

Test complementari e intolleranze alimentari

Tutti noi pediatri che lavoriamo sul territorio studiamo, visitiamo i bambini, ascoltiamo le famiglie, cerchiamo di fare del nostro meglio. Poi ci arrivano queste mail: "... finalmente durante le vacanze di Natale siamo riusciti a fare gli esami per verificare eventuali intolleranze alimentari. Appena ha un attimo, potrebbe vedere i risultati e valutare il da farsi?". Si trattava del dosaggio delle IgG per le intolleranze. Ah, dimenticavo, la bambina che la mamma ha portato di sua iniziativa a fare questi esami è una bambina obesa. Io ho amato tanto il "Burlo Garofolo", come ho amato tanto il mio lavoro di pediatra di famiglia (il primo libro di Tamburini strapazzato a forza di leggerlo, le riunioni in Clinica con i pediatri del territorio...), ma adesso non so più cosa sto facendo e come reagire...

Marilena De Santi

Pediatra di famiglia
Vittorio Veneto (Treviso)
studio@marilenedesanti.it

Porgo all'attenzione un caso semplice che mi ha fatto molto riflettere a proposito di pubblicità medica.

Maschio, 5 anni, infezioni respiratorie ricorrenti a cadenza mensile, in buon accrescimento, spesso accompagnate da febbre, tonsillite e linfonodopatia, raramente accompagnate da afte. Tranquillizzo i genitori (divorziati) sulla benignità degli episodi, ponendo come sospetto diagnostico PFAPA, o infezioni respiratorie ricorrenti in sospetta ipertrofia adenoidica. Eseguo esami ematici di screening e rimaniamo in vigile attesa, proponendo un ciclo di immunostimolanti e steroide nasale. Dopo un mese la mamma mi contatta pretendendo una dieta priva di legumi e latte, alimenti da sempre assunti senza problemi: il ragazzo ha eseguito un importantissimo (e costosissimo) test per intolleranza in farmacia (dosaggio IgG per 100 alimenti) riscontrando diverse intolleranze. Dopo il mio rifiuto a eseguire la certificazione per dieta scolastica ricevo un'ulteriore mail da parte del padre: un medico omeopata ha formalizzato la diagnosi di intolleranza al latte tramite esame biometrico.

Confesso che ho rifiutato di leggere il referto del test IgG per intolleranza. Come riportato da *Choosing Wisely Italia* metodiche quali «il VEGA-test, il Cytotoxic-test, il dosaggio delle IgG4 sieriche, l'analisi del capello e tecniche di "biorisonanza" (...) non hanno dimostrazioni scientifiche di efficacia e ripetibilità nel diagnosticare disturbi legati all'alimentazione» (<https://choosingwiselyitaly.org/raccomandazione-profnon-eseguire-i-cosiddetti-test-per-le-intolleranze-alimentari-esclusi-i-test-validati-per-indagare-sospetta-celiachia-o-intolleranza-al-lattosio/>).

La mia domanda è: perché permettere che indagini come il test per le intolleranze alimentari, siano pubblicizzate in maniera altisonante senza disclaimer adeguati specificando che tali metodiche non sono efficaci strumenti di screening, ma hanno la validità scientifica dei sali venduti da Wanna Marchi?

Guido Marinelli

Pediatra di famiglia
Levanto (La Spezia)
guidomarinelli90@gmail.com

Le due lettere, pur con problematiche diverse, toccano un problema scottante, che io definirei un vero e proprio "scandaloso", quello dei test proposti senza che siano soddisfatti i requisiti basilari dell'EBM (Medicina basata sulle evidenze): l'accuratezza del risultato e la riproducibilità. E in questo, i test per la diagnosi delle intolleranze alimentari rappresentano l'esempio più insopportabile, oltre che per la mancanza o inconsistenza di sostegno scientifico, per l'altissimo numero di esami eseguiti. Test che, al di là del costo, comportano conseguenze non certo veniali: diete di eliminazione potenzialmente dannose e con possibili carenze nutritive; ritardi diagnostici di malattie serie e, per ben che vada, pesanti ricadute negative delle limitazioni alimentari sulla qualità di vita dei soggetti interessati. Da sempre sconfessati e censurati da tutte le Associazioni scientifiche e da tutte le Società interessate (vedi Gastroenterologia e Allergologia) eppure difficili da eradicare, o soltanto scalfire, e questo malgrado i costi non indifferenti per il paziente. Come i pediatri che ce l'hanno segnalato, anch'io non riesco a comprendere come non ci sia un garante so-

