Passoni
EDITORE

INQUADRAMENTO CLINICO E GESTIONE DEL "MAL DI PANCIA"

GUIDA AL CONSIGLIO NELLA FARMACIA DI COMUNITÀ

A cura di sifac SOCIETÀ ITALIANA DI FARMACIA CLINICA

Con il contributo non condizionante di Opella.

Passoni
EDITORE

INQUADRAMENTO CLINICO E GESTIONE DEL “MAL DI PANCIA”

GUIDA AL CONSIGLIO NELLA FARMACIA DI COMUNITÀ

A cura di sifac SOCIETÀ ITALIANA DI FARMACIA CLINICA

Con il contributo non condizionante di Opella.

Passoni
EDITORE

© 2026 Passoni Editore

Passoni Editore
via Boscovich, 61
20124 Milano
tel: 02 2022941

Tutti i diritti riservati. È vietata la riproduzione, anche parziale, senza autorizzazione dell'editore

Coordinamento scientifico
SIFAC – Comitato Scientifico

Redazione e contenuti
Contributi tecnici e clinici forniti da SIFAC

Con il contributo non condizionante di *Opella*

Progetto grafico e impaginazione
Passoni Editore

Fuori commercio

eISBN: 9788886750356

La medicina è una scienza in perenne divenire.
Nelle nozioni esposte in questo volume si riflette lo "stato dell'arte", come poteva essere delineato al momento della stesura in base ai dati desumibili dalla letteratura internazionale più autorevole. È soprattutto in materia di terapia che si determinano i mutamenti più rapidi: sia per l'avvento di farmaci e di procedimenti nuovi, sia per il modificarsi, in rapporto alle esperienze maturate, degli orientamenti sulle circostanze e sulle modalità d'impiego di quelli già in uso da tempo. Gli Autori, l'Editore e quanti altri hanno avuto una qualche parte nella stesura o nella pubblicazione del volume non possono essere ritenuti in ogni caso responsabili degli errori concettuali dipendenti dall'evolversi del pensiero clinico; e neppure di quelli materiali di stampa in cui possano essere incorsi, nonostante tutto l'impegno dedicato a evitarli. Il lettore che si appresti ad applicare qualcuna delle nozioni terapeutiche riportate deve dunque verificarne sempre l'attualità e l'esattezza, ricorrendo a fonti competenti e controllando direttamente sul riassunto delle caratteristiche del prodotto allegato ai singoli farmaci tutte le informazioni relative alle indicazioni cliniche, alle controindicazioni, agli effetti collaterali e specialmente alla posologia.

SOMMARIO

CAPITOLO 1 ..... **6**
Problematiche dell'alto tratto gastrointestinale
Informazioni per riconoscere e gestire le problematiche più comuni
1. L'alto tratto gastrointestinale: riconoscere il sintomo
2. I principali sintomi dell'alto tratto gastrointestinale
3. Le principali condizioni cliniche
4. Gestione del paziente in farmacia
5. Quando inviare il paziente al medico
6. Approccio terapeutico
7. Il ruolo dello stile di vita
8. Focus clinico: Helicobacter pylori

CAPITOLO 2 ..... **10**
Gonfiore, distensione e crampi addominali
Riconoscere e gestire le problematiche del basso tratto gastrointestinale
1. Introduzione
2. Riconoscere il sintomo
3. Differenza tra gonfiore e distensione
4. Gestione del paziente in farmacia
5. Quando inviare il paziente al medico
6. Approccio terapeutico
7. Attenzione nell'utilizzo dei farmaci
8. Il ruolo dello stile di vita
9. Focus clinico: Sindrome dell'intestino irritabile (IBS)

CAPITOLO 3 ..... **14**
Diarrea acuta
Informazioni per riconoscere e gestire il problema
1. La diarrea acuta: caratteristiche principali
2. Riconoscere il problema
3. Le principali forme di diarrea acuta
4. Gestione del paziente in farmacia
5. Quando inviare il paziente al medico
6. Approccio terapeutico
7. Alimentazione durante la diarrea
8. Focus clinico: Il rischio di disidratazione

CAPITOLO 4 ..... **18**
Dismenorrea
Riconoscere e gestire il dolore mestruale
1. Il dolore mestruale: caratteristiche e impatto sulla qualità di vita
2. Dismenorrea primaria e secondaria
3. Riconoscere i sintomi
4. Gestione del dolore mestruale
5. Quando inviare la paziente al medico
6. Approccio terapeutico
7. Stile di vita e misure di supporto

CAPITOLO 5 ..... **22**
Stipsi
Informazioni per riconoscere e gestire il problema
1. La stipsi: caratteristiche e impatto sulla qualità di vita
2. Riconoscere il problema
3. Stipsi occasionale e stipsi cronica
4. Gestione del paziente in farmacia
5. Quando inviare il paziente al medico
6. Approccio terapeutico
7. Educazione del paziente
8. Focus clinico: Macrogol (PEG) e trattamento della stipsi cronica

CAPITOLO 1

Problematiche dell'alto tratto gastrointestinale.

Informazioni per riconoscere e gestire le problematiche più comuni

L'alto tratto gastrointestinale: il primo passo è riconoscere il sintomo

I disturbi dell'alto tratto gastrointestinale rappresentano una delle principali motivazioni di richiesta di consiglio in farmacia. Bruciore di stomaco, rigurgito acido, dolore epigastrico, senso di pienezza dopo i pasti e nausea sono sintomi molto frequenti nella popolazione generale e possono avere un impatto significativo sulla qualità di vita del paziente.

Nella maggior parte dei casi tali manifestazioni sono riconducibili a condizioni benigne e gestibili attraverso modifiche dello stile di vita e l'impiego di medicinali senza obbligo di prescrizione. Tuttavia, sintomi apparentemente simili possono essere espressione di quadri clinici differenti e richiedere un approccio terapeutico specifico oppure un approfondimento diagnostico.

In questo contesto il farmacista rappresenta spesso il primo professionista sanitario a cui il paziente si rivolge. Attraverso un'attenta raccolta delle informazioni è possibile orientare il consiglio professionale, individuare eventuali segnali di allarme e favorire un utilizzo appropriato delle opzioni terapeutiche disponibili.

Riconoscere i principali sintomi

La corretta identificazione del sintomo costituisce il primo passaggio del percorso decisionale. La sede del disturbo, le modalità di comparsa, la durata e l'eventuale presenza di altri sintomi associati consentono infatti di orientare il sospetto verso la condizione clinica più probabile.

Tabella 1. I principali sintomi dell'alto tratto gastrointestinale

Sintomo	Caratteristiche	Possibile orientamento clinico
Pirosi retrosternale	Sensazione di bruciore che dallo stomaco risale verso il giugulo	Malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE)
Rigurgito acido	Risalita di liquido acido o amaro nel cavo orale	MRGE
Bruciore epigastrico	Sensazione di calore localizzata nella parte superiore dell'addome	Dispepsia, gastrite
Dolore epigastrico	Dolore o fastidio localizzato in sede epigastrica	Dispepsia, gastrite
Pienezza post-prandiale	Sensazione di persistente pienezza dopo il pasto	Dispepsia
Sazietà precoce	Sensazione di pienezza che impedisce di completare un normale pasto	Dispepsia
Nausea e vomito	Sintomi frequentemente associati a diverse condizioni gastriche	Gastrite, dispepsia

Le principali condizioni dell'alto tratto gastrointestinale

Sebbene i sintomi possano sovrapporsi tra loro, nella pratica quotidiana tre condizioni rappresentano la maggior parte delle richieste di consiglio in farmacia.

Malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE)

È caratterizzata dalla risalita del contenuto gastrico nell'esofago, con conseguente comparsa di pirosi retrosternale e rigurgito acido. I sintomi possono presentarsi in modo occasionale oppure diventare frequenti e ricorrenti, compromettendo la qualità del sonno e delle attività quotidiane.

Dispepsia funzionale

Si manifesta prevalentemente con dolore o bruciore epigastrico, senso di pienezza dopo i pasti e sazietà precoce. In assenza di una causa organica identificabile, il trattamento è finalizzato principalmente al controllo della sintomatologia e al miglioramento della qualità di vita.

Gastrite

La gastrite consiste in un'infiammazione della mucosa gastrica e può essere associata a dolore epigastrico, nausea, vomito e gonfiore addominale. Tra le possibili cause rientrano l'infezione da Helicobacter pylori, l'impiego di farmaci gastrolesivi, come i FANS, e altri fattori irritativi della mucosa gastrica.

Una corretta valutazione del sintomo rappresenta il primo passo per distinguere le condizioni gestibili mediante automedicazione da quelle che richiedono un approfondimento diagnostico.

Gestione del paziente in farmacia

L'obiettivo del consiglio professionale non consiste esclusivamente nell'individuare il trattamento più appropriato, ma anche nel riconoscere le situazioni in cui è opportuno indirizzare tempestivamente il paziente al medico.

La valutazione dovrebbe sempre comprendere alcune informazioni fondamentali: localizzazione del sintomo, modalità di insorgenza, durata, eventuali fattori scatenanti, presenza di sintomi associati, terapie già assunte e risposta ai precedenti trattamenti.

Quando inviare il paziente al medico

La presenza di uno o più segnali di allarme (red flags) rende opportuna una valutazione clinica e rappresenta un criterio di esclusione dall'automedicazione.

Red Flags

- comparsa dei sintomi dopo i 50 anni;
- sintomi persistenti oltre 14 giorni;
- peggioramento di una sintomatologia già nota;
- mancata risposta ai medicinali senza obbligo di prescrizione;
- utilizzo cronico di farmaci potenzialmente gastrolesivi;
- disfagia o odinofagia;
- perdita di peso non intenzionale;
- vomito persistente;
- presenza di sangue nel vomito o di feci nere (melena);
- dolore toracico, soprattutto se correlato allo sforzo.

Approccio terapeutico

Il trattamento varia in funzione della sintomatologia predominante e della probabile condizione clinica.

Tabella 2. Principali opzioni terapeutiche

Condizione	Trattamenti disponibili	Indicazione principale
MRGE	Alginati	Bruciore occasionale e rigurgito
	Antiacidi	Sollievo rapido dei sintomi
	IPP	Sintomi frequenti o persistenti
	Dispositivi mucoprotettivi	Protezione della mucosa esofagea
Dispepsia	Antiacidi	Bruciore lieve e iperacidità
	Antiacidi + polimetilsiliconi	Bruciore associato a gonfiore
	Mucoprotettivi es: acido ialuronico	Protezione della mucosa gastrica
	IPP	Sintomi ricorrenti
	Procinetici	Presenza di nausea
Gastrite	Antiacidi	Sollievo sintomatico
	Mucoprotettivi	Protezione della mucosa gastrica
	IPP	Dolore ricorrente
	Procinetici	Nausea e vomito

Il ruolo delle modifiche dello stile di vita

L'adozione di corrette abitudini rappresenta un elemento fondamentale della gestione delle principali patologie dell'alto tratto gastrointestinale e dovrebbe accompagnare qualsiasi intervento terapeutico.

