

# Il bambino che non funziona: cosa deve sapere e saper fare il pediatra

GIORGIO COZZI, EGIDIO BARBI

IRCCS Materno-Infantile “Burlo Garofolo”, Trieste

*Poche condizioni sono più gravi per il bambino di quelle che, pur in assenza di patologia organica, gli impediscono di funzionare, di vivere la vita che gli spetta: di condividere esperienze con gli amici, di andare a scuola, di cogliere le occasioni di sviluppo e maturazione che la vita stessa gli dà, di strutturare una identità e una personalità adeguate a costruire e affrontare il futuro. Bisogna riconoscere queste situazioni di disfunzionamento, bisogna saperle affrontare con consapevolezza della loro gravità e con professionalità. Facendo sentire al bambino (e alla famiglia) il nostro coinvolgimento e il nostro supporto nel progetto riabilitativo.*

***In the Western world deficiency diseases of the body have almost been replaced by deficiency diseases of the mind.***  
J. Apley

## IL CASO

F., bambino di quasi 12 anni, viene in Pronto Soccorso accompagnato dai genitori. Proviene da un'altra Regione. La sua storia inizia due anni prima, in autunno, quando ha avuto un accesso appendicolare e a distanza di 10 giorni dall'intervento chirurgico un'occlusione intestinale da verosimili aderenze. In totale l'ospedalizzazione è durata circa un mese. Nei 3 mesi successivi alla dimissione ha presentato 3 episodi di dolore addominale interpretati come da stipsi e trattati con clisteri e con prodotti naturali. Poi i dolori sono scemati di intensità, ma sono aumentati sempre più di frequenza, fino a diventare quasi quotidiani. Dall'intervento chirurgico il bambino non è più riuscito a riprendere una frequenza scolastica continuativa. I sintomi sono transitoriamente migliorati durante l'estate, ma alla ripresa della scuola sono di nuovo diventati insistenti e limitanti le attività del bambino. Nel frattempo, F. ha eseguito numerosi accertamenti per trovare la causa del proprio dolore. È stato valutato da un professore di Chirurgia, che non ha escluso che i sintomi potessero essere legati a delle aderenze intestinali e ha consigliato un'entero-risonanza, non più eseguita perché il bambino

### Key words

Adolescent, Disability, Management, Somatic symptom disorder

### Summary

*Epidemiological studies show that a considerable proportion of children and adolescents complains of physical symptoms associated with a great functional disability. At least a part of them fulfil the diagnostic criteria for a somatic symptom disorder. Somatic symptom disorder is a condition in which a patient's subjective report of physical symptoms is associated with distress, disruption of day to day functioning, or disproportionate thoughts, feelings, and behaviour regarding the symptoms. The aim of this paper is to describe anamnestic and clinical features associated with the diagnosis of somatic symptom disorder and to explain the best management for affected patients and their families.*

contestualmente è stato preso in carico da colleghi gastroenterologi, che a seguito di estese indagini diagnostiche, risultate tutte negative (esami ematici comprensivi di screening per la celiachia, ecografia dell'addome, Rx dell'addome, *breath test* al lattosio) si erano orientati per un possibile problema psicosomatico. La madre però non era convinta e continuava ad avere il dubbio che i sintomi fossero conseguenza dell'intervento chirurgico. Contestualmente ha iniziato a pensare che gli episodi di dolore variassero a seconda di quello che il bambino mangiava, ma senza riuscire a individuare

un alimento scatenante. In considerazione di questo fatto ha suggerito al curante del bambino di fargli fare degli accertamenti allergologici, e così F. ha eseguito visita allergologica con prick test e RAST per alimenti, che sono risultati tutti negativi. Nel frattempo, in considerazione dell'indicazione dei gastroenterologi, F. ha avviato un percorso psicologico. Ha eseguito 5-6 colloqui. La psicologa ha riscontrato che il bambino era tendenzialmente introverso e ansioso e aveva consigliato di eseguire una visita neuropsichiatrica che però non ha mai eseguito. Intanto, è trascorso un altro anno scolastico,

durante il quale F. ha perso quasi il 50% dei giorni di scuola.

Attualmente, lamenta dolore praticamente tutti i giorni, non vomita, non ha febbre, non ha perso peso, mangia con appetito, raramente ha dolori notturni.

