

Dottore, Alessandro ha sempre mal di pancia...

Sergio Davico*, Paolo Fiammengo*, Giovanni Garrone*, Chiara Guidoni*, Patrizia Levi*, Maria Merlo*, Paolo Morgando*, Ivo Picotto*
*Pediatri di famiglia, ACP Ovest

Abstract

Doctor, Alessandro has abdominal pain...

Functional abdominal pain are a very good example of how the bio-psycho-social approach is in some cases essential even if not always simple. The functional abdominal pain (DAF) are a good example of how the bio-psycho-social approach, often useful in medicine, is in some cases essential although not always simple. According to literature, functional abdominal pain can be diagnosed without recourse to a second level of care and managed with almost no exams. Alexander, who suffers from irritable bowel syndrome shows how the failure of reassurance is sometimes due to our rough understanding of the bio-psycho-social factors. The article aims to explain these factors and their interrelationships in order to encourage "comprehensive" answers without underestimating biological factors or vice versa arbitrarily expanding the psycho-social ones.

Quaderni acp 2014; 21(4): 180-184

I dolori addominali funzionali (DAF) sono un ottimo esempio di come l'approccio bio-psico-sociale, spesso utile in medicina, sia, in certi casi, indispensabile, ma non sempre semplice. I DAF, secondo la letteratura, possono essere diagnosticati senza ricorrere al secondo livello e quasi senza esami, e possono essere gestiti con la sola spiegazione "esauriente" dell'origine del disturbo. Il caso di Alessandro, affetto da colon irritabile, ci cala nella realtà e mostra come l'insuccesso della rassicurazione sia dovuto, a volte, a una nostra conoscenza solo approssimativa dei fattori bio-psico-sociali in gioco. L'articolo si propone di illustrare tali fattori e le loro interrelazioni per favorire risposte "esaurienti", che non sottovalutino i fattori biologici, dilatando arbitrariamente quelli psico-sociali (o viceversa).

La storia

Alessandro, 10 anni, viene in studio con la mamma perché presenta da tre-quattro mesi dolori addominali e feci sfatte. Conosco Alessandro dalla nascita. Ha sofferto di coliche del lattante, di RGE fisiologico e, nei primi anni di scuola materna, di frequenti infezioni respiratorie alle alte vie aeree. I genitori, sempre molto preoccupati, si alternano nella parte del genitore "ragionevole" e di quello "apprensivo".

Attualmente Alessandro è un bambino che sta bene e che va bene a scuola. È un po' timido, guardingo, enigmatico.

Da qualche mese ha l'alvo alternante e dolori a tipo colica, di norma in sede periombelicale. Mangia volentieri (e si vede!) e non ha mai febbre.

Cerco di capire meglio se ci siano motivi di allarme sottoponendolo alle domande di rito:

- Questi dolori ti svegliano la notte?
- Ti impediscono di svolgere le tue normali attività (gioco, scuola)?
- Sei dimagrito?
- È capitato qualcosa a scuola o in famiglia?

Poi lo visito e lo peso. Alessandro sta bene ed è in buone condizioni generali.

Spiego a lui e alla mamma che non c'è da preoccuparsi. La sua situazione rientra in quella che noi chiamiamo **colon irritabile**: una forma di dolore addominale cronico, cioè che si ripete nel tempo, ma funzionale, cioè non originato da danni dell'organismo. In ogni caso, se dovesse svegliarsi di notte per il male, avere febbre, dimagrire oppure diventare inappetente, dovremo riparlare. Nel congelarlo gli consiglio anche dei fermenti lattici.

Lo rivedo successivamente più e più volte, sempre per il mal di pancia e sem-

pre senza segni di allarme. Ripeto ogni volta la mia diagnosi di colon irritabile e il concetto di soglia del dolore, ma i genitori restano preoccupati: "Non sarà qualcosa di grave?" e: "Facciamo degli esami?". Per un po' resisto e prescrivo solo trimebutina al bisogno o per brevi cicli (con scarso risultato). Un anno dopo, quando si ripresentano per l'ennesima volta, vengo a sapere che la mamma è da poco stata operata per un melanoma. Decido così di chiedere qualche esame per rassicurarli.

Comincio con emocromo, VES, PCR, esame urine, anti-tTg, coprocultura con ricerca parassiti e sangue occulto nelle feci. Gli esami sono normali, ma i genitori non sono ancora tranquilli. A questo punto chiedo anche la calprotectina fecale, spiegando che è un indice di infiammazione intestinale.