Le principali raccomandazioni comprendono:

- mantenere un peso corporeo adeguato;
- evitare pasti abbondanti e ricchi di grassi;
- consumare pasti piccoli e frequenti;
- mangiare lentamente;
- non coricarsi nelle 2–3 ore successive ai pasti;
- limitare il consumo di alcol;
- sospendere il fumo;
- identificare gli alimenti che favoriscono la comparsa dei sintomi;
- evitare, quando possibile, l'utilizzo di farmaci gastrolesivi.

Focus clinico

***Helicobacter pylori*: quando sospettarlo**

Helicobacter pylori è un batterio in grado di colonizzare la mucosa gastrica e rappresenta una delle principali cause di gastrite cronica. Sebbene l'infezione possa rimanere asintomatica per molti anni, in alcuni pazienti può determinare dolore epigastrico, nausea, senso di pienezza e contribuire allo sviluppo di ulcera peptica.

Nei soggetti a rischio, o in presenza di un sospetto clinico, il medico può richiedere test diagnostici specifici, tra cui il ^{13}C Urea Breath Test. Nei pazienti con infezione confermata è indicata una terapia di eradicazione antibiotica, che riduce significativamente il rischio di complicanze gastrointestinali.

Figura 1 - FLOWCHART GESTIONE PROBLEMATICHE ALTO TRATTO GASTROINTESTINALE

Problematiche alto tratto gastrointestinale

SINTOMI RIFERITI

Sede epigastrica → Zona retrosternale esofago/giugulo → Rigurgito acido, Pirosi o bruciore retrosternale → Reflusso/MRGE

Sede epigastrica → Dolore epigastrico /Bruciore epigastrico Ripienezza postprandiale/Sazietà precoce → Possibili sintomi associati: nausea, vomito, gonfiore addominale → Dispepsia

Sede epigastrica → Dolore epigastrico ad esordio improvviso associabile a fattore scatenante (fisico, chimico, virale) → Possibili sintomi associati: nausea, vomito, → Gastrite

TRATTAMENTI FARMACOLOGICI

Antiacidi	• Neutralizzano chimicamente l'acido già presente nello stomaco. • Utili per sollievo nei sintomi occasionali e di lieve entità.
Alginati*	• Formano barriera (zattera) che impedisce risalita contenuto acido in esofago. • Effetto mucoadesivo e mucoprotettivo[1]. • Indicati per pirosi/bruciore occasionale. • Terapia di supporto assieme a terapie antisecretive (es. IPP prescritti dal medico).
Inibitori di pompa protonica (IPP)	• Riducono produzione di acido gastrico. • Indicati per sintomi frequenti o persistenti. • Rappresentano terapia di riferimento per numerose condizioni acido correlate. • Utili quando trattamenti di automedicazione, come antiacidi o alginati, falliscono. • La durata del trattamento senza supervisione medica non deve superare i 14 giorni.
Dispositivi muco-protettivi	• Es. acido ialuronico, mucopolisaccaridi. • Proteggono la mucosa con vari meccanismi. • Possono essere usati soli o in associazione ad altre terapie antisecretive (es. IPP prescritti dal medico).

Figura 1/A*

Antiacidi	• Indicati nei casi di bruciore epigastrico e nelle condizioni di iperacidità o se presente bruciore di lieve intensità e di breve durata (1-2 giorni).
Dispositivi muco-protettivi	• Es. mucopolisaccaridi o similari. • Utili in caso di bruciore di stomaco e dolore/bruciore epigastrico.
Inibitori di pompa protonica	• Utili nei casi di bruciore o dolore epigastrico ricorrenti o quando trattamenti di automedicazione, come antiacidi o alginati, falliscono. • La durata del trattamento senza supervisione medica non deve superare i 14 giorni.
Procinetici	• Es. metoclopramide a basso dosaggio. • Trovano impiego nelle situazioni in cui è presente nausea. • Cautela impiego in pazienti anziani e politrattati
Antiacidi associati a polimetilsiliconi	• Utili in situazioni di lieve entità e breve durata se dolore epigastrico accompagnato da gonfiore.

Figura 1/B*

Antiacidi associati a polimetilsiliconi	• Utili in situazioni di lieve entità e breve durata. • Se presente dolore epigastrico accompagnato da gonfiore l'associazione antiacido polimetilsilicone può essere utilizzata.
Dispositivi muco-protettivi	• Es. mucopolisaccaridi o similari. • Utili per proteggere la mucosa gastrica e gestire il dolore epigastrico.
Inibitori di pompa protonica	• Utili in caso di dolore epigastrico ricorrente o non controllato con altre terapie senza obbligo di prescrizione. • La durata del trattamento senza supervisione medica non deve superare i 14 giorni
Procinetici	• Es. metoclopramide a basso dosaggio. • Trovano impiego nelle situazioni in cui è presente nausea. • Cautela impiego in pazienti anziani e politrattati.

TRATTAMENTI NON FARMACOLOGICI

Dieta e alimentazione	• Evitare pasti abbondanti e ricchi di grassi. • Limitare il consumo di alcol. • Identificare ed eliminare potenziali "trigger" personali in grado di provocare sintomi. • Preferire una dieta equilibrata (es. dieta mediterranea).
Stili di vita e abitudini	• Ridurre il peso corporeo in caso di sovrappeso. • Non coricarsi nelle 2–3 ore successive ai pasti, in particolare la sera. • Smettere di fumare. • Sollevare la testata del letto in caso di sintomi notturni.

Figura 1/A*

Dieta e alimentazione	• Pasti piccoli e frequenti. • Mangiare lentamente. • Evidenze dietetiche sono limitate ma limitare alimenti ricchi di grassi.
Stili di vita e abitudini	• Adottare uno stile di vita sano.

Figura 1/B*

Dieta e alimentazione	• Seguire un'alimentazione equilibrata.
Stili di vita e abitudini	• Evitare farmaci gastro lesivi quando possibile (es. FANS).

*FOCUS ON ALGINATI[1]

Mucoadesione e Mucoprotezione → Caratteristiche

Mucoadesione e Mucoprotezione → Azione → Gli alginati esercitano anche un effetto protettivo topico sulla mucosa di esofago e laringe, preservando la barriera epiteliale dall'insulto acido e dalla pepsina.

Caratteristiche →

- **Reticolazione ionica** → • La presenza di ioni calcio è fondamentale per reticolare i gel, rendendo il network polimerico più resistente e stabile di fronte alle sollecitazioni meccaniche.
- **Proprietà viscoelastiche** → • Il comportamento viscoelastico determina la consistenza del gel e la sua capacità di resistere al reflusso senza perdere la struttura.
- **Tipo e peso molecolare** → • Gli alginati ad elevato peso molecolare o elevato potere viscosizzante, favoriscono la formazione di un gel più consistente e potenzialmente più stabile.
- **Contenuto di sodio** → • Il contenuto di sodio della formulazione, che può rappresentare un elemento di attenzione nei pazienti con ipertensione o in dieta iposodica.

→ Alginati caratterizzati da maggiore elasticità e viscosità, offrono una resistenza superiore al reflusso e un effetto protettivo.

1 Effetto mucoadesivo e mucoprotettivo.

Figura 1/A*

* Figure 1/A e 1/B vedi pagine 28-30

CAPITOLO 2

Gonfiore, distensione e crampi addominali

Riconoscere e gestire le problematiche del basso tratto gastrointestinale

Introduzione

Il gonfiore addominale, la sensazione di “pancia tesa” e i crampi addominali rappresentano disturbi molto frequenti nella pratica quotidiana del farmacista. Sebbene nella maggior parte dei casi si tratti di condizioni benigne e transitorie, questi sintomi possono influenzare significativamente il benessere del paziente, limitando le attività quotidiane e compromettendo la qualità di vita.

Il primo passo nella gestione consiste nel distinguere correttamente il sintomo riferito dal paziente. Gonfiore, distensione addominale e crampi vengono infatti spesso utilizzati come sinonimi, pur identificando condizioni differenti che possono richiedere approcci terapeutici specifici.

Attraverso una corretta raccolta anamnestica il farmacista può orientare il consiglio professionale, identificare eventuali fattori scatenanti e riconoscere tempestivamente i casi che necessitano di una valutazione medica.

Riconoscere il sintomo

Tabella 1. Le principali manifestazioni del basso tratto gastrointestinale

Disturbo	Come si presenta	Caratteristiche
Gonfiore addominale	Sensazione soggettiva di “aria nella pancia”	Tende a peggiorare dopo i pasti e varia durante la giornata
Distensione addominale	Aumento visibile della circonferenza addominale	Segno obiettivo che può coesistere con il gonfiore
Crampi addominali	Dolore improvviso di tipo crampiforme	Episodi intermittenti di intensità variabile

Come distinguere gonfiore e distensione

Sebbene spesso coesistano, gonfiore e distensione addominale non rappresentano la stessa condizione.

Il gonfiore è una sensazione soggettiva riferita dal paziente, mentre la distensione è un aumento reale e misurabile della circonferenza addominale. Entrambe possono essere associate ad alterazioni della motilità intestinale, accumulo di gas o aumentata sensibilità viscerale.

I crampi addominali costituiscono invece una manifestazione dolorosa legata alla contrazione della muscolatura liscia intestinale e possono comparire isolatamente oppure associarsi al gonfiore.

Distinguere tra gonfiore, distensione e crampi rappresenta il primo passo per orientare correttamente il consiglio professionale e individuare il trattamento più appropriato.

Gestione del paziente in farmacia

La scelta del trattamento dipende dalla sintomatologia predominante e dall’eventuale presenza di fattori predisponenti, come alterazioni alimentari, disturbi funzionali intestinali o sindrome dell’intestino irritabile (IBS).

L’obiettivo del consiglio professionale è alleviare i sintomi, migliorare il benessere del paziente e identificare eventuali situazioni che richiedono un approfondimento diagnostico.

Quando inviare il paziente al medico

La presenza di uno o più segnali di allarme rende necessaria una valutazione medica.

Red Flags

- comparsa dei sintomi dopo i 50 anni;
- sintomi persistenti oltre 14 giorni;
- peggioramento progressivo della sintomatologia;
- dolore persistente o notturno;
- dolore cronico associato alla defecazione;
- perdita di peso non intenzionale;
- anemia o marcata stanchezza;
- sangue nelle feci;
- febbre;
- vomito persistente;
- diarrea persistente;
- familiarità per patologie gastrointestinali.