La madre lo definisce introverso e selettivo nelle amicizie, spesso passa le giornate a casa sul divano giocando con la *playstation*.

Alla nostra visita F. è taciturno, le obiettività cardio-toracica e addominale sono negative, se non per la presenza di una cicatrice chirurgica addominale ben consolidata.

## COSA VUOL DIRE NON FUNZIONARE

F. è evidentemente un bambino che “non funziona”, ed è esperienza ormai comune per il pediatra, sia lavori in ambulatorio che in ospedale, quella di trovarsi di fronte a bambini e ragazzi che non funzionano o funzionano male<sup>1,3</sup>.

Ma chi è il bambino che “non funziona”? Semplicemente un bambino o un ragazzo che non riesce a svolgere le normali attività che ci si aspetta che un soggetto di quell'età svolga:

- non riesce a frequentare continuativamente la scuola;
- ha smesso di praticare sport e *hobby* che prima praticava;
- non ha un gruppo di pari o una vita sociale;
- acquisisce, nei casi più gravi, una vera e propria disabilità, caratterizzata da una *medicalizzazione incongrua* (fatta di visite specialistiche, accertamenti diagnostici, ricoveri in ospedale), *confinamento in casa* (con perdita di opportunità di vita e di crescita personale), *utilizzo di ausili* (stampelle, sedia a rotelle).

## CHE STRUMENTI SI POSSONO UTILIZZARE PER OGGETTIVARE IL NON FUNZIONAMENTO?

Esistono delle scale validate che misurano l'*impairment* funzionale del bambino o dell'adolescente. Una delle scale più frequentemente utilizzate in letteratura è la *Functional Disability Inventory* (FDI)<sup>4</sup>, che si compone di 15

domande alle quali va dato un punteggio da 0 a 4 a seconda del grado di difficoltà a svolgere l'azione indicata, con un punteggio superiore a 30 a indicare una disabilità grave. Bisogna altresì sottolineare che la FDI, come la maggior parte delle scale di *impairment* funzionale, viene utilizzata principalmente in un contesto di bambini con dolore cronico<sup>5,6</sup>.

Al di là dell'utilizzo di strumenti validati, nella nostra pratica clinica abbiamo riscontrato come semplici domande al bambino e alla famiglia (mirate a indagare quanto i sintomi limitino le normali attività del bambino con impossibilità a svolgere attività sociali, se vi sia una elevata preoccupazione per i sintomi, e quanto tempo il bambino e la famiglia impieghino a occuparsi dei sintomi stessi) possano dare bene l'idea del funzionamento del bambino<sup>7</sup>.

## QUALI SONO I DISTURBI CHE SI ASSOCIANO A UN ELEVATO IMPAIRMENT FUNZIONALE?

La letteratura su questo punto è molto chiara e dimostra che i bambini con disturbi funzionali sono quelli a maggior rischio di “non funzionare” o di “funzionare male” e di avere quindi una ridotta qualità di vita, anche quando confrontati con bambini con malattia organica<sup>8</sup>.

Per **disturbi funzionali** intendiamo sia le entità nosografiche in cui un substrato organico direttamente responsabile dei sintomi non è riconosciuto (e che hanno una precisa codifica in letteratura in termini di diagnosi e trattamento, come ad esempio diverse sindromi dolorose ricorrenti come la cefalea tensiva, i dolori addominali ricorrenti) sia disturbi la cui definizione nosologica è più vaga e la sovrapposizione con disturbi di natura esclusivamente psicologica è via via più rilevante.

Se consideriamo che la percentuale di bambini e adolescenti con disturbi funzionali arriva a un 15-20% nei diversi ambiti assistenziali<sup>6,8,9</sup>, capiamo bene quanto il problema del mancato funzionamento sia diffuso nella popolazione pediatrica.

All'apice della piramide dei bambini

che “non funzionano” troviamo i bambini affetti da disturbo da sintomo somatico, in cui il mancato funzionamento, nel senso di una sproporzionata limitazione delle attività quotidiane rispetto al sintomo lamentato, diventa criterio diagnostico principale della malattia<sup>10</sup>.

