



OSPEDALE SAN RAFFAELE



DOLORE ADDOMINALE: PANCIA O TESTA?

Graziano Barera, Marina Di Stefano

U.O. di Pediatria

I.R.C.C.S Ospedale San Raffaele

Università Vita-Salute San Raffaele

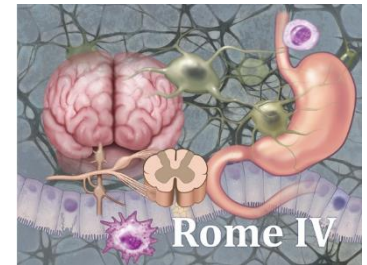
Milano



Palermo 24-25 Novembre 2017

DISTURBI FUNZIONALI GASTROINTESTINALI (FGIDs)

- Disordini dell'interazione cervello-intestino definiti dalla presenza di sintomi GI correlati a una combinazione variabile di:
 - disturbi della motilità
 - ipersensibilità viscerale
 - alterata funzione immune e mucosale
 - alterato microbiota intestinale
 - alterata elaborazione del SNC
- Rispetto ai criteri diagnostici di Roma III:
 - «nessuna evidenza di processi infiammatori, anatomici, metabolici o neoplastici che spieghino i sintomi del soggetto» sostituita da:
 - **«dopo opportuna valutazione medica, i sintomi non possono essere attribuiti ad un'altra condizione medica».**
- **Diagnosi in positivo** *in base ai sintomi e non in seguito ad esclusione di patologia organica*



Functional Gastrointestinal Disorders

A. Esophageal Disorders

- | | |
|-----------------------------|--------------------------|
| A1. Functional chest pain | A4. Globus |
| A2. Functional heartburn | A5. Functional dysphagia |
| A3. Reflux hypersensitivity | |

B. Gastroduodenal Disorders

- | | |
|---|--|
| B1. Functional dyspepsia | B3. Nausea and vomiting disorders |
| B1a. Postprandial distress syndrome (PDS) | B3a. Chronic nausea vomiting syndrome (CNVS) |
| B1b. Epigastric pain syndrome (EPS) | B3b. Cyclic vomiting syndrome (CVS) |
| B2. Belching disorders | B3c. Cannabinoid hyperemesis syndrome (CHS) |
| B2a. Excessive supragastric belching | B4. Rumination syndrome |
| B2b. Excessive gastric belching | |

C. Bowel Disorders

- | | |
|---|--|
| C1. Irritable bowel syndrome (IBS) | C2. Functional constipation |
| IBS with predominant constipation (IBS-C) | C3. Functional diarrhea |
| IBS with predominant diarrhea (IBS-D) | C4. Functional abdominal bloating/distension |
| IBS with mixed bowel habits (IBS-M) | C5. Unspecified functional bowel disorder |
| IBS unclassified (IBS-U) | C6. Opioid-induced constipation |

D. Centrally Mediated Disorders of Gastrointestinal Pain

- D1. Centrally mediated abdominal pain syndrome (CAPS)
 D2. Narcotic bowel syndrome (NBS)/
 Opioid-induced GI hyperalgesia

E. Gallbladder and Sphincter of Oddi (SO) Disorders

- E1. Biliary pain
 E1a. Functional gallbladder disorder
 E1b. Functional biliary SO disorder
 E2. Functional pancreatic SO disorder

F. Anorectal Disorders

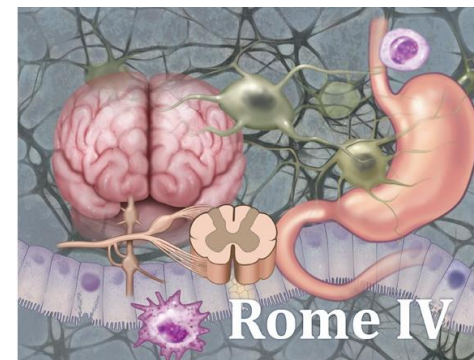
- | | |
|--|---------------------------------------|
| F1. Fecal incontinence | F2c. Proctalgia fugax |
| F2. Functional anorectal pain | F3. Functional defecation disorders |
| F2a. Levator ani syndrome | F3a. Inadequate defecatory propulsion |
| F2b. Unspecified functional anorectal pain | F3b. Dyssynergic defecation |

G. Childhood Functional GI Disorders: Neonate/Toddler

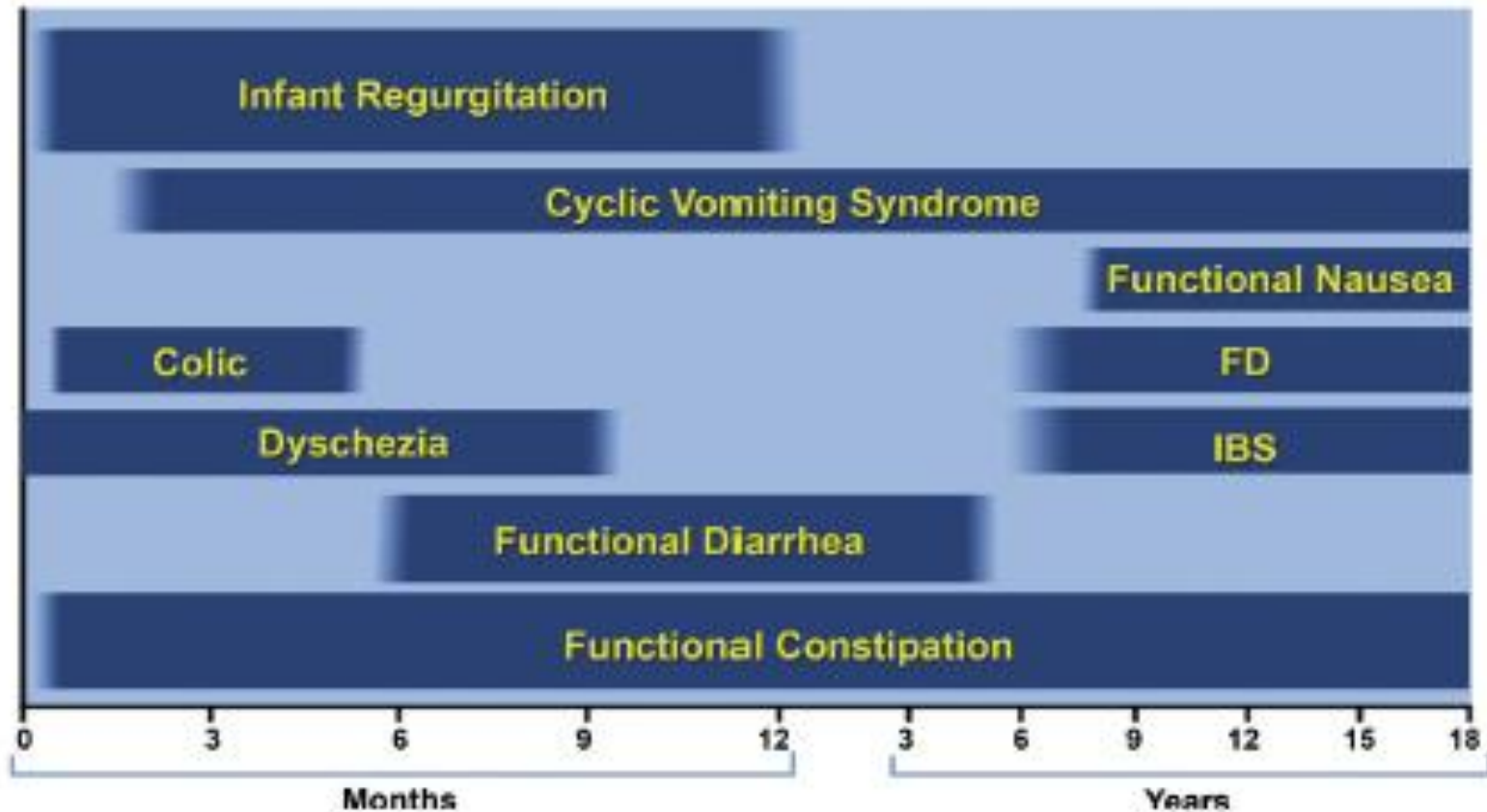
- | | |
|------------------------------------|-----------------------------|
| G1. Infant regurgitation | G5. Functional diarrhea |
| G2. Rumination syndrome | G6. Infant dyschezia |
| G3. Cyclic vomiting syndrome (CVS) | G7. Functional constipation |
| G4. Infant colic | |