Approccio terapeutico

Tabella 2. Principali opzioni terapeutiche

Sintomo prevalente	Opzione terapeutica	Razionale
Gonfiore	Simeticone	Favorisce l’eliminazione dei gas intestinali
Gonfiore/IBS	Olio essenziale di Menta piperita	Riduzione del dolore e della flatulenza
	Probiotici	Modulazione del microbiota
Crampi/IBS	Olio essenziale di Menta piperita	Azione antispastica: blocco dei canali del calcio nella muscolatura intestinale
Crampi	Butilscopolamina (N-butil bromuro di joscina)	Antispastico di prima scelta
	Paracetamolo eventualmente in associazione a Butilscopolamina (N-butil bromuro sale di joscina)	Supporto analgesico quando necessario

ATTENZIONE

L’utilizzo di FANS non è raccomandato nel trattamento dei crampi addominali, poiché può aumentare il rischio di eventi avversi gastrointestinali.

Anche gli oppioidi dovrebbero essere evitati, in quanto possono rallentare la motilità intestinale e contribuire al peggioramento della sintomatologia.

Il ruolo dello stile di vita

Le modifiche delle abitudini alimentari rappresentano un elemento fondamentale nella gestione del paziente con gonfiore e distensione addominale.

Tra le principali raccomandazioni:

- consumare pasti regolari e non eccessivamente abbondanti;
- identificare gli alimenti che favoriscono la comparsa dei sintomi;
- valutare, quando appropriato, una dieta a ridotto contenuto di FODMAP sotto supervisione del medico o del nutrizionista;
- limitare il consumo di alimenti altamente fermentabili;
- gestire lo stress, riconoscendo il ruolo dell’asse intestino-cervello nella modulazione della sintomatologia.

Focus clinico

Sindrome dell’intestino irritabile (IBS)

Nei pazienti con IBS il gonfiore e i crampi addominali rappresentano sintomi particolarmente frequenti. In questi soggetti alcune strategie terapeutiche, come l’impiego di specifici ceppi probiotici o dell’olio essenziale di Menta piperita, possono contribuire al miglioramento della sintomatologia, sempre nell’ambito di una gestione complessiva che includa alimentazione, stile di vita e controllo dei fattori psico-emotivi.

Figura 2 - FLOWCHART GESTIONE GONFIORE, DISTENSIONE E CRAMPI ADDOMINALI

Gonfiore, distensione e crampi addominali

SINTOMI RIFERITI

Mal di pancia basso ventre

sesso femminile, dolore correlato al ciclo mestruale

consultare protocollo dimenorrea

Dolore intermittente e/o crampiforme

Aumento visibile della circonferenza addominale → **Distensione**

Sensazione soggettiva di pienezza o tensione → **Gonfiore**

Durata > 6 mesi, sintomi presenti negli ultimi tre mesi almeno 1 volta a settimana → Dolore correlato a cambiamento frequenza/aspetto defecazione → Ha consultato il medico?

- **NO** → Considerare opzione IBS Invio al medico
- **SI** → Diagnosi confermata di IBS → Distensione o gonfiore, Dolore addominale, Diarrea, Stipsi, Forme miste → Supporto con trattamenti sintomatici senza obbligo di prescrizione

TRATTAMENTI FARMACOLOGICI

Antispastici	Butilscopolamina (N-butilbromuro sale di joscina) sola o in associazione con paracetamolo. • Agisce direttamente sulla muscolatura liscia intestinale. • Riduce lo spasmo responsabile del dolore. • Terapia di prima linea per la gestione dei crampi addominali.
Analgesici	Es. Paracetamolo. • Alternativa terapeutica o complementare se l'antispastico da solo non è sufficientemente efficace. • Riduce intensità e frequenza del dolore con un buon profilo di tollerabilità. • L'uso di antinfiammatori (FANS) non è raccomandato per i crampi addominali a causa del rischio di eventi avversi gastrointestinali. • Gli oppioidi sono fortemente sconsigliati poiché possono peggiorare i sintomi riducendo la motilità.
Olio Menta piperita	• Il mentolo esercita un'azione antispastica bloccando i canali del calcio presenti nella muscolatura intestinale. • Utile nel migliorare i sintomi nei soggetti con Sindrome dell'Intestino Irritabile (IBS).
Olio Menta piperita	• Utile per la gestione della flatulenza e del dolore in particolare nei soggetti con Sindrome dell'Intestino Irritabile (IBS).
Polimetilsiliconi	Es. Simeticone. • Agente antiflatulento comunemente impiegato per favorire l'eliminazione dei gas intestinali. • Evidenze limitate, benefici variabili da soggetto a soggetto.
Probiotici	• Modulano il microbiota intestinale e i processi fermentativi che producono gas. • Alcuni ceppi sono utili per ridurre il gonfiore in particolare nei soggetti con Sindrome dell'Intestino Irritabile (IBS).

TRATTAMENTI NON FARMACOLOGICI

Dieta e alimentazione	• Identificare "trigger" ed evitare alimenti o bevande potenzialmente scatenanti il disturbo. • Approccio gestionale consolidato per disturbi di intensità lieve/intermedia.
Gestione stress e fattori psicoemotivi	• Possono influenzare l'asse intestino-cervello modulando la motilità e la sensibilità viscerale. • Comprendere che il disturbo presenta una natura benigna e autolimitante può contribuire a diminuire l'impatto del problema.
Dieta e alimentazione	• Regolarità alimentare e controllo delle porzioni: consumare pasti a orari regolari ed evitare porzioni eccessivamente abbondanti per non sovraccaricare il tratto digerente costituiscono interventi di prima linea. • Dieta a basso contenuto di FODMAP: particolarmente utile in caso di sintomi persistenti. Prevede una riduzione temporanea di carboidrati a catena corta (oligo-, di-, mono-saccaridi e polioli) che, se fermentati dal microbiota, producono gas e richiamano acqua a livello dell'intestino. Richiede supervisione medica o nutrizionale nel caso siano necessarie restrizioni dietetiche prolungate. • Nel caso di distensione visibile e gonfiore post-prandiale identificare correlazioni tra segni/sintomi e l'assunzione di specifici cibi che causano fermentazione o gas. Eliminare o limitare il consumo di questi alimenti può migliorare la percezione del disturbo.

Figura 2/A*

Figura 2/B*

* Figure 2/A e 2/B vedi pagine 32-34

CAPITOLO 3

Diarrea acuta
Informazioni per riconoscere e gestire il problema

La diarrea acuta: un disturbo frequente, generalmente autolimitante

La diarrea acuta rappresenta una delle principali cause di richiesta di consiglio in farmacia. È caratterizzata dall'emissione di feci liquide o semiliquide con una frequenza superiore al normale (3 o più evacuazioni al giorno) e, nella maggior parte dei casi, ha una durata inferiore a 14 giorni. Può essere accompagnata da nausea, vomito, dolore addominale, crampi, febbre e malessere generale.

Nella maggior parte dei pazienti adulti sani si tratta di una condizione autolimitante che tende a risolversi spontaneamente nell'arco di pochi giorni. Tuttavia, la perdita di liquidi ed elettroliti può determinare disidratazione, una complicanza particolarmente rilevante nei bambini, negli anziani e nei soggetti fragili.

Il farmacista svolge un ruolo fondamentale nell'identificare precocemente i pazienti candidati all'automedicazione, promuovere una corretta reidratazione e riconoscere le situazioni che richiedono una tempestiva valutazione medica.

Riconoscere il problema

Tabella 1. Caratteristiche della diarrea acuta

Caratteristica	Descrizione
Durata	Inferiore a 14 giorni
Numero di evacuazioni	3 o più nelle 24h
Consistenza delle feci	Liquida o semiliquida
Sintomi associati	Nausea, vomito, crampi addominali, febbre, malessere

Le principali forme di diarrea acuta

Diarrea infettiva

È la forma più frequente di diarrea acuta ed è sostenuta prevalentemente da virus, responsabili della maggior parte dei casi. Può essere accompagnata da febbre, nausea, vomito, dolore addominale e malessere generale e, nella maggior parte dei casi, evolve favorevolmente in pochi giorni.

Diarrea del viaggiatore

Compare durante o dopo un viaggio in Paesi con condizioni igienico-sanitarie differenti da quelle abituali. È generalmente correlata al consumo di acqua o alimenti contaminati e il rischio varia in funzione della destinazione e della durata del soggiorno.

Diarrea associata all'uso di antibiotici (AAD)

È una delle principali conseguenze dell›alterazione della flora batterica intestinale indotta dalla terapia antibiotica. Può comparire durante il trattamento oppure nelle settimane successive e la sua comparsa dipende sia dal tipo di antibiotico sia dalle caratteristiche del paziente.

La reidratazione rappresenta il primo e più importante intervento terapeutico nella gestione della diarrea acuta.

Gestione del paziente in farmacia

La gestione del paziente con diarrea acuta ha due obiettivi principali: prevenire la disidratazione e favorire la risoluzione della sintomatologia, individuando precocemente eventuali condizioni che richiedono un approfondimento clinico.

La scelta dell'approccio terapeutico dipende dalla probabile causa della diarrea, dall'età del paziente, dalla durata dei sintomi e dalla presenza di eventuali fattori di rischio.

Quando inviare il paziente al medico

La presenza di uno o più segnali di allarme rende opportuna una valutazione medica.

Red Flags - Popolazione adulta

- diarrea persistente oltre 48 ore senza miglioramento;
- segni di disidratazione;
- sangue o muco nelle feci;
- febbre superiore a 38,5 °C;
- dolore addominale severo;
- perdita di peso non intenzionale;
- diarrea notturna;
- alternanza diarrea-stipsi.

Red Flags - Popolazione pediatrica

- diarrea frequente e con volumi elevati (> 8 episodi al giorno).
- patologia grave sottostante (diabete, insufficienza renale).
- età inferiore ai 3 mesi.
- perdite superiori al 5% del peso.
- il bambino non vuole bere o non trattiene i liquidi.
- vomito persistente che impedisce la reidratazione e la rialimentazione.
- sintomi associati gravi o situazioni non riconducibili infezioni virali.
- il bambino è apatico, irritabile, non sorride, gioca poco, presenta occhi alonati, cute anelastica (segni di disidratazione).

Particolare attenzione deve essere rivolta ai bambini di età inferiore ai 3 mesi, agli anziani e ai pazienti fragili.

Approccio terapeutico

Tabella 2. Principali opzioni terapeutiche

Intervento	Ruolo
Soluzioni reidratanti orali (ORS)	Trattamento di prima scelta per prevenire e correggere la disidratazione
Loperamide	Riduce la frequenza delle evacuazioni nelle forme non complicate dell'adulto
Diosmectite	Riduce la durata della diarrea e migliora la consistenza fecale
Tannato di gelatina	Favorisce la protezione della mucosa intestinale
Probiotici	Alcuni ceppi possono contribuire al riequilibrio del microbiota intestinale (*Lactobacillus rhamnosus GG, Saccharomyces boulardii CNCM I-745*, Enterococcus faecium SF68, Bacillus clausii ceppi O/C, N/R, SIN, T*, Lactobacillus reuteri DSM 17938, L. rhamnosus 19070-2 + L. reuteri DSM 12246*)

Alimentazione durante la diarrea

Contrariamente a quanto ritenuto in passato, la rialimentazione non deve essere ritardata.