## QUANDO LA LIMITAZIONE DELLE ATTIVITÀ DIVENTA SPROPORZIONATA RISPETTO AL SINTOMO: IL DISTURBO DA SINTOMO SOMATICO (SOMATIC SYMPTOM DISORDER)

Il disturbo da sintomo somatico, che in passato era definito disturbo somatoforme, è una condizione in cui il soggetto lamenta uno o più sintomi fisici e questi sintomi si associano a un considerevole distress, caratterizzato da limitazione delle attività quotidiane e da pensieri, sentimenti e comportamenti sproporzionati rispetto ai sintomi stessi. Centrale per la diagnosi diventano quindi il vissuto e il comportamento del soggetto rispetto al sintomo. Non influisce invece sulla stessa se il sintomo derivi o meno da una malattia organica concomitante.

Il disturbo da sintomo somatico nei bambini e negli adolescenti è comune, con una prevalenza che si avvicina al 10% nei diversi ambiti assistenziali<sup>6,11</sup>. Sono più frequentemente colpiti gli adolescenti e il genere femminile.

I sintomi lamentati dai soggetti affetti da disturbo somatico possono essere i più diversi, con una predominanza di sintomi soggettivi. Il dolore, nelle sue diverse localizzazioni: cefalea, dolore addominale, toracico, osteoarticolare è sicuramente uno dei sintomi più frequentemente lamentati. Altri sintomi tipici sono: nausea, vomito, astenia, vertigini, palpitazioni, difficoltà di deglutizione, fiato corto, fame d'aria, disuria e sintomi neurologici come parestesie, paralisi, deficit visivo o uditivo, amnesia, sincope o convulsioni.

Gli attuali criteri diagnostici in accordo con il DSM V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5<sup>a</sup> ed.*) sono riportati in *Tabella I*.

In accordo con l'ultimo criterio diagnostico non si potrebbe porre diagnosi del disturbo prima che siano trascorsi

## CRITERI DIAGNOSTICI PER IL DISTURBO DA SINTOMO SOMATICO (SOMATIC SYMPTOM DISORDER)

- A. Uno o più sintomi fisici che causano distress e che condizionano significativamente la vita quotidiana
- B. Eccessivi pensieri, sentimenti e comportamenti legati al sintomo fisico o associati a preoccupazione sulla salute, che si manifestano in almeno uno dei modi seguenti:
- pensieri sproporzionati o persistenti sulla gravità del sintomo
  - persistente ed elevato stato d'ansia sulla salute o sul sintomo
  - eccessivi tempo ed energia impiegati sul sintomo o sulla salute
- C. Il soggetto deve essere sintomatico per almeno 6 mesi

Tabella 1. Criteri diagnostici per il disturbo da sintomo somatico secondo il DSM V.

6 mesi dall'esordio dei sintomi. Non essendo definita alcuna specificità diagnostica per i soggetti in età evolutiva, riteniamo che per porre diagnosi non sia prudente attendere 6 mesi, ma che già dopo 1 mese di grave limitazione delle attività (assenteismo scolastico, abbandono di attività ludiche e/o difficoltà di relazione con il gruppo di pari) vada posto il sospetto diagnostico<sup>11</sup>. Non diagnosticare un disturbo da sintomo somatico può avere gravi ripercussioni sulla prognosi del soggetto affetto e anche sulla sua famiglia. Infatti, le caratteristiche del disturbo fanno sì che il mancato funzionamento possa progressivamente coinvolgere l'intero nucleo familiare, fino, nei casi più gravi, a comportarne la disgregazione. Al contrario una diagnosi precoce e una corretta presa in carico influenzano positivamente l'*outcome* dei soggetti affetti<sup>12</sup>.

### CAMPANELLI DI ALLARME: UNA ANAMNESI, UNA DIAGNOSI

Le informazioni cliniche e anamnestiche che possono aiutare il pediatra a porre la diagnosi sono: una durata molto lunga dei sintomi senza che nel corso del tempo siano comparse delle "bandierine rosse" suggestive di malattia organica; la ripetuta normalità di indagini diagnostiche (strumentali e biochimiche) e l'obiettività clinica; la progressiva limitazione delle attività quotidiane, che deve essere sempre ricercata e valorizzata: frequenza scolastica, partecipazione ad attività ludiche, capacità di portare a termine i propri *hobby*, frequentazione del gruppo di pari. Una diagnosi differenziale deve es-

sere posta con i disturbi fittizi con guadagno per il soggetto, come il *malin-gering*, o provocati, come la sindrome di Münchhausen *by proxy*.