pra le parti (Ordine dei Medici, o lo stesso Ministero della Salute) che metta fine a queste pratiche. Ho menzionato l'Ordine dei Medici perché i test per le intolleranze alimentari sono stati esplicitamente bocciati come scientificamente inattendibili dalla stessa FNOMCEO (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri) in un documento ufficiale del 2015 (https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2017/11/1.2016_III_documento_.pdf) condiviso con l'AIITO (Associazione Allergologi Immunologi Italiani Territoriali e Ospedalieri); la SIAAIC (Società Italiana di Allergologia, Asma e Immunologia Clinica) e la SIAIP (Società Italiana di Allergologia e Immunologia Pediatrica). Nella prefazione dello stesso documento vengono ricordati i principi del Codice di Deontologia Medica in particolare l'Articolo 6 (Qualità professionale e gestionale) dove si ricorda che: "il medico fonda l'esercizio delle proprie competenze tecnico-professionali sui principi di efficacia e di appropriatezza, aggiornandoli alle conoscenze scientifiche disponibili e mediante una costante verifica e revisione dei propri atti"...omissis... e ancora, nell'Articolo 13 (in tema di prescrizione): "La prescrizione deve fondarsi sulle evidenze scientifiche disponibili, sull'uso ottimale delle risorse e sul rispetto dei principi di efficacia clinica, di sicurezza e di appropriatezza. Il medico tiene conto delle linee guida diagnostico-terapeutiche accreditate da fonti autorevoli e indipendenti quali raccomandazioni e ne valuta l'applicabilità al caso specifico".

Tuttavia lo stesso Codice deontologico nell'Articolo 15 in tema di "Sistemi e metodi di prevenzione, diagnosi e cura non convenzionali" scrive che: "Il medico può prescrivere e adottare, sotto la sua diretta responsabilità, sistemi e metodi di prevenzione, diagnosi e cura non convenzionali nel rispetto del decoro e della dignità della professione... (omissis) ... Il medico garantisce sia la qualità della propria formazione specifica nell'utilizzo dei sistemi e dei metodi non convenzionali, sia una circostanziata informazione per l'acquisizione del consenso". Non sembra difficile comprendere che l'Articolo 15 apre una scappatoia a fronte di una "circostanziata informazione" che, se da un lato non è immediatamente facile comprendere in cosa possa consistere, dal-

l'altro lascia immaginare che difficilmente qualcuno andrà poi a verificare se e quanto sia stata realmente un' informativa "trasparente". Tuttavia, almeno a mio sapere (e a parte l'omeopata del dott. Marinelli), i "test delle intolleranze alimentari" non credo facciano parte di alcuna delle discipline non convenzionali, né che siano test adottati prevalentemente da medici che praticano Medicine complementari, e questo rende ancora più enigmatico il perché della loro diffusa pubblicizzazione e del loro largo utilizzo. Da allergologo che vede anche soggetti adulti posso testimoniare quanto frequenti siano i pazienti che vengono a chiedermi lumi sui risultati di questi costosi test. E confesso che, da medico che da sempre si è attenuto alle regole del rigore scientifico, non è così immediatamente facile spiegare loro che quanto fatto rappresenta null'altro che una "bufala".

E doverlo affermare mi pesa e imbarazza non poco perché come medico del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), non riesco a non sentirmi, almeno in parte, corresponsabile, in quanto nei fatti appartenente alle stesse Istituzioni (FNOMCEO e Ministero della Salute) che continuano a rimanere tolleranti e indifferenti di fronte a questi o altri test, come quelli segnalati, che potremmo definire veri e propri "imbrogli legalizzati". Sottolineo legalizzati perché di fatto sono esami eseguiti in farmacie comunali accreditate dal SSN e/o su richiesta di colleghi, o altre figure professionali, facenti parte dello stesso sistema sanitario a cui io stesso appartengo.

Giorgio Longo

Rooming-in 2023: critiche e tutela

Il *battage* mediatico su un neonato morto in una stanza di puerperio mentre stava a letto con la madre porta a fare alcune sintetiche considerazioni.

1. Va innanzitutto precisato che i *mass media* hanno da subito impropriamente avvalorato l'esistenza di un nesso causale fra morte del neonato e *rooming-in*, per giunta stigmatizzando a priori l'operato ritenuto omissivo del personale sanitario. Insomma, un attacco pregiudiziale contro i profes-

nisti della Maternità, che sconfessa i recenti encòmi al personale sanitario per il martirio e i sacrifici durante la pandemia da Covid-19.