È consigliabile mantenere un'alimentazione leggera, facilmente digeribile e povera di grassi, privilegiando alimenti ricchi di amido come riso e patate, carne magra, verdure cotte e frutta facilmente digeribile.

È invece opportuno limitare il consumo di alcolici, caffeina, cibi ricchi di grassi, zuccheri semplici e dolcificanti ad azione osmotica. Nei lattanti non deve essere sospeso l'allattamento al seno.

Focus clinico

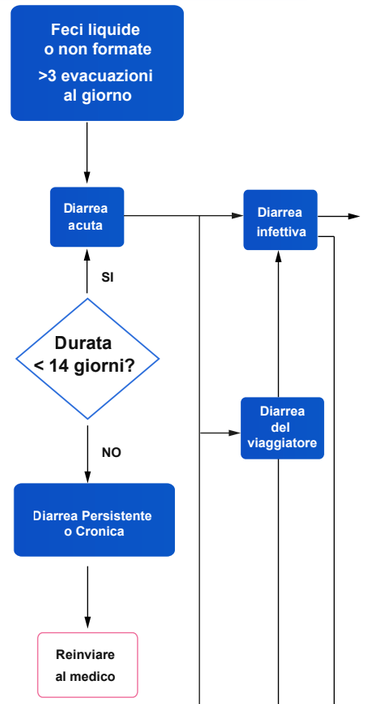
Il rischio di disidratazione

La perdita di liquidi e sali minerali rappresenta la principale complicanza della diarrea acuta. La comparsa di sete intensa, mucose secche, riduzione della diuresi, urine concentrate o marcata debolezza deve sempre essere attentamente valutata, soprattutto nei bambini piccoli e negli anziani, che presentano un rischio maggiore di sviluppare disidratazione clinicamente significativa.

Figura 3 - FLOWCHART GESTIONE DIARREA

Diarrea

SINTOMI RIFERITI



TRATTAMENTI FARMACOLOGICI

Adsorbenti intestinali

Diosmectite:
- riduce la durata della diarrea;
- aumenta la consistenza fecale;
- adsorbe enterotossine, virus e batteri;
- !! Somministrare ad almeno due ore di distanza da eventuali farmaci per evitarne l'adsorbimento !!;
- utile anche nelle diarree indotte da radioterapia e chemioterapia.

Agenti protettivi per la mucosa intestinale

Tannato di gelatina:
- crea un film protettivo sulla superficie della mucosa intestinale;
- riduce infiammazione e permeabilità intestinale;
- miglioramento della frequenza delle scariche e della consistenza delle feci nei bambini.

Probiotici

ADULTI	
CEPPO	**DOSE**
Lactobacillus rhamnosus GG	10^9 UFC - 2 volte/die
*Saccharomyces boulardii CNCM I-745**	$5x10^9$ UFC o 250mg - 2 volte/die
Enterococcus faecium SF68	$7,5x10^7$ UFC - 3 volte/die
*Bacillus clausii (ceppi O/C, N/R, SIN, T)**	$6x10^9$ UFC/die
BAMBINI	
CEPPO	**DOSE**
Lactobacillus rhamnosus GG	$>10^{10}$ UFC/die per 5-7 giorni
*Saccharomyces boulardii CNCM I-745**	250-750mg/die per 5-7 giorni
Lactobacillus reuteri DSM 17938	da $1x10^8$ a $4x10^8$ UFC/die per 5 giorni
L. rhamnosus 19070-2 + L. reuteri DSM 12246	$2x10^{10}$ UFC/ceppo/die per 5 giorni
*Bacillus clausii (ceppi O/C, N/R, SIN, T)**	Da $2x10^9$ a $4x10^9$ UFC/die

TRATTAMENTI NON FARMACOLOGICI

Soluzioni reidratanti orali (ORS)
- terapia di prima scelta per la gestione della diarrea di qualsiasi origine;
- indicata sia per adulti che bambini;
- liquidi o polveri da ridisciogliere in acqua contenenti elettroliti (sodio, potassio) e zuccheri (glucosio, destrosio, maltodestrine);
- possono contenere anche probiotici e/o zinco.

Misure dietetiche
- non sospendere l'alimentazione o reintrodurla non appena tollerata;
- no diete restrittive;
- dieta equilibrata, leggera, facilmente digeribile, ricca di amido, povera in grassi e sostanze irritanti (ok riso, patate, banana, mela sbucciata, zuppe, verdure cotte, carne magra);
- evitare consumo di: alcool, caffeina, zuccheri semplici, cibi grassi/fritti, polioli (dolcificanti, chewing gum);
- nei lattanti non sospendere l'allattamento al seno;
- devono essere affiancate alla reidratazione orale.

Nelle diarree di origine infettiva
- Il lavaggio frequente delle mani è fondamentale per ridurre il rischio di contagio.

Nella diarrea del viaggiatore

In caso di viaggio nelle zone a rischio:
- bere solo acqua in bottiglie sigillate;
- evitare il ghiaccio;
- preferire cibi cotti.

Figura 3/A*

Figura 3/B*

Agenti antimotilici

Loperamide:
- rallenta il transito intestinale e aumenta il tono rettale;
- riduce la frequenza delle scariche;
- aumenta la consistenza delle feci e ne riduce il volume;
- terapia sintomatica di elezione nei casi lievi-moderati di diarrea del viaggiatore;
- durata trattamento: max 48h
- controindicata nei casi di sospetta diarrea infiammatoria e nella popolazione pediatrica.

Probiotici

L'uso preventivo di Saccharomyces boulardii CNCM I-745 può ridurre il rischio di sviluppare questa sintomatologia.

Diarrea da uso di antibiotici (AAD)

Agenti antimotilici

Loperamide:
- rallenta il transito intestinale e aumenta il tono rettale;
- riduce la frequenza delle scariche;
- aumenta la consistenza delle feci e ne riduce il volume;
- terapia sintomatica di elezione nei casi lievi-moderati di diarrea del viaggiatore;
- durata trattamento: max 48h
- controindicata nei casi di sospetta diarrea infiammatoria e nella popolazione pediatrica.

Adsorbenti intestinali

Diosmectite:
- riduce la durata della diarrea;
- aumenta la consistenza fecale;
- adsorbe enterotossine, virus e batteri;
- !! Somministrare ad almeno due ore di distanza da eventuali farmaci per evitarne l'adsorbimento !!;
- utile anche nelle diarree indotte da radioterapia e chemioterapia.

Probiotici

ADULTI	
CEPPO	**DOSE**
Lactobacillus rhamnosus GG	
*Saccharomyces boulardii CNCM I-745**	5x10^9 UFC o 250 mg - 2 volte/die
*Bacillus clausii (ceppi O/C, N/R, SIN, T)**	Da 4x10^9 a 6x10^9 UFC/die per 14 giorni
BAMBINI	
CEPPO	**DOSE**
Lactobacillus rhamnosus GG	5x10^9 UFC o 250 mg - 2 volte/die
*Saccharomyces boulardii CNCM I-745**	5x10^9 UFC o 250 mg - 2 volte/die
*Bacillus clausii (ceppi O/C, N/R, SIN, T)**	Da 2x10^9 a 4x10^9 UFC/die per 14 giorni

I probiotici devono essere assunti per almeno l'intera durata della terapia antibiotica ed auspicabilmente per i 7 giorni successivi.

*Presenti in commercio come farmaci -> seguono l'iter regolatorio dei farmaci veri e propri -> maggiore garanzia di qualità, sicurezza ed efficacia; indicazioni terapeutiche approvate (a differenza dei food supplements).

* Figure 3/A e 3/B vedi pagine 36-38

CAPITOLO 4

Dismenorrea

Riconoscere e gestire il dolore mestruale

Il dolore mestruale: un disturbo frequente che può influenzare la qualità di vita

La dismenorrea, comunemente definita dolore mestruale, è una condizione estremamente frequente che interessa una quota significativa delle donne in età fertile. Si manifesta tipicamente con un dolore crampiforme localizzato al basso addome, che può irradiarsi alla regione lombare e agli arti inferiori e che spesso si associa ad altri sintomi, quali nausea, diarrea, cefalea, stanchezza e disturbi del sonno.

Il dolore è legato all'aumentata produzione di prostaglandine, sostanze coinvolte nelle contrazioni uterine durante il ciclo mestruale. Sebbene nella maggior parte dei casi si tratti di una condizione benigna, è importante distinguere le forme primarie da quelle secondarie, poiché queste ultime possono essere l'espressione di patologie ginecologiche sottostanti che richiedono una valutazione specialistica.

Il farmacista rappresenta spesso il primo professionista sanitario a cui la donna si rivolge. Attraverso un'attenta valutazione della sintomatologia è possibile orientare il consiglio terapeutico e riconoscere le situazioni che necessitano di un approfondimento clinico.

Dismenorrea primaria e secondaria

La distinzione tra le due principali forme di dismenorrea rappresenta il primo passaggio nella gestione della paziente.

Tabella 1. Le principali forme di dismenorrea

Dismenorrea primaria	Dismenorrea secondaria
Compare generalmente poco dopo il menarca	Compare dopo anni di cicli non dolorosi
Dolore crampiforme che inizia poco prima o all'inizio del ciclo	Dolore continuo o persistente, anche al di fuori del ciclo
Durata generalmente di 24–48 ore	Può essere associata a dolore durante i rapporti sessuali e sanguinamenti anomali
Non è associata a patologie ginecologiche	È spesso correlata a patologie come endometriosi, adenomiosi o altre condizioni ginecologiche

Riconoscere i sintomi

Nella dismenorrea primaria il dolore interessa prevalentemente il basso addome e può irradiarsi verso la schiena e gli arti inferiori. L'intensità è variabile e può essere accompagnata da nausea, diarrea, cefalea, affaticamento e disturbi del sonno.

La dismenorrea secondaria presenta invece caratteristiche differenti: il dolore tende a essere più persistente, può comparire anche lontano dal periodo mestruale ed è frequentemente associato a sintomi ginecologici, quali sanguinamenti anomali o dolore durante i rapporti sessuali.

La comparsa di un dolore mestruale improvvisamente diverso dal solito o insorto dopo anni di cicli non dolorosi deve sempre indurre a sospettare una forma secondaria.

Gestione del dolore mestruale

La gestione della dismenorrea si basa sull'identificazione della forma clinica e sull'impiego di interventi farmacologici e non farmacologici finalizzati al controllo della sintomatologia.

Nella dismenorrea primaria il trattamento è prevalentemente sintomatico; nelle forme secondarie è invece fondamentale individuare e trattare la causa sottostante.