### ESISTE UN'EZIOPATOGENESI DEL DISTURBO DA SINTOMO SOMATICO?

#### I fattori predisponenti

Esistono fattori predisponenti lo sviluppo di un disturbo da sintomo somatico che si possono ricercare nel bambino, nella famiglia e soprattutto nel rapporto tra di essi<sup>13,14</sup>.

Sono più a rischio di sviluppare un disturbo da sintomo somatico bambini con un temperamento internalizzante, insicuro o che tendono al perfezionismo. A rischio sono anche i bambini con malattia cronica o con lieve deficit intellettivo.

Famiglie a rischio sono quelle in cui vi siano eccessive aspettative sul bambino, famiglie in cui un genitore ha una vera psicopatologia (disturbo d'ansia o depressione), in cui vi sia un familiare con malattia cronica o in cui vi sia un modo di reagire allo stress (*coping style*) stereotipato verso la somatizzazione.

Sono famiglie in cui la relazione intrafamiliare non permette al bambino di esprimere un disagio o un distress emotivo se non attraverso un sintomo fisico o in cui al manifestarsi di un sintomo fisico vi è da parte della famiglia una risposta tendente all'amplificazione e alla difficoltà o incapacità di razionalizzare e affrontare il problema.

#### I fattori precipitanti

Nel contesto di una famiglia e di un bambino predisposti allo sviluppo del disturbo vi può essere un evento che fa

precipitare il tutto. Tale evento può essere una malattia acuta o un incidente (nel caso di F. è stato l'appendicite acuta complicata); un lutto o una disgregazione familiare, in cui vi può essere anche una strumentalizzazione conscia o inconscia del sintomo<sup>15</sup>; una catastrofe sociale o personale, come quella vissuta da bambini vittime di guerre o persecuzioni o da bambini vittime di abuso psicologico, fisico o sessuale<sup>16,17</sup>; la presenza di un eccessivo stress ambientale/sociale, come può essere quella di una eccessiva pressione scolastica.

### Il ruolo della scuola

L'eccessiva pressione scolastica o l'eccessiva pressione familiare in questo ambito possono essere un fattore precipitante per lo sviluppo di un disturbo da sintomo somatico. Prova ne è che, in una società in cui notoriamente le richieste scolastiche e le aspettative sul bambino, sia da parte della famiglia che della scuola, sono molto elevate, vi è una altissima incidenza di disturbi psicosomatici<sup>18</sup>.

Inoltre le relazioni scolastiche tra pari e in particolare il bullismo e il *cyberbullismo* sono fattori scatenanti riconosciuti in letteratura per lo sviluppo di un disturbo da sintomo somatico<sup>19</sup>.

Il pediatra però non deve guardare alla scuola solo come un fattore scatenante il problema, ma come una vera e propria cartina di tornasole della funzionalità del bambino. L'assenteismo scolastico è infatti una caratteristica peculiare dei bambini affetti da disturbo da sintomo somatico e deve pertanto essere sempre attivamente ricercato e valorizzato da parte del pediatra. Il miglioramento dei sintomi durante le vacanze estive è spesso riportato dalle famiglie di questi bambini. E infatti la frequenza e l'intensità dei sintomi in questi bambini tipicamente correla con l'aumento delle richieste quotidiane.

L'assenteismo scolastico risulta essere anche un fattore perpetuante il disturbo<sup>20</sup>, nel senso che più il bambino rimane a casa da scuola, più il problema tende a strutturarsi e più è difficile la ripresa della frequenza scolastica. Pertanto il coinvolgimento degli insegnanti nella gestione del bambino con

disturbo da sintomo somatico è fondamentale, con l'obiettivo di una ripresa della frequenza scolastica il più possibile tempestiva e "protetta".

### **I fattori perpetuanti**

Fattori che possono contribuire a mantenere nel tempo un disturbo da sintomo somatico sono, ad esempio, un atteggiamento disfunzionale del bambino e della famiglia nei confronti del sintomo stesso. In questo senso particolare attenzione va posta alla presenza di un atteggiamento catastrofista o di un eccessivo senso di ingiustizia. L'atteggiamento catastrofista è definito in letteratura come una risposta abnorme di preoccupazione, associata a una lettura in chiave patologica di eventi anche banali, che genera atteggiamenti iperprotettivi o disfunzionali. L'atteggiamento catastrofista è misurabile e quantificabile attraverso questionari validati sia per il bambino che per i genitori<sup>21,23</sup>.