Dopo quindici giorni arriva una telefonata dalla mamma: "Dottore, quell'esame lì che mi ha fatto fare è altissima!". In effetti la calprotectina è > 250 (v.n. < 50). Bisogna approfondire. Alessandro fa un'ecografia addominale e ripete gli esami di infiammazione, l'occult test e naturalmente la calprotectina. Gli esiti questa volta sono tutti nella norma (calprotectina: 38). I genitori sembrano finalmente più tranquilli, ma... durerà? Alessandro compirà fra poco 14 anni e per me la storia finirà qui. E per lui?

Storie simili a questa sono molto frequenti e frustranti: il dolore funzionale si ripresenta, le rassicurazioni non sono mai sufficienti, gli esami richiesti per sedare l'ansia in alcuni casi la aumentano e il problema si risolve davvero quando... il bambino passa al medico di medicina generale!

È possibile gestire questi casi in modo più soddisfacente?

Utilizziamo questa storia per riflettere sulle possibili cause dei nostri insuccessi.

La diagnosi

Il pediatra fa una diagnosi di dolore addominale funzionale (DAF, *box 1*) e,

Per corrispondenza:

Maria Merlo

e-mail: merlomaria@alice.it

storie che insegnano

BOX 1: IL DOLORE ADDOMINALE FUNZIONALE

Il DAF compare fra i 4 e i 18 anni. È un dolore cronico (che dura da almeno due mesi), intermittente o continuo, con esame obiettivo negativo, senza evidenza di malattie che potrebbero spiegare i sintomi e senza segni di allarme.

BOX 2: SEGNALI DI ALLARME

- Diarrea notturna
- Dolore che risveglia di notte
- Perdita di peso (involontaria) o rallentamento naturale
- Ritardo puberale
- Febbre inspiegata
- Dolore stabilmente localizzato a destra
- Disfagia
- Vomito persistente
- Sanguinamento digestivo
- Storia familiare di IBD, celiachia, malattia peptica
- Artrite
- Malattia perianale

BOX 3: CLASSIFICAZIONE DEL DAF

- Il DAF si presenta in quattro sotto-categorie (con possibili overlap):
- dispepsia funzionale: dolore o fastidio in epigastrio, non modificato dalla defecazione (almeno 1/settimana, per almeno due mesi)
 - sindrome dell'intestino irritabile: dolore associato a modificazioni dell'alvo (stipsi o diarrea) o che migliora con la defecazione (almeno 1/settimana per almeno due mesi)
 - emicrania addominale: dolore parossistico con anoressia, nausea, vomito, cefalea, pallore, a volte con storia materna di emicrania, che interferisce con la quotidianità (almeno 2 episodi negli ultimi dodici mesi)
 - sindrome del DAF: DAF senza le caratteristiche dei primi tre, che disturba l'attività, con cefalea, dolore alle gambe, sonno disturbato (almeno 1/settimana per almeno due mesi)

all'interno di esso, di colon irritabile. Utilizza i "criteri di Roma III", che sono frutto di un *consensus* del 2006 e di cui studi successivi hanno confermato l'elevata sensibilità e specificità [1-2]. Essi permettono di distinguere un bambino con dolore di origine organica da uno con dolore di origine funzionale su base prevalentemente clinica, cioè rilevando l'assenza di alcuni sintomi (segnali di allarme, *box 2*) e utilizzando la presenza di altri per classificare il dolore funzionale in una delle quattro sotto-categorie (*box 3*). Ciò permette di evitare la diagnosi di esclusione (fino ad allora considerata l'unica corretta) e il conseguente elenco (sempre piuttosto arbitrario e potenzialmente interminabile) di esami da eseguire sempre e comunque.

Seguendo i "criteri di Roma III" gli esami possono ancora essere fatti, ma per confermare un convincimento e non per cercare una malattia [3]. Per contro, i "criteri di Roma III" sottolineano la necessità della valutazione caso per caso, con la possibilità di richiedere esami anche di qualche complessità (funzionalità epatica o renale, test del respiro con lattosio, ecografia ecc.), decisi però, uno per uno, sul singolo quadro clinico (è ammesso, tra le motivazioni, anche il grado di ansietà dei genitori) [4].