Quando inviare la paziente al medico

La presenza di uno o più segnali di allarme rende opportuna una valutazione ginecologica.

Red Flags

- dolore particolarmente intenso o diverso rispetto ai cicli precedenti;
- mancata risposta ai medicinali da banco;
- comparsa del dolore dopo anni di cicli non dolorosi;
- sanguinamenti anomali;
- febbre associata al dolore;
- patologie ginecologiche già note;
- dolore durante i rapporti sessuali.

Approccio terapeutico

Tabella 2. Principali opzioni terapeutiche

Intervento	Ruolo nella gestione
FANS (ibuprofene, naprossene, diclofenac)	Trattamento di prima scelta nella dismenorrea primaria. Agiscono riducendo la sintesi delle prostaglandine.
Paracetamolo	Alternativa nei casi di controindicazione o intolleranza ai FANS, generalmente con efficacia inferiore.
Magnesio (forme organiche)	Supporto nella gestione della dismenorrea primaria se assunto con regolarità.

Stile di vita e misure di supporto

Le misure non farmacologiche possono contribuire alla riduzione della sintomatologia e rappresentano un utile complemento alla terapia.

Tra le principali raccomandazioni:

- praticare attività fisica regolare;
- applicare calore locale mediante borsa dell'acqua calda o cerotti termici;
- seguire un'alimentazione equilibrata;
- assicurare un adeguato apporto di omega-3, vitamina E e magnesio, quando appropriato.

Figura 4 - FLOWCHART GESTIONE DELLA DISMENORREA

Dismenorrea

SINTOMI RIFERITI

Donna, «Mal di pancia» basso addome, zona pelvica

- **Dolore crampiforme o spasmodico**
- **Comparsa sintomi a prima mestruazione**
- **Flusso mestruale normale o lieve**
- **Dolore solo durante periodo mestruale**
- **Presenza nausea, vomito, stanchezza, mal di testa**
- → **Dismenorrea primaria**

- **Dolore sordo e continuo**
- **Comparsa dopo anni/mesi prima mestruazione**
- **Flusso mestruale generalmente abbondante**
- **Dolore presente anche nel periodo intermestruale**
- **Possibile dispareunia e metrorragia**
- → **Dismenorrea secondaria**

TRATTAMENTI FARMACOLOGICI

Antinfiammatori (FANS)	• Agiscono riducendo le prostaglandine, molecole responsabili dell'incremento dell'attività endometriale e del dolore. • Rappresentano la terapia di prima scelta (I linea). • Es. ibuprofene, naprossene, diclofenac. • Efficacia massima se assunti ai primi sintomi. • Assumere ad intervalli regolari. • Durata del trattamento: generalmente 2–3 giorni.
Paracetamolo	• Rappresenta la terapia di seconda linea. • Alternativa per chi non può assumere/tollerare i FANS. • Generalmente meno efficace sul dolore mestruale.
Magnesio*	• Soluzione di supporto alla terapia principale. • Utile se assunto regolarmente. • Livelli di evidenza bassi/moderati.
Antinfiammatori FANS	• Possono rappresentare una terapia di supporto per la gestione sintomatica del dolore. • Spesso non sono sufficienti per la gestione di questa forma di dismenorrea. • Non limitarsi all'automedicazione. • Fondamentale trattare la causa sottostante.

→ Invio al medico

TRATTAMENTI NON FARMACOLOGICI

Dieta e alimentazione	Bassi/moderati livelli di evidenza • Alimentazione e integrazione: Omega-3 (pesce, olio di pesce), Vitamina E, Magnesio.
Stili di vita e abitudini	• Bassi/moderati livelli di evidenza • Attività fisica: Praticare esercizio fisico per 45–60 minuti, almeno 3 volte a settimana. Efficace per migliorare il flusso sanguigno e ridurre lo stress correlato al dolore. • Borsa dell'acqua calda o cerotti termici per favorire il rilassamento muscolare

*FOCUS ON MAGNESIO

Magnesio

- **Sali organici**
  - Acetato
  - Aspartato
  - Citrato
  - Gluconato
  - Lattato
  - Pidolato
- **Sali inorganici**
  - Carbonato
  - Cloruro
  - Solfato
  - Ossido

→ **Biodisponibilità ed assorbimento**

- Sali organici maggiormente biodisponibili
- Sali organici alta tollerabilità gastrointestinale
- Altri fattori influenzanti:
  - Solubilità e ionizzazione
  - Tecnologia formulativa (liposomica, enterica, etc)

CAPITOLO 5

Stipsi
Informazioni per riconoscere e gestire il problema

La stipsi: un disturbo frequente che richiede un approccio personalizzato

La stipsi è uno dei disturbi gastrointestinali più comuni nella popolazione generale e interessa persone di tutte le età, con una maggiore prevalenza nelle donne e nei soggetti oltre i 50 anni. Non si identifica esclusivamente con una ridotta frequenza delle evacuazioni, ma comprende un insieme di sintomi che possono influenzare significativamente la qualità di vita, come feci dure, sforzo evacuativo, sensazione di svuotamento incompleto e gonfiore addominale.

Nella maggior parte dei casi la stipsi è legata a fattori funzionali o comportamentali, quali un'alimentazione povera di fibre, un ridotto apporto di liquidi, la sedentarietà o l'abitudine a reprimere lo stimolo evacuativo. Tuttavia, in alcuni pazienti può rappresentare la manifestazione di patologie sottostanti oppure essere correlata all'assunzione di specifici farmaci.

Il farmacista riveste un ruolo centrale nell'identificazione della tipologia di stipsi, nella promozione di corrette abitudini di vita e nell'individuazione dei pazienti che richiedono una valutazione medica.

Riconoscere il problema

Tabella 1. Le principali caratteristiche della stipsi

Segno o sintomo	Caratteristiche
Evacuazioni poco frequenti	Meno di tre evacuazioni alla settimana
Feci dure o secche	Difficili da espellere
Sforzo evacuativo	Necessità di spingere durante l'evacuazione
Sensazione di svuotamento incompleto	Persistente sensazione di non aver evacuato completamente
Gonfiore addominale	Fastidio e tensione addominale frequentemente associati

Stipsi occasionale e stipsi cronica

La durata dei sintomi rappresenta uno dei principali criteri per distinguere le diverse forme di stipsi.

Tabella 2. Le principali forme di stipsi

Stipsi occasionale	Stipsi cronica
Episodi sporadici, generalmente di breve durata	Sintomi presenti o ricorrenti da oltre tre mesi
Spesso correlata a cambiamenti nello stile di vita, viaggi, dieta o stress	Può essere primaria (funzionale) o secondaria a patologie o farmaci (es. oppiacei, antipsicotici, antiparkinsoniani, antiepilettici, diuretici, abuso di antidiarroici).
Tende a risolversi con modifiche comportamentali o trattamenti OTC	Richiede una valutazione più approfondita e un approccio terapeutico continuativo

La maggior parte degli episodi di stipsi occasionale può essere gestita con modifiche dello stile di vita e, quando necessario, con l'impiego appropriato di lassativi. La persistenza dei sintomi richiede invece un approfondimento clinico.

Gestione del paziente in farmacia

Il trattamento della stipsi deve essere personalizzato sulla base della durata dei sintomi, delle caratteristiche del paziente e dell'eventuale presenza di fattori predisponenti o segnali di allarme.

Nella stipsi cronica, le modifiche dello stile di vita rappresentano sempre il primo intervento terapeutico e dovrebbero precedere l'utilizzo dei farmaci, salvo situazioni particolari.

Quando inviare il paziente al medico

La presenza di uno o più segnali di allarme rende opportuna una valutazione clinica.

Red Flags

- recente comparsa della stipsi in soggetti di età superiore ai 50 anni;
- sangue nelle feci o melena;
- dolore addominale severo o persistente;
- alternanza tra stipsi e diarrea;
- perdita di peso involontaria;
- sintomi suggestivi di occlusione intestinale;
- mancata risposta ai trattamenti già effettuati;
- assunzione di farmaci potenzialmente stipsizzanti.

Approccio terapeutico

Tabella 3. Principali opzioni terapeutiche

Classe terapeutica	Indicazioni principali
Lassativi osmotici (Macrogol/PEG)	Prima scelta nella stipsi cronica; efficaci e ben tollerati anche nel lungo periodo
Lassativi osmotici salini	Utili nella stipsi occasionale per la rapida insorgenza d'azione
Lassativi stimolanti (bisacodile, sodio picosolfato, senna)	Indicati nella stipsi occasionale o come terapia di salvataggio; preferibile un utilizzo intermittente. Bisacodile è in grado di stimolare la motilità intestinale e secrezione di acqua nel lume intestinale favorendo accelerazione del transito colico e miglioramento della consistenza delle feci. Considerato efficace nella stipsi occasionale e indicato come trattamento di prima linea.
Fibre solubili (psyllium)	Prima scelta nella stipsi cronica associata a un adeguato apporto di liquidi
Fibre insolubili (metilcellulosa e crusca)	Le evidenze risultano contrastanti, sia per la crusca sia per alcuni lassativi di massa come la carbossimetilcellulosa.
Supposte e clisteri	Utili quando è necessario ottenere uno svuotamento rapido del retto
Probiotici	Possibile trattamento complementare; evidenze ancora eterogenee

Macrogol (PEG): il trattamento di riferimento nella stipsi cronica

Tra i lassativi osmotici, il macrogol (PEG) rappresenta una delle opzioni maggiormente supportate dalle evidenze scientifiche per il trattamento della stipsi cronica. Grazie al suo meccanismo d'azione, favorisce un aumento del contenuto di acqua nelle feci, migliorandone la consistenza e facilitando l'evacuazione senza stimolare direttamente la motilità intestinale.

Il buon profilo di efficacia e tollerabilità ne consente l'impiego anche nei trattamenti prolungati e, quando appropriato, in particolari condizioni come la gravidanza, secondo le indicazioni cliniche.

Educazione del paziente

Le modifiche delle abitudini quotidiane rappresentano il cardine della gestione della stipsi e dovrebbero accompagnare qualsiasi trattamento farmacologico.

Le principali raccomandazioni comprendono:

- incrementare gradualmente l'apporto di fibre (20–30 g al giorno);
- mantenere un'adeguata idratazione (1,5–2 litri al giorno, salvo controindicazioni);
- praticare attività fisica regolare;
- non reprimere lo stimolo evacuativo;
- adottare una corretta postura durante l'evacuazione;
- evitare l'abuso di lassativi stimolanti;
- utilizzare un diario dell'alvo nei pazienti con sintomi persistenti.