L'atteggiamento catastrofista e il senso di ingiustizia giocano un ruolo rilevante nel condizionare in senso negativo l'intensità del sintomo e la disabilità a esso associata.

I bambini e gli adolescenti con malattia cronica, come già anticipato, sono a rischio di sviluppare un disturbo da sintomo somatico e vi sono sempre più evidenze sul grande peso che in questi soggetti rivestono i fattori psicologici riguardo l'entità dei sintomi riportati, il funzionamento e il benessere generale<sup>24</sup>.

### **LA COMORBIDITÀ PSICHIATRICA**

Un altro fattore perpetuante il disturbo può essere la presenza di una comorbidità psichiatrica. Depressione e disturbo d'ansia sono i disturbi che più frequentemente sono presenti in comorbidità con il disturbo da sintomo somatico, con una percentuale che può arrivare al 30% dei casi, e devono pertanto essere sempre ricercati<sup>25,26</sup>. Il pediatra deve avere in mente che i bambini con disturbo da sintomo somatico sono a rischio di sviluppare una depressione o un disturbo d'ansia e che il disturbo da sintomo somatico può essere considerato un *marker* precoce di disturbo di salute mentale.

### **IL RAPPORTO TRA IL PEDIATRA, IL BAMBINO E LA FAMIGLIA**

Infine va tenuto presente e analizzato il ruolo che hanno il pediatra di famiglia, i pediatri e/o i medici specialisti chiamati in consulenza e il rapporto tra loro e la famiglia nel perpetuare il disturbo.

I bambini che non funzionano e le loro famiglie vengono spesso percepiti come il tallone di Achille del pediatra e del medico di medicina generale<sup>27</sup>, in quanto frequentemente i sintomi sfuggono a una chiara categorizzazione diagnostica; il pediatra e il consulente specialista hanno il timore di sottovalutare o non diagnosticare una malattia organica, magari rara; possono avere un pregiudizio negativo nei confronti del soggetto e della famiglia o spesso possono sentire di non avere nel loro bagaglio professionale gli strumenti necessari ad affrontare tale sintomatologia. Tanto il pediatra si sente a suo agio nel prescrivere l'amoxicillina, tanto si sente in difficoltà quando deve prescrivere alla famiglia un approfondimento psicologico<sup>28</sup>. Dall'altro canto ci può essere da parte del soggetto, spesso adolescente, o della famiglia, la paura di una malattia grave, di cui non si riesce a trovare la causa e verso i quali i comuni rimedi farmacologici non sono efficaci. Ci può essere inoltre il timore di non essere creduti o il rifiuto rispetto al fatto che un sintomo fisico possa sottendere un disturbo psicologico, con la stigma familiare e sociale che esso comporta. Tutti questi aspetti facilitano l'instaurarsi di un circolo vizioso fatto di sfiducia, continua ricerca di nuovi pareri medici e professionali in genere e continua prescrizione di accertamenti diagnostici, che non fanno altro che perpetuare e strutturare il disturbo.

### **COME UTILIZZARE IL NON FUNZIONAMENTO**

Il pediatra deve sempre indagare attivamente il funzionamento del bambino. Il mal funzionamento deve essere utilizzato per oggettivare un disagio o una difficoltà. Nei confronti di un bambino che ha sintomi da diverso tempo bisogna ricercare l'assenteismo scola-

stico, l'abbandono delle attività e l'isolamento sociale, come si cercano i fischi all'auscultazione del torace di un bambino che ha una bronchite asmatica. L'*impairment* funzionale va utilizzato inoltre per stimare la gravità del disturbo. Più è lunga la durata dei sintomi, più è consistente l'*impairment* funzionale, più è grave il bambino.

### **CHE COSA DEVE FARE IL PEDIATRA DAVANTI A UN BAMBINO CHE NON FUNZIONA**

Non ci sono chiare linee guida o indicazioni su come approcciare i bambini affetti da disturbo da sintomo somatico e le loro famiglie, ma è riconosciuto che più la diagnosi è tardiva, più il disturbo tende a strutturarsi e a persistere nell'età adulta, come tale o sfociando in una patologia psichiatrica<sup>29</sup>.

