivisione efficace, capace di dissolvere se non tutte le incertezze almeno le ansie e le preoccupazioni, permettendo un approccio razionale proprio perché le componenti emotive hanno una risposta nella rassicurazione informata. Sarebbe interessante un'analisi stratificata dei dati raccolti per condizioni socioeconomiche e culturali: è questo il punto critico della comunicazione e dell'informazione, strumenti non immuni dai rischi di diseguaglianze.

Massimo Tombesi, Medico di medicina generale, Macerata

L'assenza di indicatori "positivi" di malattia rende difficile la diagnosi, che viene posta "in negativo" costringendo spesso al ricorso di protocolli spesso complessi per escludere una patologia organica. L'applicazione di criteri diagnostici standardizzati e validati è generalmente di particolare utilità in quelle condizioni per le quali non esistono specifici marcatori anatomici, biochimici o strumentali. Protocolli condivisi, anche con interventi formativi, consentono di migliorare la qualità delle cure. La dimostrazione che i "Criteri di Roma" possano essere utilmente impiegati per la diagnosi e il trattamento dei disturbi funzionali gastrointestinali (FGIDs) dell'età pediatrica anche a livello delle cure primarie rappresenta pertanto un elemento destinato a modificare in modo significativo la gestione di questi disturbi che sono particolarmente frequenti nella popolazione pediatrica. Preferire, quindi, a un intervento principalmente di tipo farmacologico ora dovrebbe essere di prima scelta quello volto a spiegare la probabile origine dei sintomi e a rassicurare la famiglia. Sarà, comunque, importante verificare prospetticamente, in questi tempi di particolare diffusione della "medicina difensiva", il mantenimento della fiducia nella validità del protocollo.

Paolo Pazzi, Direttore Struttura Complessa di Gastroenterologia, Ospedale "M. Bufalini", Cesena

L'aspetto più significativo dei "Criteri di Roma II" sta nel fatto che sono raccomandazioni di tipo eminentemente clinico, fondate sulla valutazione globale del paziente e dell'ambiente in cui vive. Per il medico ospedaliero e per quello di famiglia gli standardizzati percorsi diagnostico-terapeutici spesso si trasformano in un comodo algoritmo mentale che porta a escludere un ragionamento clinico, accanto al quale può trovare posto l'esperienza e, perché no, l'intuizione. L'esame di laboratorio, l'ecografia, la TAC e la gastroscopia, seguendo tali premesse, non costituiscono più, allora, un momento fondamentale per perfezionare la diagnosi e impostare una terapia ma diventano un modo per rinviare la decisione o affidarla ad altri frammentando la presa in carico. Non è sempre così, ma la richiesta dell'esame è talvolta automatica e magari anche capace, inconsciamente, di virtù terapeutiche. I "Criteri di Roma III" si inseriscono nell'attuale scenario della Sanità che assegna agli ospedali il compito della cura tempestiva ed efficace delle patologie acute e alla medicina del territorio il compito della gestione della "cronicità", in tutti i suoi aspetti e differenziazioni per fasce d'età. Uno scenario che dovrebbe essere governato dal principio (culturale-etico-scientifico) della presa in carico del paziente e della conseguente assunzione di responsabilità cui segue il concetto di sviluppo, anche narrativo, della storia clinica.

Giovanni Lorenzi, Direttore Struttura Complessa di Chirurgia Vascolare, Ospedale "A. Manzoni", Lecco