Figura 5 - FLOWCHART GESTIONE DELLA STIPSI

Stipsi

SINTOMI RIFERITI

Difficoltà nella defecazione

Evacuazioni poco frequenti (<3 a settimana)

Feci dure o secche

Sensazione di svuotamento incompleto

Gonfiore e fastidio addominale

Andamento transitorio, non persistente

Durata sintomi: da pochi giorni a qualche settimana

Stipsi occasionale

Sintomi continuativi o ricorrenti

Durata sintomi: periodo > 3 mesi

Stipsi cronica*

Non riconducibile a cause organiche o farmacologiche sottostanti

Primaria

Da transito normale (normale frequenza di evacuazione, gonfiore, sensazione di svuotamento incompleto)

Da transito rallentato (ridotta frequenza di evacuazione, necessità di sforzo prolungato, sensazione di svuotamento incompleto)

Conseguente a patologie o trattamenti farmacologici sottostanti

Secondaria

*Diagnosi precedentemente effettuata dal medico

Ha consultato il medico?

SI → **Diagnosi confermata**

NO → **Invio al medico**

SI → **Supporto con trattamenti sintomatici senza obbligo di prescrizione**

TRATTAMENTI FARMACOLOGICI

Lassativi osmotici non salini	• **Macrogol (PEG)**: buon profilo di tollerabilità ed efficacia documentata sul miglioramento della frequenza evacuativa e della consistenza delle feci; ok uso in gravidanza.
Lassativi osmotici salini	• **Sali di magnesio** (es. magnesio ossido, magnesio solfato): efficaci nel migliorare frequenza di evacuazione, consistenza della feci e sintomi associati; presentano una rapida insorgenza d'azione.
Lassativi stimolanti la motilità e la secrezione intestinale	• Azione rapida (6-12 ore). • Raccomandati per uso intermittente o al bisogno. • Causano frequentemente crampi addominali, discomfort addominale, diarrea. • **Bisacodile**: trattamento di prima linea; stimola motilità e secrezione di acqua nel lume intestinale -> migliora transito colico e consistenza delle feci -> aumenta la frequenza delle evacuazioni spontanee. • **Senna**: ampiamente utilizzato. • **Sodio picosolfato**: indicato come terapia di soccorso grazie alla rapida insorgenza d'azione; possibili criticità legate all'uso prolungato.
Supposte e clismi	• Stimolano fisicamente la mucosa di colon distale e retto. • La loro efficacia diminuisce con l'uso ripetuto -> sviluppo di tolleranza. • **Supposte**: a base di glicerina, bisacodile, associazioni di bicarbonato di sodio e fosfato di sodio anidro (effervescenti); agiscono in 15-20 min dalla somministrazione (20-45 min per il bisacodile). Livello di evidenza sull'efficacia limitato. • **Clisteri**: a base di glicerina, fosfato sodico monobasico e bibasico anidro (volume max 150mL per evitare squilibri elettrolitici), miele (soprattutto in ambito pediatrico per evitare l'effetto irritante della glicerina). Attenzione a possibili traumi meccanici.
Paraffina liquida Oli emollienti vegetali	• Ammorbidiscono le feci favorendo la formazione di emulsioni acqua-lipidi nel materiale fecale. Evidenze di efficacia limitata.

Figura 5/A*

Lassativi osmotici non salini	• **Macrogol (PEG):** opzione terapeutica di prima linea; efficace, sicuro e ben tollerato anche in caso di uso prolungato; migliora frequenza evacuativa, consistenza fecale e riduce sforzo evacuativo; PEG4000 > palatabilità rispetto a PEG3350; ok uso in gravidanza. • **Lattulosio e Lattitolo:** possono causare gonfiore addominale.
Lassativi stimolanti la motilità e la secrezione intestinale	• **Bisacodile** • **Senna** • **Sodio picosolfato** Possibili criticità legate all'uso a lungo termine.
Lassativi formanti massa	• Aumentano il volume e consistenza delle feci, favoriscono la motilità intestinale e riducono lo sforzo evacuativo. • **Fibre solubili**: psyllium; trattamento di prima scelta nella stipsi cronica; quantità consigliata > 10g/die per almeno 4 settimane incrementando la dose progressivamente per migliorare la tollerabilità; per il pieno effetto terapeutico possono essere necessarie fino a 2 settimane. • **Fibre insolubili**: carbossimetilcellulosa e crusca; evidenze sull'efficacia contrastanti; possono causare meteorismo, distensione addominale, flatulenza e dolore crampiforme soprattutto nelle fasi iniziali del trattamento.
Probiotici e Prebiotici	• Approccio complementare ad altri trattamenti; evidenze ancora limitate ed eterogenee. • *Bifidobatteri* • *Lactobacillus casei Shirota* • Consultare protocollo probiotici.

Figura 5/B*

TRATTAMENTI NON FARMACOLOGICI

Attività fisica regolare	• Camminare • Fare jogging • Andare in bicicletta
Apporto di fibre	• Quantità giornaliera consigliata: 20-30g • Consumare: cereali integrali, frutta (es. kiwi, prugne), verdura, noci, semi (es. psillio)
Apporto di liquidi	• Bere almeno 1,5-2L al giorno (in relazione anche alle condizioni del paziente)
Corretta abitudine evacuativa	• Evitare di reprimere lo stimolo evacuativo • Assumere posizione semi-accucciata durante la defecazione • Massaggiare delicatamente la pancia prima di evacuare • Ricercare regolarità oraria nell'evacuazione • Bere bevande calde
Evitare abuso lassativi stimolanti	• Irritanti per la mucosa intestinale • Danno abitudine nel lungo periodo
Diario dell'alvo	Registrare: • frequenza evacuativa • consistenza delle feci • sforzo evacuativo • sensazione di evacuazione incompleta • presenza di dolore e/o gonfiore

* Figure 5/A e 5/B vedi pagine 40-42

DETTAGLIO FLOWCHART

Figura 1/A - FLOWCHART GESTIONE PROBLEMATICHE ALTO TRATTO GASTROINTESTINALE

Dettaglio sede epigastrica - zona retrosternale – dispesia e reflusso/MRGE

Problematiche alto tratto gastrointestinale

SINTOMI RIFERITI

Sede epigastrica

Zona retrosternale esofago/giugulo → **Rigurgito acido Pirosi o bruciore retrosternale** → **Reflusso/MRGE**

TRATTAMENTI FARMACOLOGICI

Antiacidi	• Neutralizzano chimicamente l'acido già presente nello stomaco. • Utili per sollievo nei sintomi occasionali e di lieve entità.
Alginati*	• Formano barriera (zattera) che impedisce risalita contenuto acido in esofago. • Effetto mucoadesivo e mucoprotettivo[1]. • Indicati per pirosi/bruciore occasionale. • Terapia di supporto assieme a terapie antisecretive (es. IPP prescritti dal medico).
Inibitori di pompa protonica (IPP)	• Riducono produzione di acido gastrico. • Indicati per sintomi frequenti o persistenti. • Rappresentano terapia di riferimento per numerose condizioni acido correlate. • Utili quando trattamenti di automedicazione, come antiacidi o alginati, falliscono. • La durata del trattamento senza supervisione medica non deve superare i 14 giorni.
Dispositivi muco-protettivi	• Es. acido ialuronico, mucopolisaccaridi. • Proteggono la mucosa con vari meccanismi. • Possono essere usati soli o in associazione ad altre terapie antisecretive (es. IPP prescritti dal medico).

TRATTAMENTI NON FARMACOLOGICI

Dieta e alimentazione	• Evitare pasti abbondanti e ricchi di grassi. • Limitare il consumo di alcol. • Identificare ed eliminare potenziali "trigger" personali in grado di provocare sintomi. • Preferire una dieta equilibrata (es. dieta mediterranea).
Stili di vita e abitudini	• Ridurre il peso corporeo in caso di sovrappeso. • Non coricarsi nelle 2–3 ore successive ai pasti, in particolare la sera. • Smettere di fumare. • Sollevare la testata del letto in caso di sintomi notturni.

*FOCUS ON ALGINATI[1]

1 Effetto mucoadesivo e mucoprotettivo.

Mucoadesione e Mucoprotezione → Caratteristiche

Mucoadesione e Mucoprotezione → Azione → Gli alginati esercitano anche un effetto protettivo topico sulla mucosa di esofago e laringe, preservando la barriera epiteliale dall'insulto acido e dalla pepsina.

Caratteristiche →

- **Reticolazione ionica** → • La presenza di ioni calcio è fondamentale per reticolare i gel, rendendo il network polimerico più resistente e stabile di fronte alle sollecitazioni meccaniche.
- **Proprietà viscoelastiche** → • Il comportamento viscoelastico determina la consistenza del gel e la sua capacità di resistere al reflusso senza perdere la struttura.
- **Tipo e peso molecolare** → • Gli alginati ad elevato peso molecolare o elevato potere viscosizzante, favoriscono la formazione di un gel più consistente e potenzialmente più stabile.
- **Contenuto di sodio** → • Il contenuto di sodio della formulazione, che può rappresentare un elemento di attenzione nei pazienti con ipertensione o in dieta iposodica.

→ Alginati caratterizzati da maggiore elasticità e viscosità, offrono una resistenza superiore al reflusso e un effetto protettivo.

Figura 1/B - FLOWCHART GESTIONE PROBLEMATICHE ALTO TRATTO GASTROINTESTINALE

Dettaglio sede epigastrica – gastrite – alginati

Problematiche alto tratto gastrointestinale

SINTOMI RIFERITI | **TRATTAMENTI FARMACOLOGICI** | **TRATTAMENTI NON FARMACOLOGICI**

Sede epigastrica

Zona retrosternale esofago/giugulo (vedi Figura 1A)

Dolore epigastrico /Bruciore epigastrico Ripienezza postprandiale/Sazietà precoce → Possibili sintomi associati: nausea, vomito, gonfiore addominale → **Dispepsia**

Antiacidi	• Indicati nei casi di bruciore epigastrico e nelle condizioni di iperacidità o se presente bruciore di lieve intensità e di breve durata (1-2 giorni).
Dispositivi muco-protettivi	• Es. mucopolisaccaridi o similari. • Utili in caso di bruciore di stomaco e dolore/bruciore epigastrico.
Inibitori di pompa protonica	• Utili nei casi di bruciore o dolore epigastrico ricorrenti o quando trattamenti di automedicazione, come antiacidi o alginati, falliscono. • La durata del trattamento senza supervisione medica non deve superare i 14 giorni
Procinetici	• Es. metoclopramide a basso dosaggio. • Trovano impiego nelle situazioni in cui è presente nausea. • Cautela impiego in pazienti anziani e politrattati
Antiacidi associati a polimetilsiliconi	• Utili in situazioni di lieve entità e breve durata se dolore epigastrico accompagnato da gonfiore.

Dieta e alimentazione	• Pasti piccoli e frequenti. • Mangiare lentamente. • Evidenze dietetiche sono limitate ma limitare alimenti ricchi di grassi.
Stili di vita e abitudini	• Adottare uno stile di vita sano. .