Il pediatra ha un ruolo cruciale. In primo luogo deve essere in grado di formulare una diagnosi in positivo del disturbo e deve spiegare alla famiglia che la sua non è una diagnosi di esclusione o una diagnosi di un'entità poco chiara, ma che il bambino è affetto da una malattia precisa con criteri diagnostici noti e universalmente riconosciuti. Alle volte, la semplice chiarificazione della diagnosi porta al miglioramento e alla progressiva risoluzione dei sintomi. La diagnosi, come detto, deve essere posta in maniera positiva e deve essere gradualmente esplicitata al soggetto e alla famiglia, tenendo presente le caratteristiche di entrambi. Infatti spesso vi sono una scarsa comprensione e un rifiuto davanti a una diagnosi di questo tipo. È indispensabile che il pediatra di famiglia resti un costante riferimento nel processo di diagnosi e di cura.

Il pediatra deve rispondere al continuo bisogno di rassicurazione della famiglia programmando frequenti visite per monitorare l'andamento dei sintomi e l'efficacia delle strategie terapeutiche messe in atto. Deve concordare con il bambino e la famiglia il raggiungimento di piccoli traguardi progressivi rispetto alla ripresa della funzionalità che siano facilmente ottenibili e valorizzabili. Deve spostare l'attenzione della famiglia dalla continua ricerca della causa del

sintomo alla ripresa della funzionalità e della socialità del bambino, puntando a mantenere la fiducia della famiglia e limitando il più possibile il *doctor shopping* e l'eccessiva e incongrua medicalizzazione del bambino.

Qualora il bambino abbia bisogno di approfondimenti specialistici, il pediatra dovrebbe agire in modo che tali accertamenti siano concordati e condivisi tra i diversi specialisti cercando di limitare l'apertura di nuovi fronti diagnostici, spesso incongrui, che rischiano

### MESSAGGI CHIAVE

□ Di fronte a un bambino o un adolescente che lamenta sintomi di lunga durata, il pediatra deve sempre indagare quanto questi sintomi limitano le normali attività quotidiane del soggetto.

□ La diagnosi di disturbo da sintomo somatico può essere posta "in positivo" e ci sono elementi anamnestici che si associano a tale condizione: lunga durata dei sintomi (mesi, anni), obiettività ripetutamente negativa, numerosi accertamenti diagnostici non contributivi, eccessiva preoccupazione da parte del soggetto e della famiglia nei riguardi dei sintomi e sproporzionata limitazione delle attività quotidiane rispetto agli stessi.

□ Di fronte a un bambino con una storia suggestiva di disturbo da sintomo somatico deve essere sempre ricercata una comorbidità psichiatrica, in *primis* depressione e disturbo d'ansia.

□ Il pediatra dovrebbe provare a mantenere la fiducia della famiglia e a spostare l'attenzione della famiglia dalla ricerca della causa dei sintomi alla ripresa della funzionalità del bambino.

□ Il medico chiamato in consulenza che ritiene di essere davanti a una storia suggestiva di disturbo da sintomo somatico dovrebbe mettere per iscritto il suo sospetto diagnostico e comunicarlo direttamente al medico curante.

□ La terapia deve coinvolgere tutte le figure professionali che ruotano attorno al bambino e alla famiglia in modo da condividere il programma terapeutico, che deve essere mirato a una graduale ripresa delle attività quotidiane, all'avvio di una terapia psicologica di supporto e a limitare il più possibile una medicalizzazione incongrua.

di alimentare l'insicurezza della famiglia. Il pediatra dovrebbe presentare attivamente il caso allo specialista e non solo inviarlo, esplicitando al consulente, la propria ipotesi diagnostica.

Nella gestione del bambino vanno coinvolte tutte le figure professionali che ruotano intorno al bambino stesso e alla famiglia: insegnanti, allenatori, maestri, in modo che vi sia una presa di coscienza collettiva del problema e si cerchi una ripresa quanto più possibile precoce della funzionalità del bambino, partendo dalle attività che più gli piacciono. In questo senso il pediatra deve concordare con la famiglia e la scuola un piano per la ripresa quanto più possibilmente precoce e "protetta" della frequenza scolastica.