2. La morte del neonato romano induce la nostra compassione, ma va chiarito che sembra un caso tipico di collasso neonatale (SUPC), che notoriamente colpisce improvvisamente e in maniera inattesa neonati a termine, apparentemente sani, nella prima settimana di vita. Visto che l'eziologia della SUPC non è a tutt'oggi nota, gli interventi proposti per prevenirla sono finalizzati ad agire sui fattori di rischio finora identificati. In sintesi, si raccomanda: a) un'informazione (non deterrente) dei genitori per sensibilizzarli e renderli maggiormente partecipi nella cura in sicurezza del neonato fin dai primi giorni di vita in ospedale; b) l'applicazione di protocolli di gestione e di sorveglianza della diade, che, per esempio, supportino la condivisione del letto, ma scoraggino, quantomeno durante la degenza ospedaliera, il cosiddetto *co-sleeping*. Siccome l'efficacia di questi interventi resta da documentare scientificamente, vengono attualmente indicati come *best practice*. Di recente è stato ipotizzato il monitoraggio pulsossimetrico universale, anche se rappresenterebbe un'interferenza con la naturalezza e l'intimità del rapporto fra madre e bambino. Dobbiamo infatti ricordarci che i destinatari di questi protocolli di sorveglianza sono neonati sostanzialmente sani. I casi di SUPC sono rarissimi (in Italia 8 morti/anno), ma quando capitano sono difficilmente compresi e accettati. L'approccio alla SUPC nell'area del puerperio richiede idee chiare su come orientarsi in un contesto tragico e in un clima da subito tendenzialmente inquisitorio, e impone una gestione improntata a solidità professionale e autodisciplina. È proprio l'incertezza nel gestire la SUPC a poter indurre nella famiglia l'idea (quasi sempre infondata) di gravi manchevolezze nell'assistenza post-natale. A tale proposito sono in uscita le linee di indirizzo della Società Italiana di Neonatologia sulla SUPC; si tratta di una risorsa importante, che dovrebbe diventare lettura obbligatoria per tutti i pediatri.

3. La gestione congiunta di mamma e bambino è stata identificata negli anni

'70 come standard assistenziale per il dopo parto anche a seguito della forte richiesta delle donne per un'assistenza demedicalizzata e individualizzata. Appare paradossale che se ne metta ora in discussione l'esistenza, anche perché in questi 50 anni la ricerca ne ha chiaramente confermato i benefici (allora solo ipotizzati) sul piano biologico, psicologico, familiare e socio-sanitario. È un dato di fatto che a seguito di un tragico evento si siano coagulate le testimonianze, attraverso i *mass media* e soprattutto i *social*, di quelle donne che, magari in anni non recenti, hanno vissuto negativamente la loro esperienza di *rooming-in*. Anche se queste critiche provengono da un'utenza verosimilmente minoritaria che rumorosamente ed enfaticamente li iper-rappresenta, si deve comunque tenere conto e richiedere che nei nostri ospedali il *rooming-in* vada proposto in maniera appropriata sia a livello istituzionale (senza ambiguità e fornendo sostegno concreto) sia a livello professionale (con competenza, empatia e intelligenza emotiva). Il rischio è che si sconfessi un modello assistenziale di valore, solo per il fatto che non sia nelle corde di tutte le donne o non sia stato sempre sostenuto adeguatamente dal personale sanitario e forse talora da questo non sempre pienamente apprezzato.

4. Oggigiorno ai pediatri di molti ospedali italiani si richiede un rinnovato impegno culturale e professionale sul *rooming-in* e sulle sue problematiche. Il *rooming-in* non può essere ritenuto una sinecura operativa con delega alle figure professionali dell'ostetrico e/o (in base all'organizzazione locale) dell'infermiere e coinvolgimento di pochi colleghi motivati. Il *rooming-in* assieme al mondo culturale, sanitario, gestionale che vi ruota attorno risponde al bisogno di salute della diade madre-bambino e quindi richiede un convinto contributo dei pediatri per la sua gestione e soprattutto per la sua tutela, evitando sottovalutazioni, che potrebbero rivelarsi controproducenti.

Riccardo Davanzo
IRCCS Materno-Infantile
"Burlo Garofolo", Trieste
riccardo.davanzo@gmail.com