H. Childhood Functional GI Disorders: Child/Adolescent

- | | |
|--|--------------------------------------|
| H1. Functional nausea and vomiting disorders | H2a1. Postprandial distress syndrome |
| H1a. Cyclic vomiting syndrome (CVS) | H2a2. Epigastric pain syndrome |
| H1b. Functional nausea and functional vomiting | H2b. Irritable bowel syndrome (IBS) |
| | H2c. Abdominal migraine |
| H1b1. Functional nausea | H2d. Functional abdominal pain – NOS |
| H1b2. Functional vomiting | H3. Functional defecation disorders |
| H1c. Rumination syndrome | H3a. Functional constipation |
| H1d. Aerophagia | H3b. Nonretentive fecal incontinence |
| H2. Functional abdominal pain disorders | |
| H2a. Functional dyspepsia | |

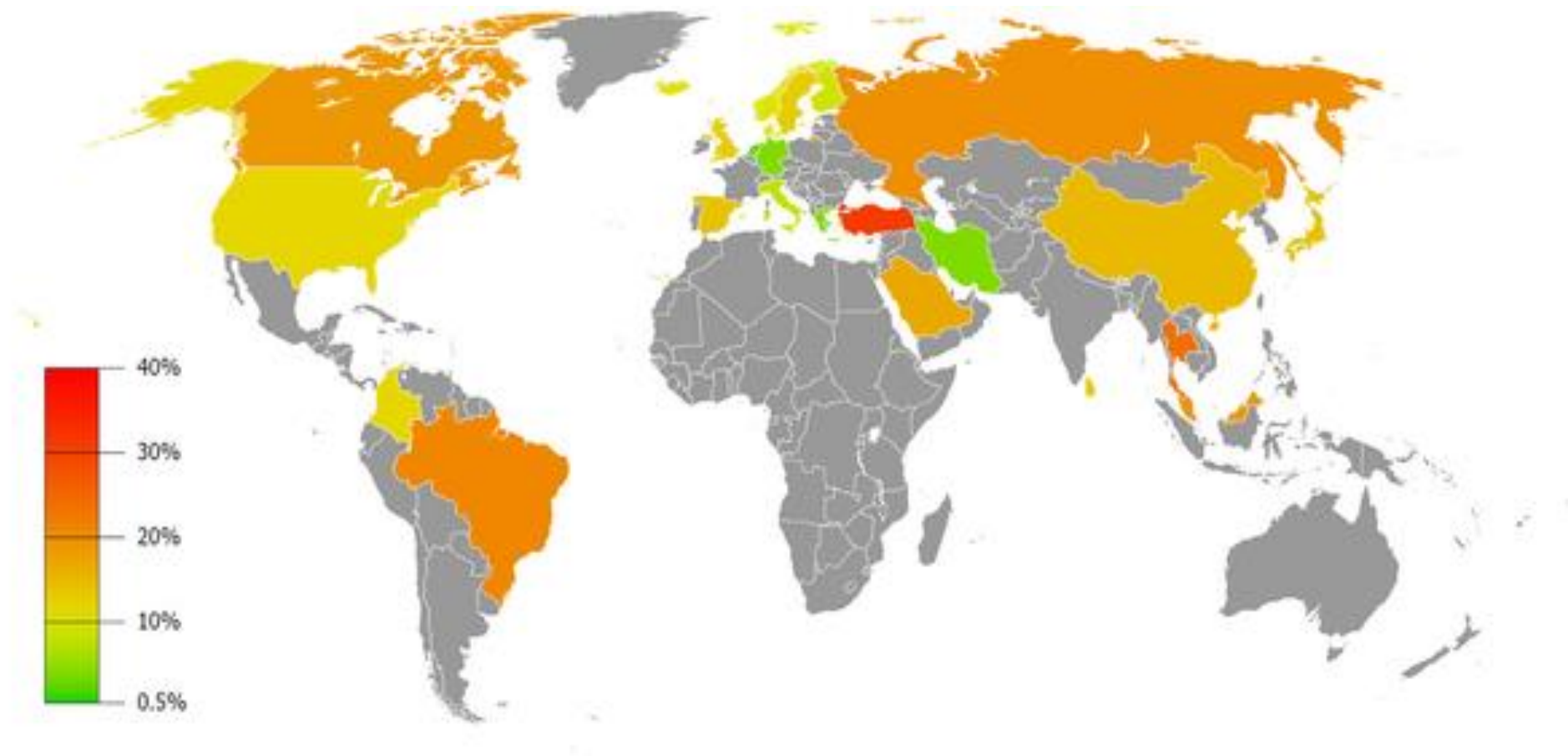


FGIDs in pediatric age



IBS, irritable bowel syndrome
FD, functional dyspepsia

Geographic distribution of functional abdominal pain in children, presented in pooled-prevalence rates.



Kortnerink JJ, et al. Epidemiology of Pediatric Functional Abdominal Pain Disorders: A Meta-Analysis. PLOS ONE 2015;10:e0126982.

Prevalence of Functional Gastrointestinal Disorders in Children and Adolescents

Study design: mothers (n = 949) of children and adolescents aged 4-18 years were recruited in the US and completed a questionnaire, including the Questionnaire on Pediatric Gastrointestinal Symptoms and the PedsQL4.0 Generic Core Scale

Table II. FGID prevalence in children and parents

FGID	Child/adolescent prevalence	Parent prevalence
	N = 949	N = 949
Any FGID	219 (23.1%)	324 (34.1%)
Functional constipation	122 (12.9%)	67 (7.1%)
Abdominal migraine	87 (9.2%)	N/A
Aerophagia	41 (4.3%)	N/A
IBS	27 (2.8%)	133 (14.0%)
Nonretentive fecal incontinence	17 (1.8%)	N/A
Cyclic vomiting syndrome	10 (1.1%)	N/A
Functional abdominal pain syndrome	8 (0.8%)	N/A
Functional abdominal pain	3 (0.3%)	N/A
Functional dyspepsia	2 (0.2%)	165 (17.4%)
Rumination	0 (0.0%)	N/A
Functional diarrhea	N/A	45 (4.7%)

N/A, not applicable.

- Using Rome III criteria by parental report, 23.1% of children and adolescents qualified for at least 1 FGID.
- There are no significant differences in FGIDs between sex, race, or ethnic groups
- Children with a FGID report a lower quality of life than healthy children.