Poiché cardine della diagnosi è l'assenza dei segni di allarme, è necessario che essi vengano indagati tutti e accuratamente. Stando a quanto riferito, nel caso di Alessandro (come in molti nostri casi!) l'indagine probabilmente non è stata completa (il pediatra non riporta, per esempio, nulla sull'anamnesi familiare).

Gli esami

Gli episodi di dolore si ripetono, l'ansia dei genitori cresce e il medico decide "di chiedere qualche esame per rassicurare i genitori". Gli esami scelti dal pediatra sono quelli raccomandati dal *consensus* di Roma (*box 4*), tranne le anti-tTg e la calprotectina fecale (richiesta in seconda battuta).

La determinazione degli anti-tTg non è specificamente menzionata nei "criteri di

Roma III", ma è diventato uso comune richiederla almeno una volta (associando sempre anche il dosaggio delle IgA totali) praticamente in tutti i bambini con sintomi gastrointestinali cronici. Il dosaggio della calprotectina fecale può dare, in età pediatrica, una quota di falsi patologici superiore a quella osservata nei pazienti adulti. Non sono completamente noti i motivi di tale differenza, anche se è stato suggerito che possa dipendere dall'arrivo, nelle feci, di calprotectina prodotta nelle prime vie aeree in corso di flogosi respiratorie (più frequenti, appunto, nel bambino). Ne consegue che, pur avendo una eccellente sensibilità, la specificità è minore nell'età pediatrica. Quindi, in un contesto di bassa prevalenza delle malattie infiammatorie intestinali (qual è l'area delle cure primarie), la calprotectina andrebbe richiesta più "per escludere" che "per confermare" una MICI, dando molto valore a un risultato negativo e interpretando invece con cautela un risultato patologico.

Terapia: le parole

È estremamente probabile che l'insuccesso dell'intervento del medico, documentato dalle successive visite sempre per lo stesso problema, stia proprio nelle parole del pediatra. Il DAF infatti non si cura con i farmaci, ma con le spiegazioni. In uno studio italiano sulla gestione dei DAF in pediatria di base la spiegazione esauriente dell'origine dei sintomi, e la conseguente rassicurazione, sono state sufficienti a ridurre il dolore nel 93% dei casi [4]. Nella nostra esperienza è possibile spiegare l'origine del dolore a bambini e genitori di qualsiasi livello culturale.

Occorre però molta cura nello scegliere le parole adatte e nel toccare i punti chiave. Questi sono:

- spiegare il procedimento diagnostico: la sua apparente semplicità (poche domande, una breve visita, nessun esame) non significa superficialità. Il medico, per fare la diagnosi, si basa su *criteri* validati a livello internazionale,

BOX 4: ESAMI IN CASO DI DAF (SE SI VUOLE CONFERMARE LA DIAGNOSI CLINICA)

Costantemente raccomandati: emocromo, VES, PCR, esame urine e urinocoltura, sangue occulto nelle feci

BOX 5: IL DOLORE FUNZIONALE. COME FA A ESSERCI DOLORE IN ASSENZA DI MALATTIA?

Il dolore non è "riconducibile alla semplice conduzione dello stimolo, ma... è un'esperienza somato-psichica quanto mai soggettiva, caratterizzata da connotati biologici, affettivi, relazionali, esperienziali e culturali non separabili fra loro" [6].

La componente biologica

È documentato che i pazienti con DAF hanno soglie basse agli stimoli esterni (sottoposti a stimoli acustici reagiscono con startles muscolari maggiori dei controlli) e una soglia dolorosa più bassa al barostato rettale. Nei casi di dispepsia funzionale hanno una ipomotilità gastrica (contrazioni antrali tanto meno ampie e svuotamento gastrico tanto più rallentato quanto maggiori sono i sintomi).

I pazienti con DAF, dunque, percepiscono come dolorosi (ipervisceralgia) stimoli che risultano invece subliminali per la maggior parte degli individui e che possono derivare da: motilità intestinale rallentata (dispepsia) o accelerata (colon irritabile); processi infettivi, immunologici, allergici; alterazioni della flora intestinale; componenti dietetici; reazioni emotive [7].

Come si determina l'ipersensibilità sensoriale? È stata ipotizzata la presenza di vie anomale o un difetto di modulazione.