Deve essere incoraggiato l'avvio di una terapia psicologica sia per il bambino che per la famiglia. Le terapie psicologiche (terapia cognitivo comportamentale, ipnosi, *biofeedback*, rilassamento) sono infatti dimostratamente efficaci nel ridurre il carico dei sintomi e nel migliorare la funzionalità di soggetti affetti da disturbo da sintomo somatico<sup>30</sup>.

In caso di una consistente limitazione delle attività quotidiane, con perdita di opportunità di vita e crescita personale, il bambino deve eseguire una valutazione neuropsichiatrica per escludere una comorbidità psichiatrica che, nel caso, deve essere riconosciuta e trattata, se indicato, anche farmacologicamente. Il pediatra non dovrebbe invece continuare a prescrivere farmaci (ad esempio antidolorifici) se non efficaci.

Nei casi più gravi può essere necessario un ricovero ospedaliero per meglio esplicitare alla famiglia e al soggetto la natura del problema e per avviare una vera e propria riabilitazione al funzionamento con il coinvolgimento di diverse figure professionali: pediatra, psicologo, neuropsichiatra, fisioterapista<sup>31,32</sup>, che comunque deve essere coordinata dal pediatra di famiglia. Si deve formare un'alleanza terapeutica tra le diverse figure professionali in modo da contenere le paure, l'ansia e la continua e sempre diversa ricerca di risposte da parte della famiglia. Qualunque specialista si trovi, nel contesto di una visita ambulatoriale o di un ricovero ospedaliero, di fronte a un bambi-

no e a una famiglia con sintomi e comportamenti riconducibili a un disturbo da sintomo somatico è tenuto a esplicitare per iscritto il proprio sospetto diagnostico e a comunicarlo direttamente al medico curante.

Il pediatra deve essere conscio del fatto che, se non precocemente individuato e trattato nel modo appropriato, il disturbo può evolvere in una vera e propria malattia psichiatrica o può condurre il soggetto che diventa adulto a una disabilità permanente.

### Indirizzo per corrispondenza:

Giorgio Cozzi

e-mail: [giorgio.cozzi@burlo.trieste.it](mailto:giorgio.cozzi@burlo.trieste.it)

### Bibliografia

1. Cozzi G, Minute M, Ventura G, Barbi E. Mental health problems in children and adolescents in the Emergency Department: "The times they are a-changin". *Pediatr Emerg Care* 2017;33(7):e8.
2. The Lancet. Making the most out of crisis: child and adolescent mental health in the emergency department. *Lancet* 2016;388(10048):935.
3. Malas N, Donohue L, Cook RJ, Leber SM, Kulgren KA. Pediatric somatic symptom and Related disorders: primary care provider perspectives. *Clin Pediatr (Phila)* 2017;9922817727467 [Epub ahead of print].
4. Walker LS, Greene JW. The functional disability inventory: measuring a neglected dimension of child health status. *J Pediatr Psychol* 1991;16(1):39-58.
5. Claar RL, Walker LS. Functional assessment of pediatric pain patients: psychometric properties of the functional disability inventory. *Pain* 2006;121(1-2):77-84.
6. Kashikar-Zuck S, Flowers SR, Claar RL, et al. Clinical utility and validity of the Functional Disability Inventory among a multicenter sample of youth with chronic pain. *Pain* 2011;152(7):1600-7.
7. Cozzi G, Minute M, Skabar A, et al. Somatic symptom disorder was common in children and adolescents attending an emergency department complaining of pain. *Acta Paediatr* 2017;106(4):586-93.
8. Varni JW, Bendo CB, Nurko S, et al.; Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) Gastrointestinal Symptoms Module Testing Study Consortium. Health-related quality of life in pediatric patients with functional and organic gastrointestinal diseases. *J Pediatr* 2015;166(1):85-90.
9. Schechter NL. Functional pain: time for a new name. *JAMA Pediatr* 2014;168(8):693-4.