FGDIs: Children and Adolescents

H1. Functional nausea and vomiting disorders

H1a. Cyclic vomiting syndrome

H1b. Functional nausea and functional vomiting

H1c. Rumination syndrome

H1d. Aerophagia

H2. Functional abdominal pain disorders

H2a. Functional dyspepsia

H2b. Irritable bowel syndrome

H2c. Abdominal migraine

H2d. Functional abdominal pain—not otherwise specified

H3. Functional defecation disorders

H3a. Functional constipation

H3b. Nonretentive fecal incontinence

*Rappresentano la causa
del 2-4% di tutte le visite
ambulatoriali pediatriche*

DISORDINI DA DOLORE ADDOMINALE FUNZIONALE:

DISPEPSIA FUNZIONALE

Criteri di Roma IV per la diagnosi di dispepsia funzionale (FD)

Devono essere inclusi uno o più dei seguenti sintomi, per almeno 4 giorni al mese*:

1. Ripienezza postprandiale
2. Sazietà precoce
3. Epigastralgia o pirosi, non correlate con la defecazione
4. Dopo adeguata valutazione, i sintomi non possono essere completamente spiegati da altra condizione medica

** I criteri devono essere soddisfatti per almeno 2 mesi prima della diagnosi*

Nell'ambito della FD sono adesso distinti i seguenti sottotipi:

- 
1. **Sindrome da distress postprandiale** che include una fastidiosa sensazione di ripienezza postprandiale o sazietà precoce, che impedisce di terminare un pasto normale. Caratteristiche aggiuntive includono gonfiore dell'addome superiore, nausea postprandiale o eruttazioni eccessive;
 2. **Sindrome da dolore epigastrico** che include tutti i seguenti: dolore fastidioso (severità tale da interferire con le normali attività), o bruciore epigastrico. Il dolore non è generalizzato o localizzato ad altre regioni addominali o toraciche e non è alleviato dalla defecazione o dal passaggio di flatulenza. Criteri aggiuntivi comprendono: (a) dolore urente, ma senza una componente retrosternale e (b) dolore che sia abitualmente indotto o alleviato dall'ingestione di cibo, ma che possa verificarsi anche a digiuno.
- 

- Non ci sono evidenze sufficienti per effettuare una EGDS nel sospetto di DF
- Terapia di supporto:
 - Se dolore/bruciore come sintomo predominante → antiacidi
 - Se nausea, ripienezza post-prandiale e sazietà precoce → procinetici

DISORDINI DA DOLORE ADDOMINALE FUNZIONALE: SINDROME DEL COLON IRRITABILE (IBS)

Disordine funzionale caratterizzato da dolore addominale cronico o ricorrente, associato a variazioni della frequenza evacuativa e/o della consistenza delle feci, in assenza di patologie organiche che possano giustificare la sintomatologia clinica

Criteri di Roma IV per la diagnosi di sindrome del colon irritabile (IBS)

Devono essere inclusi tutti i seguenti*:

1. Dolore addominale per almeno 4 giorni al mese, associato ad uno o più dei seguenti:
 - a. Correlazione con la defecazione;
 - b. Cambiamento nella frequenza evacuativa;
 - c. Cambiamento nell'aspetto delle feci.
2. Nei soggetti con stipsi, il dolore non si risolve con la risoluzione della stipsi (i soggetti nei quali il dolore si risolve presentano stipsi funzionale, non sindrome del colon irritabile);
3. Dopo adeguata valutazione, i sintomi non possono essere completamente spiegati da altra condizione medica.

** I criteri devono essere soddisfatti per almeno 2 mesi prima della diagnosi*

Identificazione di 4 diversi sottotipi:

- | | |
|-----------------------------|------------------------|
| 1. IBS con stipsi | 2. IBS con diarrea |
| 3. IBS con stipsi e diarrea | 4. IBS non specificata |

DISORDINI DA DOLORE ADDOMINALE FUNZIONALE: SINDROME DEL COLON IRRITABILE (IBS)

Criteri di Roma IV per la diagnosi di sindrome del colon irritabile (IBS)

Devono essere inclusi tutti i seguenti*:

1. Dolore addominale per almeno 4 giorni al mese, associato ad uno o più dei seguenti:
 - a. Correlazione con la defecazione;
 - b. Cambiamento nella frequenza evacuativa;
 - c. Cambiamento nell'aspetto delle feci.
2. Nei soggetti con stipsi, il dolore non si risolve con la risoluzione della stipsi (i soggetti nei quali il dolore si risolve presentano stipsi funzionale, non sindrome del colon irritabile);
3. Dopo adeguata valutazione, i sintomi non possono essere completamente spiegati da altra condizione medica.

** I criteri devono essere soddisfatti per almeno 2 mesi prima della diagnosi*

Identificazione di 4 diversi sottotipi:

- | | |
|-----------------------------|------------------------|
| 1. IBS con stipsi | 2. IBS con diarrea |
| 3. IBS con stipsi e diarrea | 4. IBS non specificata |

Escludere la presenza di patologie organiche:

- IBS con diarrea → infezioni, malattia celiaca, malassorbimento di carboidrati e malattie infiammatorie croniche intestinali
- IBS con stipsi → presenza di malattia celiaca

DISORDINI DA DOLORE ADDOMINALE FUNZIONALE:

EMICRANIA ADDOMINALE

Criteri di Roma IV per la diagnosi di emicrania addominale (AM)

Devono essere inclusi tutti i seguenti per almeno due volte*:

1. Episodi parossistici di dolore addominale intenso, acuto, a localizzazione periombelicale, lungo la linea mediana o diffusa, della durata di un'ora o più (dovrebbe essere il sintomo più grave e stressante);
2. Gli episodi sono intervallati tra loro di settimane o mesi;
3. Il dolore è invalidante e interferisce con le normali attività;
4. Il pattern e i sintomi sono stereotipati nel singolo paziente;
5. Il dolore è associato a due o più dei seguenti:
 - a. Anoressia
 - b. Nausea
 - c. Vomito
 - d. Cefalea
 - e. Fotofobia
 - f. Pallore
6. Dopo adeguata valutazione, i sintomi non possono essere completamente spiegati da altra condizione medica.

**I criteri devono essere soddisfatti per almeno 6 mesi prima della diagnosi*

Escludere patologie che possano causare sintomi severi a carattere episodico:

- occlusione intestinale intermittente
- ostruzione ureterale
- pancreatiti ricorrenti
- patologie delle vie biliari
- febbre familiare mediterranea
- patologie metaboliche (es. porfiria)
- patologie psichiatriche

Terapia: amitriptilina, propranololo e ciproheptadina

DISORDINI DA DOLORE ADDOMINALE FUNZIONALE:

D. A. FUNZIONALE NON ALTRIMENTI SPECIFICATO (NAS)

Criteri di Roma IV per la diagnosi di dolore addominale funzionale – non altrimenti specificato (NAS)