Come si determina l'ipervisceralgia? Le vie del dolore, dal nocicettore periferico alla corteccia (dove il dolore viene percepito), sono lunghe e con numerosissime e complesse connessioni che modulano lo stimolo (alcune amplificandolo, altre inibendolo). Il dolore può essere modulato, per esempio, a livello del "cancello del dolore" (midollo spinale) dove la stimolazione di fibre tattili blocca in parte il passaggio dello stimolo doloroso (effetto benefico della pressione, del massaggio, del "bacino" consolatorio); a livello del sistema limbico, centro di elaborazione della memoria e delle emozioni (effetto del ricordo di precedenti esperienze dolorose; dell'ansia e della paura o al contrario della vicinanza affettuosa); a livello di numerose aree della corteccia: insulare, cingolata, somato-sensoriale, frontale (effetto della rassicurazione) [8]. Alcuni studi con la PET sembrano suggerire che i pazienti con DAF abbiano sia una maggiore attività afferente che una minore attività della corteccia cingolata (dove risiedono i recettori degli oppioidi).

Le differenze di risposta agli stimoli sono probabilmente in parte già presenti alla nascita, legate a caratteristiche genetiche: ci sono infatti differenze fra maschi e femmine; ci sono neonati iperreattivi agli stimoli esterni (luce, rumori) e interni (fame). Ma sicuramente dipendono anche dall'ambiente, in primo luogo dalle esperienze pregresse. È noto come il dolore, soprattutto se in età precoce, aumenti il numero dei nocicettori e come espe-

rienze ripetute consolidino e rinforzino le connessioni neurali. Lattanti che hanno avuto esperienze di dolore (circoncisione neonatale, procedure diagnostiche) reagiscono con pianti maggiori al successivo dolore delle vaccinazioni.

La soglia del dolore del bambino si può anche abbassare per l'eccesso di stimoli "non governabili", per l'ansia propria e dei genitori, per non saper utilizzare strategie per modulare il dolore.

La componente psicologica

I bambini con DAF hanno più spesso degli altri ipersensibilità emozionale, ansia, elevati livelli di stress, depressione, timidezza, modalità disfunzionali di affrontare le difficoltà (coping), problemi comportamentali. Spesso hanno genitori con depressione o con malattie croniche e hanno dovuto subire recenti episodi di vita negativi. I meccanismi con i quali spiegare la correlazione fra temperamento e DAF non sono del tutto noti e sono probabilmente molteplici:

- Pensieri ed emozioni influiscono sul sistema digerente attraverso fibre che, a partire dall'encefalo, si connettono al complesso sistema neurale enterico agendo sulla motilità e sulla secrezione di stomaco e intestino (in modo diretto o mediato per esempio dagli ormoni dello stress).
- Bambini con difficoltà emotive possono avere più difficoltà a modulare il dolore.
- Le difficoltà emotive e l'aumentata suscettibilità al dolore potrebbero avere alla base uno stesso problema: una disregolazione del sistema della serotonina (neurotrasmettitore).

La componente sociale

Recenti eventi negativi sono frequenti nel DAF. Ma c'è di più. Ogni malattia, dicono i sociologi, non ha una sua auto-evidenza, ma è frutto di una co-costruzione. Per quanto qui ci interessa, il bambino impara in famiglia a decodificare, a esprimere e a gestire i propri disturbi. Impara, cioè, a percepire, a riconoscere e a dare un nome ai malesseri. Impara quali di questi sono degni di attenzione e potenzialmente gravi, quali può o deve gestire da solo, quali deve riferire e a chi. Impara, infine, le modalità con le quali affrontare e modulare il dolore. La preoccupazione dei genitori per il dolore del figlio rinforza le percezioni del bambino e insegna che il dolore addominale è importante e va segnalato anche quando non è troppo disturbante e sarebbe possibile convivere. Modalità, corrette o disfunzionali, dei genitori di gestire il dolore vengono apprese e riprodotte dal figlio.

che gli permettono di escludere con certezza la presenza di una malattia; – spiegare perché Alessandro ha male anche se non ha una malattia (box 5).