10. Eminson DM. Medically unexplained symptoms in children and adolescents. *Clin Psychol Rev* 2007;27(7):855-71.
11. Minute M, Cozzi G, Barbi E. An adolescent with disabling abdominal pain. *BMJ* 2016;355:i6101.
12. Jackson JL, Kroenke K. Prevalence, impact, and prognosis of multisomatoform disorder in primary care: a 5-year follow-up study. *Psychosom Med* 2008;70(4):430-4.
13. Chun TH, Mace SE, Katz ER; American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine, American College of Emergency Physicians; Pediatric Emergency Medicine Committee. Executive summary: Evaluation and management of children with acute mental health or behavioral problems. Part II. Recognition of clinically challenging mental health related conditions presenting with medical or uncertain symptoms. *Pediatrics* 2016;138(3) [Epub 2016 Aug 22].
14. Budtz-Lilly A, Schröder A, Rask MT, Fink P, Vestergaard M, Rosendal M. Bodily distress syndrome: A new diagnosis for functional disorders in primary care? *BMC Fam Pract* 2015;16:180.
15. Malas N, Ortiz-Aguayo R, Giles L, Ibeziako P. Pediatric somatic symptom disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2017;19(2):11.
16. van Gils A, Janssens KA, Rosmalen JG. Family disruption increases functional somatic symptoms in late adolescence: the TRAILS study. *Health Psychol* 2014;33(11):1354-61.
17. Bonvanie IJ, Janssens KA, Rosmalen JG, Oldehinkel AJ. Life events and functional somatic symptoms: A population study in older adolescents. *Br J Psychol* 2017;108(2):318-33.
18. Hesketh T, Zhen Y, Lu L, Dong ZX, Jun YX, Xing ZW. Stress and psychosomatic symptoms in Chinese school children: cross-sectional survey. *Arch Dis Child* 2010;95(2):136-40.
19. Ibeziako R, Choi C, Randall E, Bujoreanu S. Bullying victimization in medically hospitalized patients with somatic symptom and related disorders: prevalence and associated factors. *Hosp Pediatr* 2016;6(5):290-6.
20. Janssens KA, Oldehinkel AJ, Dijkstra JK, Veenstra R, Rosmalen JG. School absenteeism as a perpetuating factor of functional somatic symptoms in adolescents: the TRAILS study. *J Pediatr* 2011;159(6):988-93.e1.
21. Crombez G, Bijttebier P, Eccleston C, et al. The child version of the pain catastrophizing scale (PCS-C): a preliminary validation. *Pain*. 2003;104(3):639-46.
22. Vervoort T, Eccleston C, Goubert L, Buysse A, Crombez G. Children's catastrophic thinking about their pain predicts pain and disability 6 months later. *Eur J Pain* 2010;14(1): 90-6.
23. Miller MM, Scott EL, Trost Z, Hirsh AT. Perceived injustice is associated with pain and functional outcomes in children and adolescents with chronic pain: a preliminary examination. *J Pain* 2016;17(11):1217-26.
24. van Tilburg MAL, Claar RL, Romano JM, et al. Psychological factors may play an important role in pediatric Crohn's disease symptoms and disability. *J Pediatr* 2017;184:94-100.e1.
25. Kaczynski K, Gambhir R, Caruso A, Lebel A. Depression as a mediator of the relation between family functioning and functional disability in youth with chronic headaches. *Headache* 2016;56(3):491-500.
26. Tran ST, Jastrowski Mano KE, Hainsworth KR, et al. Distinct influences of anxiety and pain catastrophizing on functional outcomes in children and adolescents with chronic Pain. *J Pediatr Psychol* 2015;40(8):744-55.
27. Roberts JH, Crosland A, Fulton J. "I think this is maybe our Achilles heel..." exploring GPs' responses to young people presenting with emotional distress in general practice: a qualitative study. *BMJ Open* 2013;3:e002927.
28. Basile L. Cutter. *Medico e Bambino* 2017;36(1):63-4.
29. Tierney CD, Walker-Harding LR. Early intervention for functional somatic symptoms using psychological interventions highlights the need for a medical home care model for pediatric patients. *J Pediatr* 2017;187:15-7.
30. Bonvanie IJ, Kallesoe KH, Janssens KAM, Schröder A, Rosmalen JGM, Rask CU. Psychological interventions for children with functional somatic symptoms: a systematic review and meta-analysis. *J Pediatr* 2017;187:272-81.e17.
31. Ali A, Weiss TR, Dutton A, et al. Mindfulness-based stress reduction for adolescents with functional somatic syndromes: a pilot cohort study. *J Pediatr* 2017;183:184-90.
32. Bruce BK, Harrison TE, Bee SM, et al. Improvement in functioning and psychological distress in adolescents with postural orthostatic tachycardia syndrome following interdisciplinary treatment. *Clin Pediatr (Phila)* 2016;55(14):1300-4.