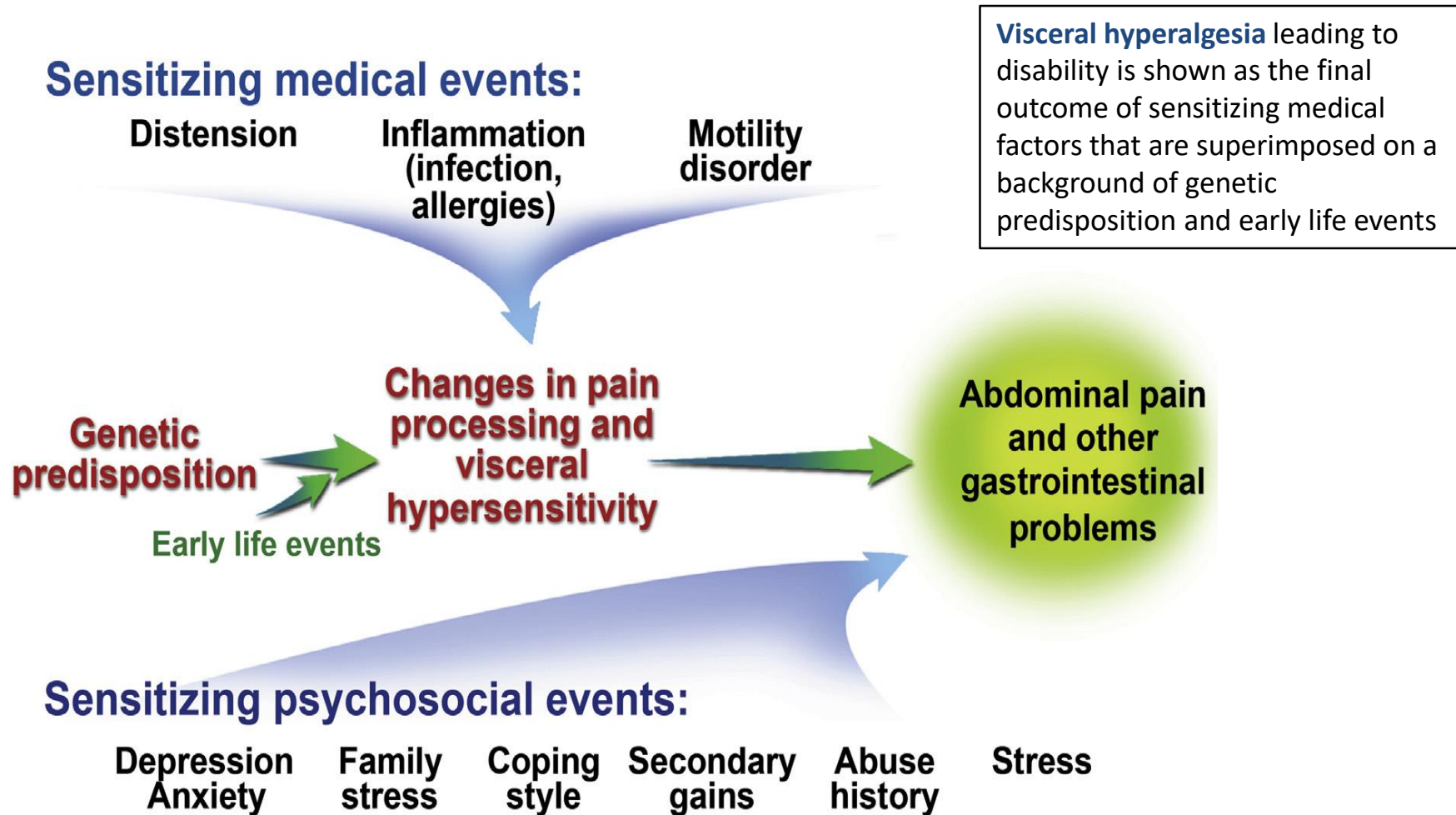
Devono essere inclusi tutti i seguenti e devono essere soddisfatti per almeno 4 volte al mese*:

1. Dolore addominale episodico o continuo che non si verifica unicamente durante gli eventi fisiologici (es. pasto, ciclo mestruale);
2. Criteri insufficienti per la diagnosi di dispepsia funzionale, sindrome del colon irritabile o emicrania addominale;
3. Dopo adeguata valutazione, i sintomi non possono essere completamente spiegati da altra condizione medica.

**I criteri devono essere soddisfatti per almeno 2 mesi prima della diagnosi*

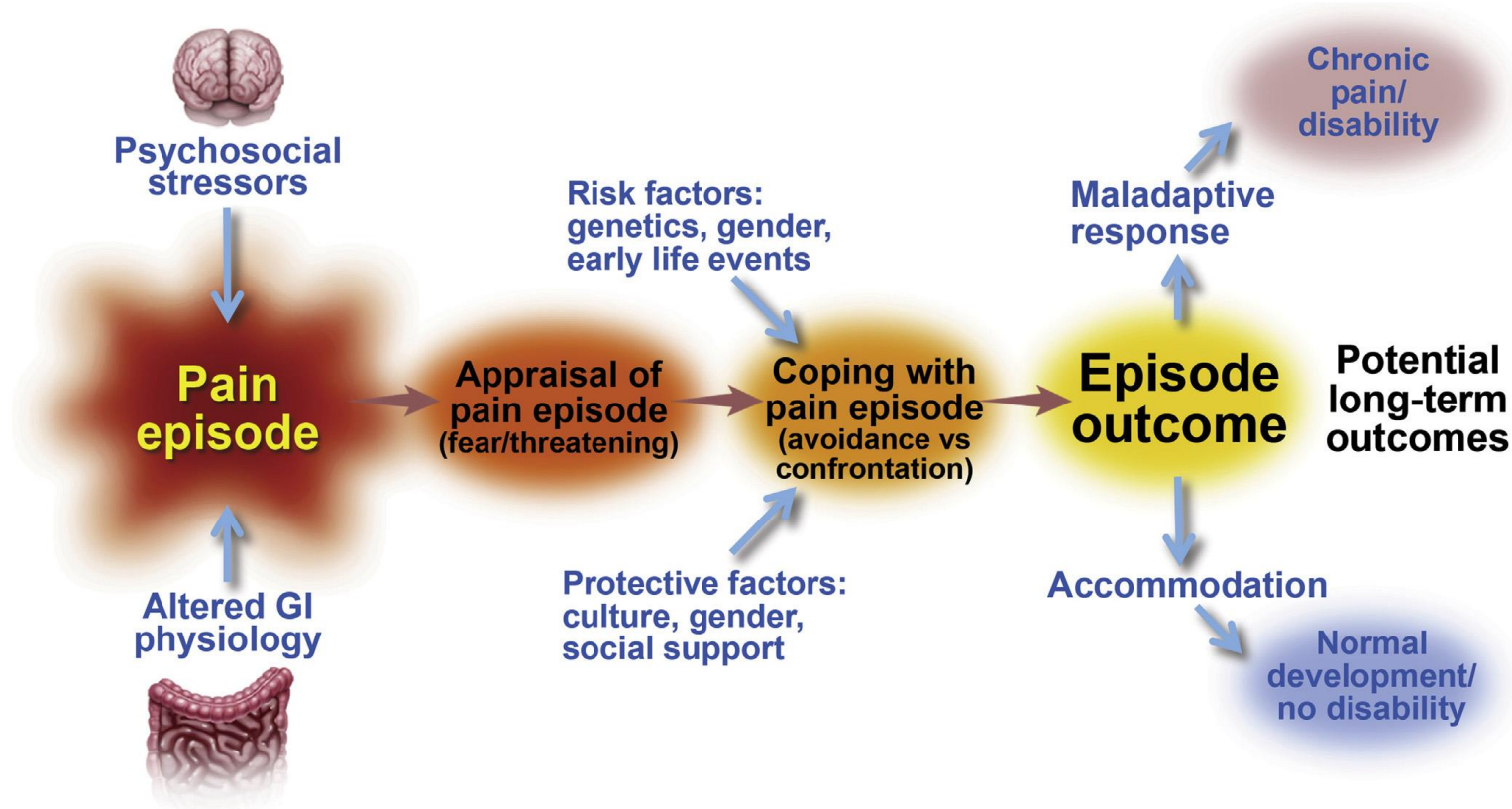
- Può essere ragionevole l'esecuzione di un work-up diagnostico limitato
- Terapia: cognitivo-comportamentale e ipnoterapia