Occorre spiegare che Alessandro ha una maggiore sensibilità al dolore viscerale e alla dismotilità gastrointestinale e probabilmente un assetto emotivo particolare [5]. E anche che non si tratta di malattie (e dunque la situazione non si aggraverà con il tempo), o di "colpe" o di "difetti", ma di caratteristiche con le quali il bambino dovrà imparare a convivere per tutta

la vita: di fronte a problemi evolutivi, a qualche difficoltà, a eventi negativi (il melanoma della mamma), a delusioni, ansia e stress, Alessandro avrà facilmente dolore addominale. Altri bambini, con altre caratteristiche, avranno magari cefalea, disturbi del sonno o dell'appetito o anche solo variazioni dell'umore senza sintomi fisici.

Alessandro potrà e dovrà imparare, con l'aiuto del medico e dei genitori, a modulare diversamente il dolore: con la rassicurazione, la vicinanza affettuosa e com-

prensiva, le coccole, il massaggio, le tecniche di respirazione, di rilassamento, di distrazione ecc.

Queste spiegazioni vanno date ai genitori, ma anche al bambino, che dovrà imparare a fronteggiare il suo disturbo. Delegare ai genitori le spiegazioni al figlio espone al rischio di omissioni e fraintendimenti.

Non sappiamo cosa abbia detto il medico, in tanti anni di visite, ad Alessandro e ai suoi genitori. Proviamo però, a scopo "didattico", a fare alcune ipotesi, attin-

gendo non solo alle scarse parole della storia, ma soprattutto alla nostra esperienza e ai più comuni errori che ci siamo accorti di compiere. Il pediatra sembra essersi posto in un'ottica bio-psico-sociale e non rigidamente bio-medica (attenta solo ai dati biologici), anche se poi, forse, non ha esplicitato questo suo punto di vista. Ha rilevato infatti, ma sembra non abbia commentato, alcune caratteristiche della famiglia e del bambino, tra l'altro molto frequenti nei casi di DAF (pur non potendo essere utilizzate per discriminare l'origine, organica o funzionale, del dolore): genitori facilmente preoccupati; bambino con coliche e pianti nei primi mesi di vita; timido, silenzioso, un po' enigmatico. Ha ricercato eventi negativi ("è capitato qualcosa a scuola o in famiglia?") e ha preso in considerazione, al riacutizzarsi degli episodi di DAF, la diagnosi di melanoma della mamma, senza però, apparentemente, comunicare alla famiglia il suo percorso di pensiero.

Nell'espone la diagnosi ha evitato gli errori più comuni. Non ha detto: "Non ha niente" (dunque finge?); "È un dolore psicomatico" (che vuol dire?); "Non si può curare" (è incurabile!).

Ma probabilmente le sue parole sono state "non esaurienti" sulle cause del dolore e in parte contraddittorie (ha evocato sintomi minacciosi ai quali porre attenzione e ha prescritto farmaci).

Successivamente, quando il continuo ricorso al medico ha dimostrato che le rassicurazioni non erano state sufficienti, ha probabilmente attribuito l'insuccesso all'ansia familiare (in una semplificazione nella quale noi pediatri siamo maestri!) e non ha verificato la cosa più banale, cioè se i genitori e il bambino avessero realmente capito le origini del problema.

Non sembra, infine, che abbia tentato di coinvolgere il ragazzino. Chiedergli semplicemente, per esempio: "Cosa fai quando hai mal di pancia?" o: "C'è qualcosa che ti fa stare meglio?", significa dare voce e spazio al vero paziente e attivare le sue risorse. Le risposte del bambino possono, inoltre, in certi casi, aiutare il medico a intuire qualcosa dei modelli di "malato" e delle dinamiche familiari, a conoscere quanta autonomia viene riconosciuta al bambino, a cogliere l'esistenza di eventuali vantaggi secondari

del sintomo. Anche la domanda: "Cosa sai della malattia della mamma?" può aiutare genitori e bambino a riflettere sull'impatto della diagnosi di melanoma nella mente di Alessandro.

Terapia: la dieta

Il pediatra non parla mai di dieta con Alessandro e la sua famiglia. In effetti nel colon irritabile nessuna delle più comuni modificazioni dietetiche (dieta "in bianco", povera di grassi, di alimenti "irritanti" ecc.) è efficace. È comunque documentato che una parte di ciò che introduciamo con l'alimentazione non viene completamente scissa e assorbita dall'intestino umano, e rimane a disposizione della flora batterica intestinale che la fermenta, con produzione di gas (CO₂, H₂, CH₄) e di piccole molecole che richiamano acqua per effetto osmotico, costituendo quindi, in alcuni soggetti, dei triggers per la sintomatologia addominale. Tra queste sostanze "fisiologicamente malassorbite" troviamo il lattosio (la prevalenza del fisiologico deficit di lattasi di tipo adulto cresce con l'età, dal 25% dei bambini di 6-8 anni al 56% di quelli di 11-13), il fruttosio (male assorbito dall'intestino in assenza di eguali quantità di glucosio) e il sorbitolo (non assorbito dall'intestino).