Dolore epigastrico ad esordio improvviso associabile a fattore scatenante (fisico, chimico, virale) → Possibili sintomi associati: nausea, vomito → **Gastrite**

Antiacidi associati a polimetilsiliconi	• Utili in situazioni di lieve entità e breve durata. • Se presente dolore epigastrico accompagnato da gonfiore l'associazione antiacido polimetilsilicone può essere utilizzata.
Dispositivi muco-protettivi	• Es. mucopolisaccaridi o similari. • Utili per proteggere la mucosa gastrica e gestire il dolore epigastrico.
Inibitori di pompa protonica	• Utili in caso di dolore epigastrico ricorrente o non controllato con altre terapie senza obbligo di prescrizione. • La durata del trattamento senza supervisione medica non deve superare i 14 giorni
Procinetici	• Es. metoclopramide a basso dosaggio. • Trovano impiego nelle situazioni in cui è presente nausea. • Cautela impiego in pazienti anziani e politrattati.

Dieta e alimentazione	• Seguire un'alimentazione equilibrata.
Stili di vita e abitudini	• Evitare farmaci gastro lesivi quando possibile (es. FANS).

Figura 2/A - FLOWCHART GESTIONE PROBLEMATICHE ALTO TRATTO GASTROINTESTINALE

Dettaglio dolore intermittente e/o crampiforme

Gonfiore, distensione e crampi addominali

SINTOMI RIFERITI

Mal di pancia basso ventre

sesso femminile, dolore correlato al ciclo mestruale

consultare protocollo dimenorrea

Dolore intermittente e/o crampiforme

TRATTAMENTI FARMACOLOGICI

Antispastici	Butilscopolamina (N-butilbromuro sale di joscina) sola o in associazione con paracetamolo. • Agisce direttamente sulla muscolatura liscia intestinale. • Riduce lo spasmo responsabile del dolore. • Terapia di prima linea per la gestione dei crampi addominali.
Analgesici	Es. Paracetamolo. • Alternativa terapeutica o complementare se l'antispastico da solo non è sufficientemente efficace. • Riduce intensità e frequenza del dolore con un buon profilo di tollerabilità. • L'uso di antinfiammatori (FANS) non è raccomandato per i crampi addominali a causa del rischio di eventi avversi gastrointestinali. • Gli oppioidi sono fortemente sconsigliati poiché possono peggiorare i sintomi riducendo la motilità.
Olio Menta piperita	• Il mentolo esercita un'azione antispastica bloccando i canali del calcio presenti nella muscolatura intestinale. • Utile nel migliorare i sintomi nei soggetti con Sindrome dell'Intestino Irritabile (IBS).

TRATTAMENTI NON FARMACOLOGICI

Dieta e alimentazione	• Identificare "trigger" ed evitare alimenti o bevande potenzialmente scatenanti il disturbo. • Approccio gestionale consolidato per disturbi di intensità lieve/intermedia.
Gestione stress e fattori psicoemotivi	• Possono influenzare l'asse intestino-cervello modulando la motilità e la sensibilità viscerale. • Comprendere che il disturbo presenta una natura benigna e autolimitante può contribuire a diminuire l'impatto del problema.

Figura 2/B - FLOWCHART GESTIONE PROBLEMATICHE ALTO TRATTO GASTROINTESTINALE

Dettaglio aumento circonferenza addominale - pienezza - tensione

Gonfiore, distensione e crampi addominali

SINTOMI RIFERITI | **TRATTAMENTI FARMACOLOGICI** | **TRATTAMENTI NON FARMACOLOGICI**

Mal di pancia basso ventre

sesso femminile, dolore correlato al ciclo mestruale (vedi Figura 2A)

consultare protocollo dimenorrea

Dolore intermittente e/o crampiforme (vedi Figura 2A)

Aumento visibile della circonferenza addominale → **Distensione**

Sensazione soggettiva di pienezza o tensione → **Gonfiore**

Olio Menta piperita	• Utile per gestione della flatulenza e del dolore in particolare nei soggetti con Sindrome dell'Intestino Irritabile (IBS).
Polimetilsiliconi	Es. Simeticone. • Agente antiflatulento comunemente impiegato per favorire l'eliminazione dei gas intestinali. • Evidenze limitate, benefici variabili da soggetto a soggetto.
Probiotici	• Modulano il microbiota intestinale e i processi fermentativi che producono gas. • Alcuni ceppi sono utili per ridurre il gonfiore in particolare nei soggetti con Sindrome dell'Intestino Irritabile (IBS).

Dieta e alimentazione	• Regolarità alimentare e controllo delle porzioni: consumare pasti a orari regolari ed evitare porzioni eccessivamente abbondanti per non sovraccaricare il tratto digerente costituiscono interventi di prima linea. • Dieta a basso contenuto di FODMAP: particolarmente utile in caso di sintomi persistenti. Prevede una riduzione temporanea di carboidrati a catena corta (oligo-, di-, mono-saccaridi e polioli) che, se fermentati dal microbiota, producono gas e richiamano acqua a livello dell'intestino. Richiede supervisione medica o nutrizionale nel caso siano necessarie restrizioni dietetiche prolungate. • Nel caso di distensione visibile e gonfiore post-prandiale identificare correlazioni tra segni/sintomi e l'assunzione di specifici cibi che causano fermentazione o gas. Eliminare o limitare il consumo di questi alimenti può migliorare la percezione del disturbo.

Durata > 6 mesi, sintomi presenti negli ultimi tre mesi almeno 1 volta a settimana → Dolore correlato a cambiamento frequenza/aspetto defecazione → Ha consultato il medico?

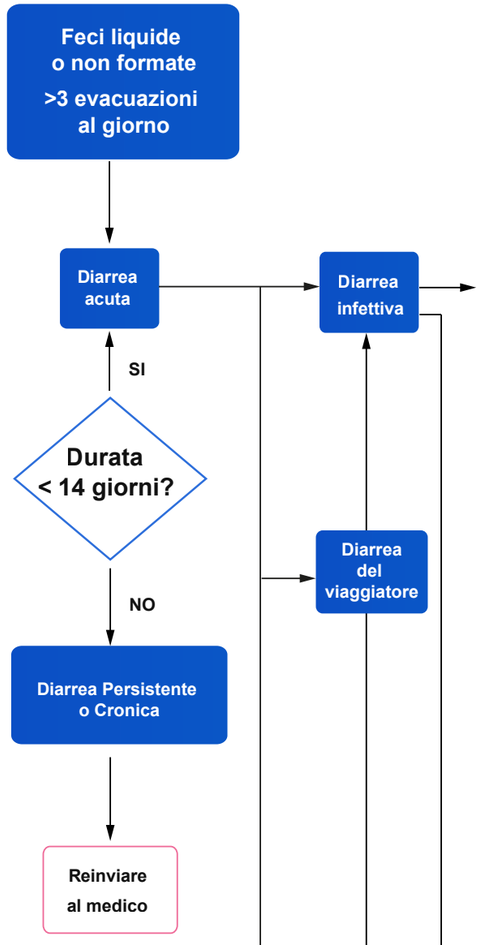
- **NO** → Considerare opzione IBS. Invio al medico
- **SI** → Diagnosi confermata di IBS → Distensione o gonfiore, Dolore addominale, Diarrea, Stipsi, Forme miste → Supporto con trattamenti sintomatici senza obbligo di prescrizione

Figura 3A - FLOWCHART GESTIONE DELLA DIARREA

Dettaglio diarrea acuta - persistente

Diarrea

SINTOMI RIFERITI



TRATTAMENTI FARMACOLOGICI

Adsorbenti intestinali

Diosmectite:
- riduce la durata della diarrea;
- aumenta la consistenza fecale;
- adsorbe enterotossine, virus e batteri;
- !! Somministrare ad almeno due ore di distanza da eventuali farmaci per evitarne l'adsorbimento !!;
- utile anche nelle diarree indotte da radioterapia e chemioterapia.

Agenti protettivi per la mucosa intestinale

Tannato di gelatina:
- crea un film protettivo sulla superficie della mucosa intestinale;
- riduce infiammazione e permeabilità intestinale;
- miglioramento della frequenza delle scariche e della consistenza delle feci nei bambini.

Probiotici

ADULTI	
CEPPO	**DOSE**
Lactobacillus rhamnosus GG	10^9 UFC - 2 volte/die
*Saccharomyces boulardii CNCM I-745**	$5x10^9$ UFC o 250mg - 2 volte/die
Enterococcus faecium SF68	$7,5x10^7$ UFC - 3 volte/die
*Bacillus clausii (ceppi O/C, N/R, SIN, T)**	$6x10^9$ UFC/die
BAMBINI	
CEPPO	**DOSE**
Lactobacillus rhamnosus GG	$>10^{10}$ UFC/die per 5-7 giorni
*Saccharomyces boulardii CNCM I-745**	250-750mg/die per 5-7 giorni
Lactobacillus reuteri DSM 17938	da $1x10^8$ a $4x10^8$ UFC/die per 5 giorni
L. rhamnosus 19070-2 + L. reuteri DSM 12246	$2x10^{10}$ UFC/ceppo/die per 5 giorni
*Bacillus clausii (ceppi O/C, N/R, SIN, T)**	Da $2x10^9$ a $4x10^9$ UFC/die

TRATTAMENTI NON FARMACOLOGICI

Soluzioni reidratanti orali (ORS)

- terapia di prima scelta per la gestione della diarrea di qualsiasi origine;
- indicata sia per adulti che bambini;
- liquidi o polveri da ridisciogliere in acqua contenenti elettroliti (sodio, potassio) e zuccheri (glucosio, destrosio, maltodestrine);
- possono contenere anche probiotici e/o zinco.

Misure dietetiche

- non sospendere l'alimentazione o reintrodurla non appena tollerata;
- no diete restrittive;
- dieta equilibrata, leggera, facilmente digeribile, ricca di amido, povera in grassi e sostanze irritanti (ok riso, patate, banana, mela sbucciata, zuppe, verdure cotte, carne magra);
- evitare consumo di: alcool, caffeina, zuccheri semplici, cibi grassi/fritti, polioli (dolcificanti, chewing gum);
- nei lattanti non sospendere l'allattamento al seno;
- devono essere affiancate alla reidratazione orale.

Nelle diarree di origine infettiva

- Il lavaggio frequente delle mani è fondamentale per ridurre il rischio di contagio.

Nella diarrea del viaggiatore

In caso di viaggio nelle zone a rischio:
- bere solo acqua in bottiglie sigillate;
- evitare il ghiaccio;
- preferire cibi cotti.