Pathophysiology of functional abdominal pain disorders



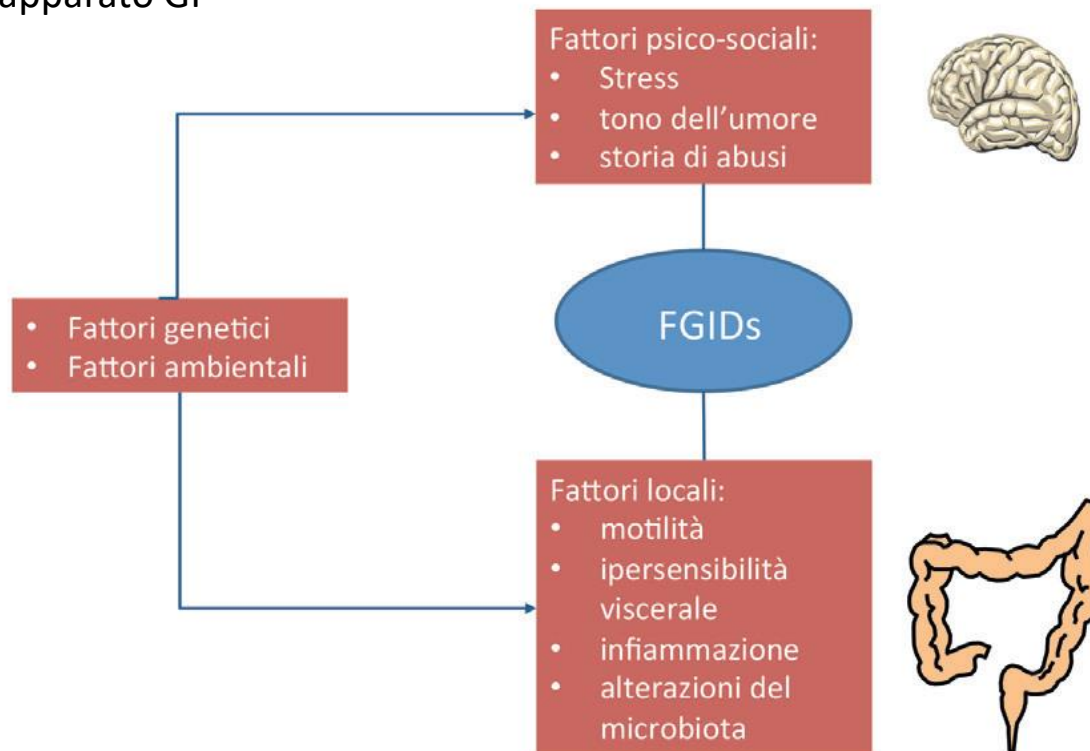
Pathophysiology of functional abdominal pain disorders

- The appraisal of any pain episode experienced by a child may have significant impact on the child's ability to cope effectively and accommodate to the pain, and consequently his or her normal function and development.
- In the presence of risk factors, the child may develop a maladaptive response leading to a state of chronic pain.



BRAIN-GUT AXIS E I DISORDINI FUNZIONALI GASTROINTESTINALI

- Situazioni di ansia e/o stress innescano la genesi di FGIDs quali la sindrome dell'intestino irritabile (SII) e la dispepsia funzionale.
- D'altro canto, la presenza persistente di sintomi gastrointestinali può a sua volta determinare la comparsa di stati di ansia
- E' difficile stabilire se il *primum movens* sia rappresentato da un'alterazione primitiva a carico del SNC o dell'apparato GI



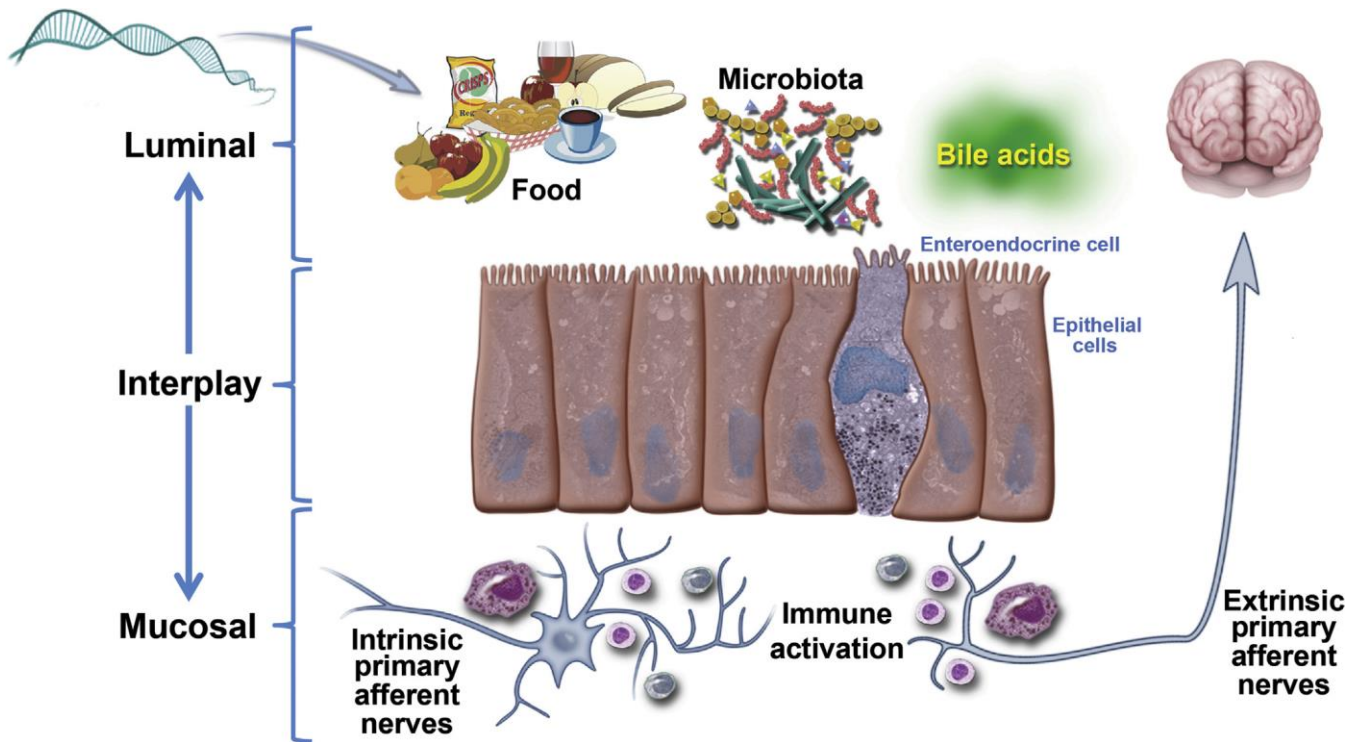
BRAIN-TO-GUT: OVVERO COME IL SNC REGOLA L'INTESTINO

L'abilità del SNC di modulare la funzionalità intestinale e la sua compartecipazione nel determinismo dei DFGI è dimostrata dalla:

- alterazione dello stato ansia, del tono dell'umore e disturbi di somatizzazione, rilevanti da un punto di vista patogenetico.
- buona risposta sintomatologica dei pazienti con FGIDs a terapie quali l'ipnosi, la psicodinamica e le terapie cognitivo-comportamentali.
- dalla possibilità di modulare le percezioni viscerali di questi pazienti attraverso terapie con farmaci ad azione anti-depressiva
- In molti pz. con FGIDs è presente una storia di abusi (ambientali, psicosomatici o sessuali)

GUT-TO-BRAIN: OVVERO COME L'INTESTINO REGOLA IL SNC

Microenvironmental factors (eg, food, microbiota, bile acids) may permeate in excess through a leaky epithelial barrier, allowing amplification of signaling from the lumen to deeper mucosal and muscle layers, including overstimulation of the mucosal immune system

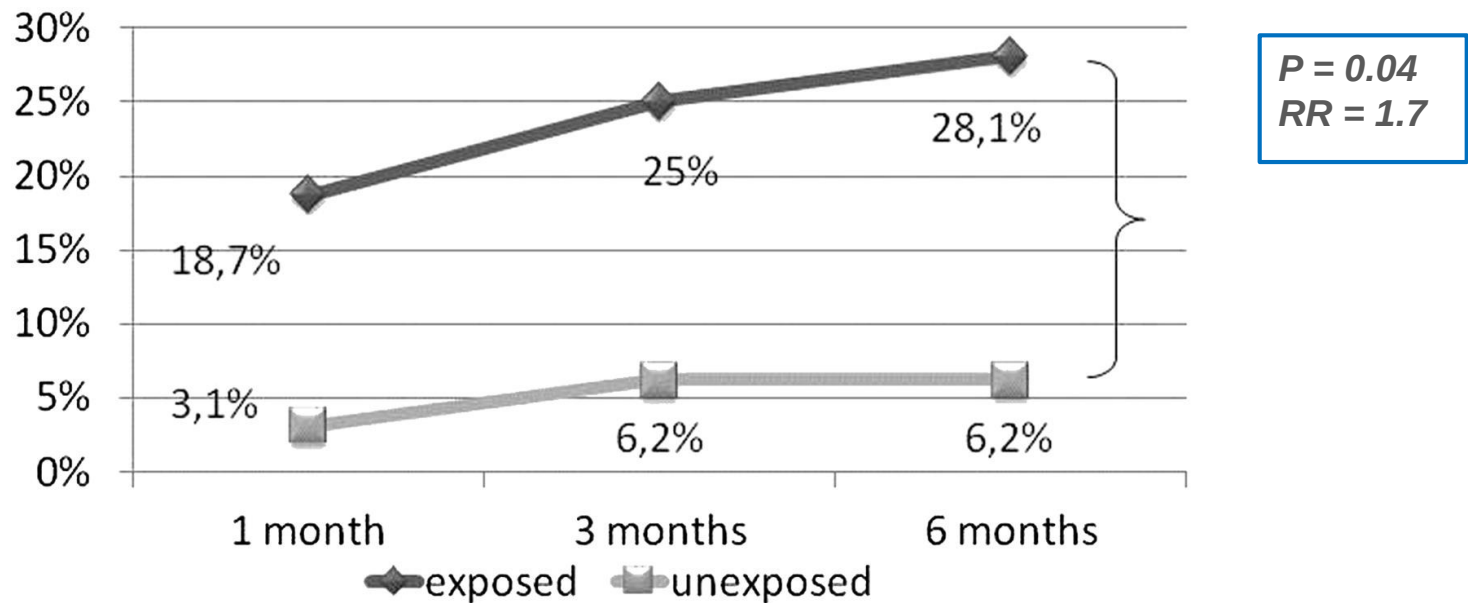


These factors may determine abnormal signaling to **neural circuits** (intrinsic primary afferent nerves and extrinsic primary afferent nerves), which may affect intestinal physiology and sensory perception.

Postinfectious Functional Gastrointestinal Disorders in Children: A Multicenter Prospective Study

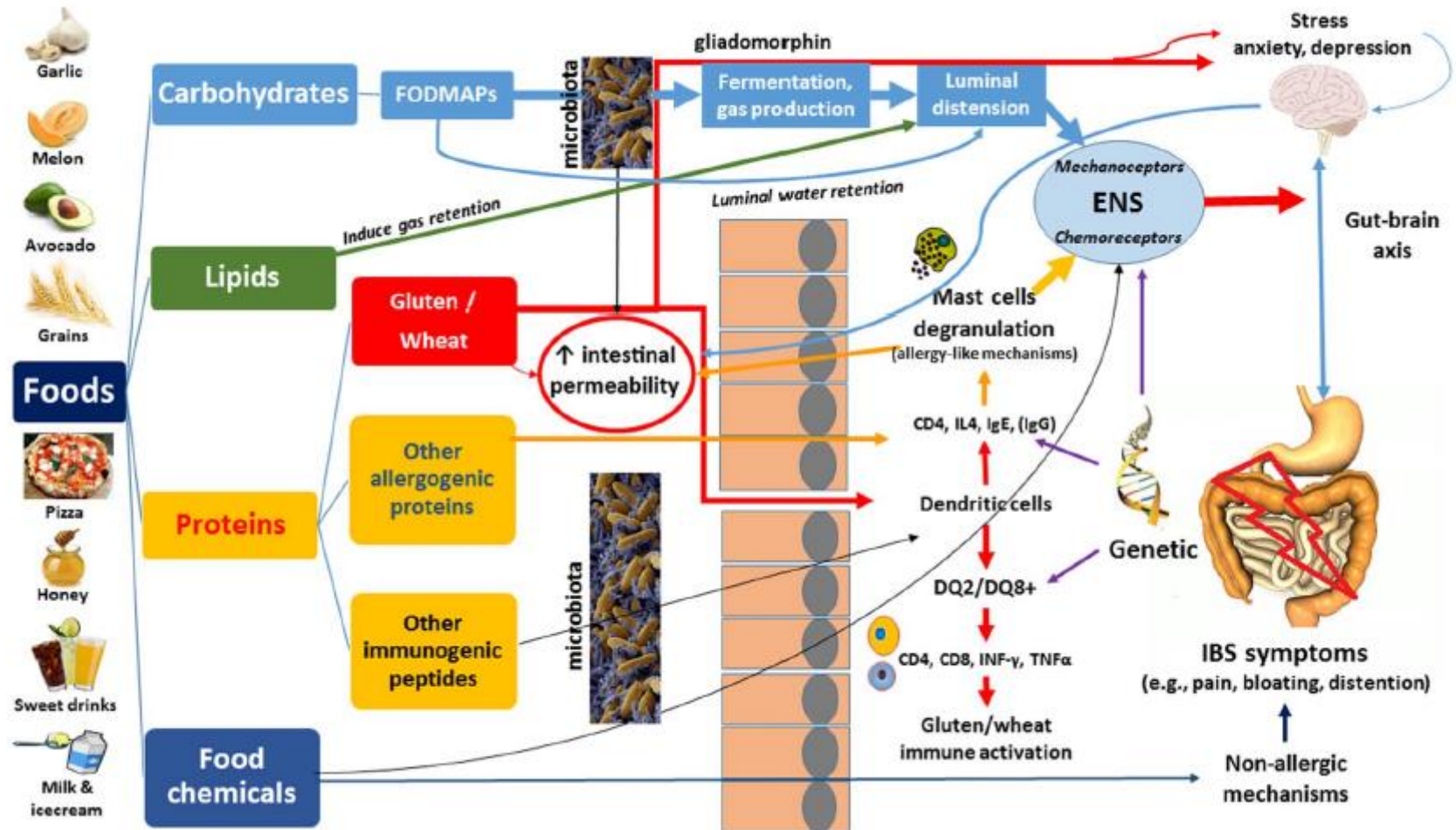
- Children 4-17 ys of age presenting with acute diarrhea who tested positive for an enteric infection
- 64 patients (36 boys, M age 5.3, years, range 4.1-14.1. 32 for each arm
- Enrollment within 1 month from the acute episode and after 3 and 6 months.
- Symptoms were evaluated with a validated questionnaire for FGIDs