Fruttosio e sorbitolo sono largamente utilizzati come dolcificanti artificiali, ma sono anche naturalmente presenti nei succhi di frutta. Più di recente, sono stati identificati con l'acronimo FODMAPs (Fermentable Oligo-, Di-, Mono-saccharides And Polycols) numerosi componenti alimentari non completamente assorbiti e potenzialmente responsabili di sintomatologia addominale [9]. Va comunque ricordato che non si tratta MAI di malassorbimenti "completi" e che i sintomi sono sempre dose-dipendenti. Ne consegue che non sono per lo più necessarie diete "terroristiche" ("... *deve eliminare completamente...*"), ma ci si può limitare a ridurre il consumo (o a eliminare gli eccessi) della sostanza sospettata.

Si poteva, dunque, suggerire ad Alessandro di provare a utilizzare un latte povero di lattosio (senza eliminare formaggi o altri derivati) e a escludere (o limitare) succhi di frutta, bevande "pronte" come tè o tisane in polvere, caramelle, chewing gum e dolciumi in genere.

Terapia: i farmaci

Nessun farmaco (probiotici, antispastici ecc.) si è dimostrato efficace nel colon irritabile, tranne l'olio di menta piperita [10]. Il pediatra può prescrivere 1-2 compresse (gastroprotette) di olio di menta piperita (tre volte al dì per cicli di quindici giorni, oppure, meglio, "al bisogno" coinvolgendo il bambino nella gestione del suo sintomo): possono ridurre il dolore (non i sintomi correlati come meteorismo e urgenza a defecare) e sono prive di effetti collaterali.

Terapia: il placebo

Il pediatra, come capita spesso, ha prescritto esami (in particolare la calprotectina) per "rassicurare" i genitori ma ha ottenuto l'effetto di aumentare l'ansia e la medicalizzazione.

Ha inoltre prescritto farmaci di dubbia utilità, probabilmente con la speranza di ottenere un effetto placebo. Per ottenere un effetto placebo consistente, però, non basta prescrivere, più o meno volentieri, "qualcosa". È necessario prescrivere rispettando alcune condizioni, tra cui quella che anche il medico sia convinto dell'utilità dell'intervento. La prescrizione del placebo, comunque, al di là dell'efficacia, ci pare abbia numerosi risvolti etici che sarebbe interessante discutere e che qui proviamo solo ad accennare. Ci sembra si basi su un rapporto medico-paziente non trasparente; che abbia effetti di diseducazione sanitaria; che non rispetti il bambino (il quale subisce trattamenti per sedare l'ansia spesso non sua, ma dei genitori); e anche che utilizzi male i soldi pubblici.

Puntare sull'effetto placebo ci sembra una modalità ingannevole di utilizzare la risorsa della mente. Puntare invece sulla conoscenza dell'origine del malessere rappresenta una modalità "leale" e che non crea dipendenza dal medico e dal medicinale [11].

E se non basta? Se la spiegazione "è esauriente", ma il problema rimane importante e condiziona aspetti rilevanti della vita del bambino?

È possibile che l'ipervisceralgia costituzionale sia modulata e alimentata da eventi ambientali e affettivi. Un dolore mentale non espresso, un lutto non elaborato, lo sgomento all'idea di perdere un genitore, una non compresa separazione da una figura affettivamente rile-

COSA ABBIAMO IMPARATO

Il dolore addominale funzionale è un chiaro esempio di come, per quanto riguarda la salute, gli aspetti biologici, psicologici e sociali siano strettamente interconnessi. Per affrontarlo è indispensabile che il medico:

1. abbia ben presenti i "criteri di Roma III" e i segnali di allarme;
2. conosca gli aspetti biologici del DAF (ipervisceralgia, ipermotilità ecc.) per evitare di sopravvalutare gli aspetti psicologici e sociali;
3. sia capace di spiegare a genitori e bambino cos'è un dolore funzionale;
4. parli direttamente anche al bambino, per fargli capire cosa gli stia succedendo, come attivare le sue risorse, come convivere con il disturbo;
5. sappia che la sola spiegazione esauriente dei sintomi è risolutiva in più del 90% dei casi, per cui si riduce molto la necessità di ricorrere a terapie "placebo" o a esami "per rassicurare", con tutti i problemi che queste scelte aprono;
6. sappia, quando è necessario, aiutare la famiglia ad allargare lo sguardo sui vari ambiti di vita del bambino per metterne in luce eventuali difficoltà e, in casi selezionati, sappia accompagnare famiglia e bambino a chiedere un aiuto psicologico.

vante, una violenza patita o temuta, una persecuzione subita possono influire sulla percezione e sull'evoluzione del dolore addominale.

È necessario, perciò, allargare l'anamnesi al contesto familiare, scolastico, amicale e più generalmente sociale del bambino. Il pediatra dovrà, poi, utilizzare con prudenza le informazioni acquisite, senza cadere in psicologismi avventati e interpretazioni semplicistiche.

Potrà al massimo ipotizzare, ed eventualmente suggerire, che un determinato evento abbia rivestito per il bambino un'importanza maggiore di quanto la famiglia pensasse, senza mai stabilire collegamenti di causa-effetto monodirezionali (dall'evento al sintomo) e aiutando i genitori a considerare il bambino come un soggetto unico e complesso, frutto dell'interazione fra elementi fisici,

biologici, familiari, relazionali e ambientali.

Quando gli elementi di difficoltà e sofferenza psicologica appaiono importanti, sarà compito del pediatra, dopo aver spiegato il sintomo e averlo collocato nelle giuste dimensioni, accompagnare la famiglia a utilizzare gli strumenti della psicologia e, se necessario, della psicoterapia. ♦

Questo caso è stato presentato, in parte, al XXIV Congresso Nazionale ACP (Torino 2012).

Ringraziamo il dottor Massimo Fontana che ha accettato di rivedere l'articolo in tutti i suoi aspetti e soprattutto per la disponibilità, il sostegno e il fondamentale contributo di questi anni alla formazione dei pediatri della Regione Piemonte.

Bibliografia

[1] Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology* 2006;130(5):1519-26.

[2] Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterology* 2006;130(5):1527-37.

[3] Primavera G, Magazzù G. Il pediatra e i disturbi gastrointestinali funzionali. Con riferimento ai criteri di Roma III. *Medico e Bambino* 2011;30(5):289-95.

[4] Primavera G, Amoroso B, Barresi A, et al. Clinical utility of Rome criteria managing functional gastrointestinal disorders in pediatric primary care. *Pediatrics* 2010;125(1):155-61. doi: 10.1542/peds.2009-0295.

[5] Di Lorenzo C, Colletti RB, Lehmann HP, et al. (AAP Subcommittee and NASPGHAN Committee on chronic abdominal pain). Chronic Abdominal pain in Children: a technical report of the American Academy of Pediatrics and the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2005;40(3):249-61.

[6] Benini F, Manfredini M, Papacci P. I fondamentali della fisiopatologia del dolore per una terapia mirata. In: Benini F, Barbi E, Gangemi M, et al. Il dolore nel bambino. Strumenti pratici di valutazione e terapia. Ministero della Salute, Rodorigo Editore, 2013.

[7] Kellow JE, Azpiroz F, Delvaux M, et al. Applied principles of neurogastroenterology: physiology/motility sensation. *Gastroenterology* 2006;130(5):1412-20.

[8] Bellieni CV, Alagna MG, Buonocore G. Saturazione sensoriale: semplice ed efficace contro il dolore procedurale del neonato. *Quaderni acp* 2013;20(5):223-6.

[9] Gibson PR, Shepherd SJ. Food choice as a key management strategy for functional gastrointestinal symptoms. *Am J Gastroenterol* 2012;107(5):657-66. doi: 10.1038/ajg.2012.49.

[10] Kline RM, Kline JJ, Di Palma, Barbero GJ. Enteric-coated, pH-dependent peppermint oil capsules for treatment of irritable bowel syndrome in children. *J Pediatr* 2001;138(1):125-8.

[11] Panizon F, Fontana M. Il placebo 23 anni dopo. *Medico e Bambino* 2008;27(9):571-7.