Figura 3B - FLOWCHART GESTIONE DELLA DIARREA

Dettaglio diarrea acuta - da uso di antibiotici

Diarrea

SINTOMI RIFERITI

Feci liquide o non formate
>3 evacuazioni al giorno

Diarrea acuta

Diarrea infettiva → vedi Figura 3/A

Diarrea del viaggiatore

Diarrea da uso di antibiotici (AAD)

TRATTAMENTI FARMACOLOGICI

Agenti antimotilici	**Loperamide:** • rallenta il transito intestinale e aumenta il tono rettale; • riduce la frequenza delle scariche; • aumenta la consistenza delle feci e ne riduce il volume; • terapia sintomatica di elezione nei casi lievi-moderati di diarrea del viaggiatore; • durata trattamento: max 48h • controindicata nei casi di sospetta diarrea infiammatoria e nella popolazione pediatrica.
Probiotici	L'uso preventivo di Saccharomyces boulardii CNCM I-745 può ridurre il rischio di sviluppare questa sintomatologia.
Agenti antimotilici	**Loperamide:** • rallenta il transito intestinale e aumenta il tono rettale; • riduce la frequenza delle scariche; • aumenta la consistenza delle feci e ne riduce il volume; • terapia sintomatica di elezione nei casi lievi-moderati di diarrea del viaggiatore; • durata trattamento: max 48h • controindicata nei casi di sospetta diarrea infiammatoria e nella popolazione pediatrica.
Adsorbenti intestinali	**Diosmectite:** • riduce la durata della diarrea; • aumenta la consistenza fecale; • adsorbe enterotossine, virus e batteri; • !! Somministrare ad almeno due ore di distanza da eventuali farmaci per evitarne l'adsorbimento !!; • utile anche nelle diarree indotte da radioterapia e chemioterapia.

Probiotici

ADULTI	
CEPPO	**DOSE**
Lactobacillus rhamnosus GG	
*Saccharomyces boulardii CNCM I-745**	5x10^9 UFC o 250 mg - 2 volte/die
*Bacillus clausii (ceppi O/C, N/R, SIN, T)**	Da 4x10^9 a 6x10^9 UFC/die per 14 giorni
BAMBINI	
CEPPO	**DOSE**
Lactobacillus rhamnosus GG	5x10^9 UFC o 250 mg - 2 volte/die
*Saccharomyces boulardii CNCM I-745**	5x10^9 UFC o 250 mg - 2 volte/die
*Bacillus clausii (ceppi O/C, N/R, SIN, T)**	Da 2x10^9 a 4x10^9 UFC/die per 14 giorni

I probiotici devono essere assunti per almeno l'intera durata della terapia antibiotica ed auspicabilmente per i 7 giorni successivi.

*Presenti in commercio come farmaci -> seguono l'iter regolatorio dei farmaci veri e propri -> maggiore garanzia di qualità, sicurezza ed efficacia; indicazioni terapeutiche approvate (a differenza dei food supplements).

TRATTAMENTI NON FARMACOLOGICI

Soluzioni reidratanti orali (ORS)	• terapia di prima scelta per la gestione della diarrea di qualsiasi origine; • indicata sia per adulti che bambini; • liquidi o polveri da ridisciogliere in acqua contenenti elettroliti (sodio, potassio) e zuccheri (glucosio, destrosio, maltodestrine); • possono contenere anche probiotici e/o zinco.
Misure dietetiche	• non sospendere l'alimentazione o reintrodurla non appena tollerata; • no diete restrittive; • dieta equilibrata, leggera, facilmente digeribile, ricca di amido, povera in grassi e sostanze irritanti (ok riso, patate, banana, mela sbucciata, zuppe, verdure cotte, carne magra); • evitare consumo di: alcool, caffeina, zuccheri semplici, cibi grassi/fritti, polioli (dolcificanti, chewing gum); • nei lattanti non sospendere l'allattamento al seno; • devono essere affiancate alla reidratazione orale.
Nelle diarree di origine infettiva	• Il lavaggio frequente delle mani è fondamentale per ridurre il rischio di contagio.
Nella diarrea del viaggiatore	In caso di viaggio nelle zone a rischio: • bere solo acqua in bottiglie sigillate; • evitare il ghiaccio; • preferire cibi cotti.

Figura 5/A - FLOWCHART GESTIONE DELLA STIPSI

Dettaglio stipsi occasionale

Stipsi

SINTOMI RIFERITI

- Difficoltà nella defecazione
- Evacuazioni poco frequenti (<3 a settimana)
- Feci dure o secche
- Sensazione di svuotamento incompleto
- Gonfiore e fastidio addominale

→ Andamento transitorio, non persistente

→ Durata sintomi: da pochi giorni a qualche settimana

→ **Stipsi occasionale**

TRATTAMENTI FARMACOLOGICI

Lassativi osmotici non salini	• **Macrogol (PEG)**: buon profilo di tollerabilità ed efficacia documentata sul miglioramento della frequenza evacuativa e della consistenza delle feci; ok uso in gravidanza.
Lassativi osmotici salini	• **Sali di magnesio** (es. magnesio ossido, magnesio solfato): efficaci nel migliorare frequenza di evacuazione, consistenza della feci e sintomi associati; presentano una rapida insorgenza d'azione.
Lassativi stimolanti la motilità e la secrezione intestinale	• Azione rapida (6-12 ore). • Raccomandati per uso intermittente o al bisogno. • Causano frequentemente crampi addominali, discomfort addominale, diarrea. • **Bisacodile**: trattamento di prima linea; stimola motilità e secrezione di acqua nel lume intestinale -> migliora transito colico e consistenza delle feci -> aumenta la frequenza delle evacuazioni spontanee. • **Senna**: ampiamente utilizzato. • **Sodio picosolfato**: indicato come terapia di soccorso grazie alla rapida insorgenza d'azione; possibili criticità legate all'uso prolungato.
Supposte e clismi	• Stimolano fisicamente la mucosa di colon distale e retto. • La loro efficacia diminuisce con l'uso ripetuto -> sviluppo di tolleranza. • **Supposte**: a base di glicerina, bisacodile, associazioni di bicarbonato di sodio e fosfato di sodio anidro (effervescenti); agiscono in 15-20 min dalla somministrazione (20-45 min per il bisacodile). Livello di evidenza sull'efficacia limitato. • **Clisteri**: a base di glicerina, fosfato sodico monobasico e bibasico anidro (volume max 150mL per evitare squilibri elettrolitici), miele (soprattutto in ambito pediatrico per evitare l'effetto irritante della glicerina). Attenzione a possibili traumi meccanici.
Paraffina liquida Oli emollienti vegetali	• Ammorbidiscono le feci favorendo la formazione di emulsioni acqua-lipidi nel materiale fecale. Evidenze di efficacia limitata.

TRATTAMENTI NON FARMACOLOGICI

Attività fisica regolare	• Camminare • Fare jogging • Andare in bicicletta
Apporto di fibre	• Quantità giornaliera consigliata: 20-30g • Consumare: cereali integrali, frutta (es. kiwi, prugne), verdura, noci, semi (es. psillio)
Apporto di liquidi	• Bere almeno 1,5-2L al giorno (in relazione anche alle condizioni del paziente)
Corretta abitudine evacuativa	• Evitare di reprimere lo stimolo evacuativo • Assumere posizione semi-accucciata durante la defecazione • Massaggiare delicatamente la pancia prima di evacuare • Ricercare regolarità oraria nell'evacuazione • Bere bevande calde
Evitare abuso lassativi stimolanti	• Irritanti per la mucosa intestinale • Danno abitudine nel lungo periodo
Diario dell'alvo	Registrare: • frequenza evacuativa • consistenza delle feci • sforzo evacuativo • sensazione di evacuazione incompleta • presenza di dolore e/o gonfiore

Figura 5/B - FLOWCHART GESTIONE DELLA STIPSI

Dettaglio stipsi cronica

Stipsi

SINTOMI RIFERITI

- Difficoltà nella defecazione
- Evacuazioni poco frequenti (<3 a settimana)
- Feci dure o secche
- Sensazione di svuotamento incompleto
- Gonfiore e fastidio addominale
- Sintomi continuativi o ricorrenti
- Durata sintomi: periodo > 3 mesi

→ **Stipsi cronica***

- Non riconducibile a cause organiche o farmacologiche sottostanti
- Conseguente a patologie o trattamenti farmacologici sottostanti → **Secondaria**

***Diagnosi precedentemente effettuata dal medico**

TRATTAMENTI FARMACOLOGICI

Lassativi osmotici non salini	• **Macrogol (PEG):** opzione terapeutica di prima linea; efficace, sicuro e ben tollerato anche in caso di uso prolungato; migliora frequenza evacuativa, consistenza fecale e riduce sforzo evacuativo; PEG4000 > palatabilità rispetto a PEG3350; ok uso in gravidanza. • **Lattulosio e Lattitolo:** possono causare gonfiore addominale.
Lassativi stimolanti la motilità e la secrezione intestinale	• **Bisacodile** • **Senna** • **Sodio picosolfato** Possibili criticità legate all'uso a lungo termine.
Lassativi formanti massa	• Aumentano il volume e consistenza delle feci, favoriscono la motilità intestinale e riducono lo sforzo evacuativo. • **Fibre solubili**: psyllium; trattamento di prima scelta nella stipsi cronica; quantità consigliata > 10g/die per almeno 4 settimane incrementando la dose progressivamente per migliorare la tollerabilità; per il pieno effetto terapeutico possono essere necessarie fino a 2 settimane. • **Fibre insolubili**: carbossimetilcellulosa e crusca; evidenze sull'efficacia contrastanti; possono causare meteorismo, distensione addominale, flatulenza e dolore crampiforme soprattutto nelle fasi iniziali del trattamento.
Probiotici e Prebiotici	• Approccio complementare ad altri trattamenti; evidenze ancora limitate ed eterogenee. • *Bifidobatteri* • *Lactobacillus casei Shirota* • Consultare protocollo probiotici.

TRATTAMENTI NON FARMACOLOGICI

Attività fisica regolare	• Camminare • Fare jogging • Andare in bicicletta
Apporto di fibre	• Quantità giornaliera consigliata: 20-30g • Consumare: cereali integrali, frutta (es. kiwi, prugne), verdura, noci, semi (es. psillio)
Apporto di liquidi	• Bere almeno 1,5-2L al giorno (in relazione anche alle condizioni del paziente)
Corretta abitudine evacuativa	• Evitare di reprimere lo stimolo evacuativo • Assumere posizione semi-accucciata durante la defecazione • Massaggiare delicatamente la pancia prima di evacuare • Ricercare regolarità oraria nell'evacuazione • Bere bevande calde
Evitare abuso lassativi stimolanti	• Irritanti per la mucosa intestinale • Danno abitudine nel lungo periodo
Diario dell'alvo	Registrare: • frequenza evacuativa • consistenza delle feci • sforzo evacuativo • sensazione di evacuazione incompleta • presenza di dolore e/o gonfiore

Ha consultato il medico?

- SI → **Diagnosi confermata** → SI → **Supporto con trattamenti sintomatici senza obbligo di prescrizione**
- NO → **Invio al medico**

JAKINLIFE®
VITA ALLA SALUTE. SALUTE ALLA VITA

Catalia
le idee diventano sistema