FGIDs among exposed and unexposed patients



THE EXPOSOME AFFECTS THE GUT BRAIN AXIS

Gluten, wheat and related proteins (eg, amylase-trypsin inhibitors, and fermentable oligo-di-mono-saccharides and polyols – FODMAPs), are the most relevant IBS symptom triggers.



Sensitivity to wheat, gluten and FODMAPs in IBS: facts or fiction?

- ▶ Dietary factors are known to precipitate/exacerbate IBS symptoms, for example, abdominal pain, bloating and bowel habit changes.
- ▶ Gluten, wheat and related proteins (eg, amylase-trypsin inhibitors, and fermentable oligo-di-mono-saccharides and polyols (FODMAPs) are the most relevant IBS symptom triggers, although the true 'culprit(s)' is/are still not well established;
- ▶ Double-blind placebo-controlled with cross-over trials represent the current gold standard for confirming the dietary factor(s) involved in functional symptom generation.
- ▶ Based on the different dietary factors responsible for symptom generation, patients can be labelled non-coeliac gluten sensitive or more broadly non-coeliac wheat or wheat protein sensitivity or, even, FODMAP sensitive.
- ▶ A better understanding of gluten/wheat/FODMAP sensitivity can be translated into new effective dietary strategies for the management of patients with IBS.

To cite: De Giorgio R, Volta U, Gibson PR. *Gut* 2016;**65**:169–178.

DISORDINI DA DOLORE ADDOMINALE FUNZIONALE: IBS

Terapia di supporto:

- Efficacia dimostrata di probiotici/miscele di probiotici (quali *Lactobacillus rhamnosus* GG e VSL#3)
- Esclusione dalla dieta di carboidrati a catena corta scarsamente assorbibili (FODMAPs – oligosaccaridi, disaccaridi, monosaccaridi e polioli fermentabili)
- Terapia cognitivo-comportamentale e ipnoterapia

In children with ongoing IBS symptoms, a low-FODMAP diet is worth considering but only

- under the expert supervision of a specialized dietitian
- when the risk of eating disorders is low
- when feeding difficulties, such as food refusal and selective eating, are minimal, and, therefore, appropriate low-FODMAP substitute foods will be accepted

If a low-FODMAP diet is successful, a reintroduction program should be instituted, ideally after ≤ 6 weeks, to minimize restriction according to tolerance to

- improve the ability of the child to cope psychosocially
- further avoid nutritional compromise
- minimize the impact of reduced dietary prebiotics on gut microbiota

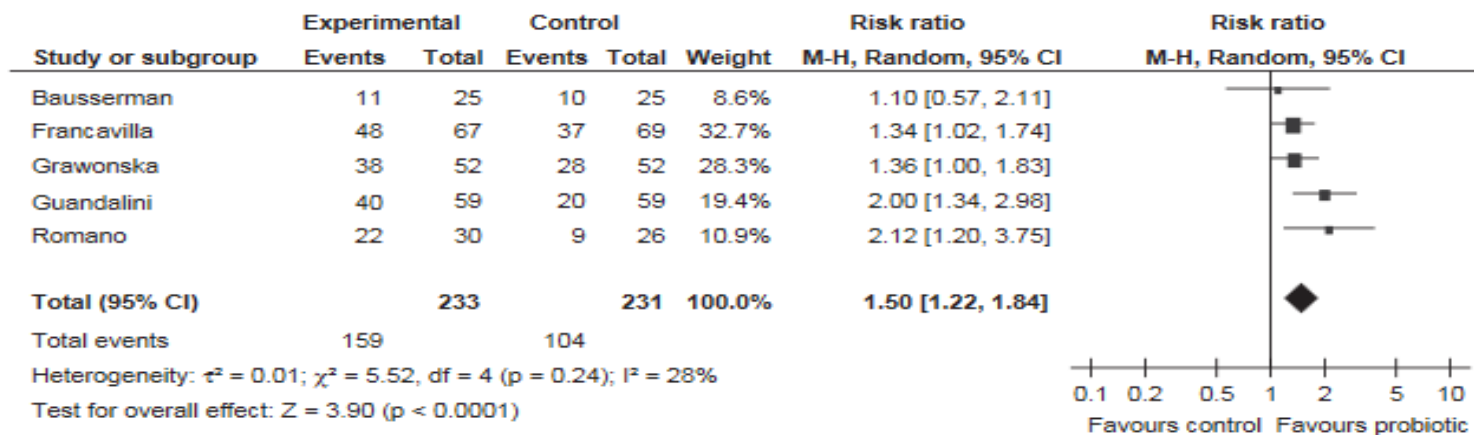
If unsuccessful, FODMAP restriction should not be continued.

Any child following a diet with some level of FODMAP restriction should be re-evaluated at regular intervals (eg, every 3 to 6 months) to

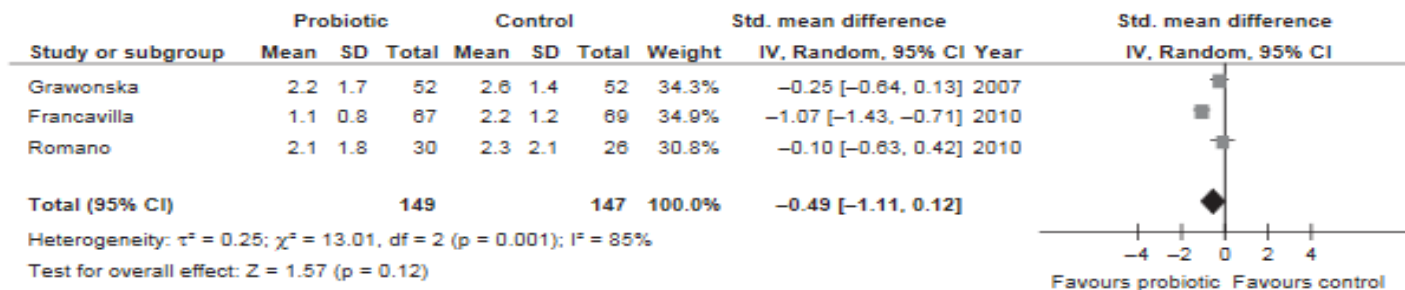
- monitor nutritional adequacy and growth
- screen for disordered eating
- ensure that FODMAP restrictions are regularly re-challenged, with high-FODMAP foods reintroduced according to tolerance. Because the capacity to absorb fructose is reduced in young children, tolerance levels may change (ie, increase) as children grow older.

Probiotics for childhood FGID

Systematic review and meta-analysis: investigate the quantity and quality of the current evidence regarding the effect of different probiotic strains in the treatment of functional gastrointestinal disorders (FGID) in children and adolescents



Forest plot of comparison: probiotic versus control, outcome: treatment success.



Forest plot of comparison: probiotic versus control, outcome: abdominal pain frequency.

Probiotics are more effective than placebo in the treatment of patients with abdominal pain-related FGID, especially in patients with irritable bowel syndrome.
To date probiotics have not proved effective for children with functional constipation

Pharmacologic Treatment in DFGI

Study design: evaluation of systematic reviews and RCT investigating efficacy and safety of pharmacologic agents in children aged 4-18 years with AP-FGIDs.

Identified 6 studies with 275 children evaluating drugs.

Antispasmodic	Peppermint oil Trimebutina Mal	Improves symptoms (79% vs 19%; $p < .001$)
Antidepressant	Amitriptyline	15% improvement in overall quality of life score ($P = .007$)
Antireflux	Famotidine (anti H ₂)	provides benefit in global symptom improvement (66,7% vs 15.4%; $p = .015$)
Antihistaminic	Cyproheptadine	reducing pain frequency (86.7% vs 35.7%; $p = .0059$)
Laxative agents	Polyethylene glycol	with tegaserod decreased pain intensity compared with PEG only (66.7% vs 18.5%; $p < .05$)

J. Korterink, et al. J Pediatr 2015; 166:424-31

Psychological Treatments for Pediatric Functional Gastrointestinal Disorders

- Psychological and behavioral interventions were classified into the following 5 primary treatment modalities:
 - Psychoeducation
 - Behavior therapy/contingency management
 - Relaxation-based therapies (including biofeedback and hypnotherapy)
 - Cognitive-behavioral therapy (including cognitive-behavioral family therapy)
- Effective interventions generally involved multiple therapeutic components and included elements of both individual and family treatment.
- Psychological interventions that combine psychoeducation, relaxation-based therapies, and cognitive-behavioral therapy appear superior to standard care (reassurance or dietary manipulation) in the elimination of pain and reduction in functional disability.
- Few well-designed randomized controlled trials of psychological treatments for functional gastrointestinal disorders exist.



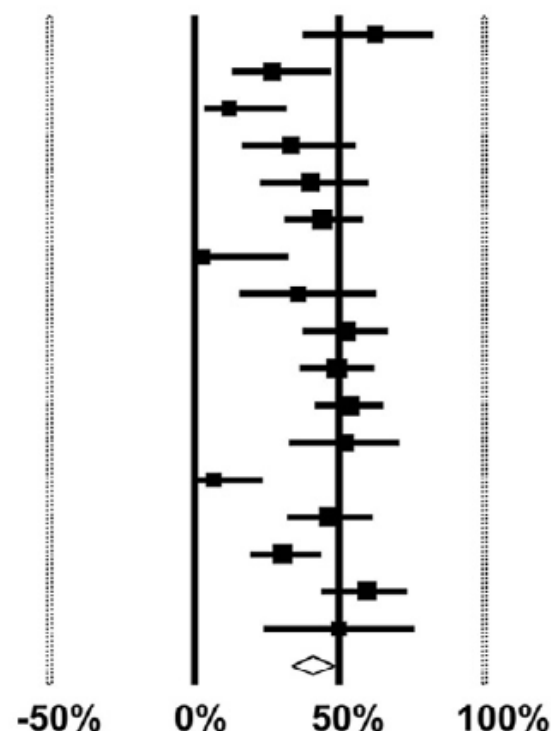
The Placebo Response in Pediatric Abdominal Pain-Related Functional Gastrointestinal Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis

Study name

Statistics for each study

Placebo rate and 95% CI

	Improvement rate (%)	Lower limit	Upper limit
Christensen ⁶⁷ 1982	62.5	37.7	82.1
Feldman et al ⁶⁶ 1985	26.9	13.4	46.7
See et al ⁵¹ 2001	12.0	3.9	31.3
Kline et al ⁵⁵ 2001	33.3	16.8	55.3
Bausserman et al ⁵⁸ 2005	40.0	23.0	59.7
Gawrońska et al ⁵⁹ 2007	44.2	31.5	57.8
Bahar et al ⁵⁷ 2008	2.8	0.2	32.2
Sadeghian et al ⁶² 2008	35.7	15.7	62.4
Saps et al ⁵⁶ 2009	52.3	37.7	66.4
Guandalini et al ⁵³ 2010	49.2	36.7	61.7
Francavilla et al ⁶⁰ 2010	53.6	41.9	65.0
Di Nardo et al ⁵² 2013	52.0	33.1	70.4
Romano et al ⁵⁴ 2013	6.7	1.7	23.1
Horvath et al ⁶¹ 2013	46.5	32.3	61.3
Pourmoghaddas et al ⁴² 2014	30.4	19.8	43.5
Karunanayake et al ⁴⁹ 2015	59.5	44.3	73.1
Zybach et al ⁶⁵ 2016	50.0	24.4	75.6
Pooled	40.9	33.6	48.6



Conclusions: approximately 41% of children with abdominal pain related FGIDs improve on placebo

DISORDINI FUNZIONALI GASTROINTESTINALI

FATTORI PREDITTIVI DI MALATTIA ORGANICA

NOVITA': la diagnosi di dolore addominale funzionale dovrebbe essere una diagnosi "in positivo", ossia, in assenza di sintomi di allarme e non una diagnosi di esclusione

Storia familiare di malattia infiammatoria cronica intestinale, celiachia o malattia ulceroso-peptica
Dolore persistente al quadrante addominale destro superiore o inferiore
Disfagia
Odinofagia
Vomito persistente
Sanguinamento gastrointestinale
Diarrea notturna
Artrite
Malattia perianale
Perdita di peso involontaria
Rallentamento della crescita lineare
Pubertà ritardata
Febbre inspiegabile



Laboratory markers in IBD: useful, magic, or unnecessary toys?

S Vermeire, G Van Assche and P Rutgeerts

GUT 2006

Markers infiammatori:

- VES, PCR

Indici nutrizionali:

- Albumina/prealbumina
- Proteine totali
- Ferritina
- Acido folico
- Calcio/Fosforo/FA

Altri studi sierici:

- Emocromo
- Enzimi epatici, amilasi, lipasi
- ASCA, ANCA
- Anticorpi anti transglutaminasi + IgA totali

Esami su feci

- Indagini microbiologiche
- SOCC
- Calprotectina fecale

Ecografia addominale

- (studio delle anse intestinali)

RMN anse intestinali

- (enteroRMN con contr. endoluminale)

Esame endoscopici

- EGDS
- Colon-ileo scopia

Esami di funzionalità digestiva

- Breath H2 Test per mono/disaccaridi

Conclusioni

- I disturbi gastrointestinali funzionali sono comuni in età pediatrica/adolescenziale
- Probabilmente la prevalenza crescerà per stile di vita sempre più «prestazionale»
- Considerare attentamente la clinica e il rispetto dei parametri diagnostici (diagnosi in positivo)
- Ridurre «con raziocinio» gli interventi diagnostici, ma
- Valutare con attenzione i segni d'allarme per patologia organica
- Eseguire gli approfondimenti del caso
- Terapia da individualizzare, anche se prospettiva di risultato non brillante (sfruttare l'effetto placebo)

