

PROTOCOLLO

PROBLEMATICHE ALTO TRATTO GASTROINTESTINALE

A cura del:

Centro Studi Società Italiana di Farmacia Clinica (SIFAC)

Revisori

Loris Lopetuso

Medico Specialista in Gastroenterologia
Centro Malattie Apparato Digerente (CEMAD)
Fondazione Policlinico Universitario Gemelli IRCCS, Roma

Luca Piretta

Medico specialista in Gastroenterologia e Scienze della Nutrizione Umana
Medico di Medicina Generale
Università Campus Bio-Medico, Roma

Francesco Carlo Gamaleri

Farmacista di comunità
Medico Chirurgo – Specialista in Pediatria Preventiva e Puericultura*

*(Esercizio esclusivo della professione medica dal 1991 al 2001;
esercizio esclusivo della professione di farmacista dal 2002)



Aggiornato a marzo 2026

La medicina è una scienza in perenne divenire. Nelle nozioni espone in questo protocollo 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, Società Scientifica 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



INDICE

1. PROBLEMATICHE DEL TRATTO GASTROINTESTINALE SUPERIORE	4
1.1 Malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE)	4
1.2 Dispepsia funzionale	7
1.3 Gastrite	8
1.3.1 Focus on <i>Helicobacter pylori</i> (H. pylori)	9
2. INQUADRAMENTO CLINICO-DIFFERENZIALE	9
2.1 Red flag	10
2.1.2 Focus on medicinali con possibile effetto GI	11
2.2 Inquadramento clinico-differenziale specifico	12
3. APPROCCIO TERAPEUTICO	13
3.1 Antiacidi	13
3.2 Dispositivi medici per gestione problematiche GI	13
3.3 Procinetici senza obbligo di prescrizione	15
3.4 Inibitori di pompa protonica	15
4. TERAPIA NON FARMACOLOGICA	16
BIBLIOGRAFIA	18



1. PROBLEMATICHE DEL TRATTO GASTROINTESTINALE SUPERIORE

I disturbi del tratto gastrointestinale superiore possono manifestarsi con una varietà di sintomi, tra cui sensazione di pienezza o gonfiore post-prandiale, dolore epigastrico, bruciore retrosternale, nausea e difficoltà digestive.

Uno studio condotto nelle farmacie di comunità italiane ⁽¹⁾ ha fornito un quadro rappresentativo della popolazione che presenta tali disturbi. I risultati dell'indagine hanno evidenziato che i sintomi più frequentemente riportati sono il bruciore epigastrico ed il rigurgito acido. Più di un paziente su due ha riferito una frequenza dei sintomi superiore a una volta alla settimana, indicando un impatto rilevante sulla qualità di vita. Circa il 40% dei soggetti intervistati non si era mai rivolto al medico per la gestione del problema, mentre una quota significativa di coloro che avevano richiesto una consulenza clinica aveva atteso da uno a sei mesi prima di farlo.

Questi dati evidenziano come il farmacista di comunità rappresenti spesso il primo punto di riferimento per il paziente. È quindi fondamentale che disponga di competenze aggiornate e di strumenti operativi adeguati per un corretto inquadramento clinico-differenziale. L'adozione di procedure standardizzate e di algoritmi clinici dedicati alla gestione dei sintomi GI costruiti su misura per il farmacista, si è dimostrata efficace nel migliorare sintomi, qualità di vita dei pazienti nonché la loro percezione della consulenza in farmacia ⁽²⁾.

Nei prossimi paragrafi verranno affrontate, secondo un approccio standardizzato (*metodo Clinical Pharmacy*), le problematiche del tratto GI superiore più frequentemente osservate nella farmacia di comunità: il reflusso gastroesofageo e la malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE), i sintomi attribuibili alla dispepsia funzionale e la gastrite.

1.1 Malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE)

Con il termine reflusso gastroesofageo si indica il passaggio retrogrado del contenuto gastrico nell'esofago attraverso lo sfintere esofageo inferiore.

Rappresenta un fenomeno fisiologico "comune", che può verificarsi anche più volte al giorno senza necessariamente causare sintomi, grazie all'efficace controllo esercitato dai meccanismi di clearance esofagea (peristalsi, flusso salivare, motilità esofagea). Si parla invece di malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE) quando il reflusso determina sintomi clinicamente rilevanti e/o lesioni della mucosa esofagea.

La malattia da reflusso gastro-esofageo è una patologia ad eziologia multifattoriale e tra i vari fattori fisiologici che possono favorirla è possibile annoverare l'ernia iatale, l'insufficienza dello sfintere esofageo inferiore (LES) ed i suoi rilasciamenti transitori, il ritardato svuotamento gastrico, l'obesità addominale e l'inefficienza della capacità di clearance esofagea ⁽³⁾. Inoltre anche la "*tasca acida*" ha un ruolo fondamentale nel reflusso ⁽⁴⁾. Quest'ultima è un'area di succo gastrico altamente acido che si forma fisiologicamente dopo i pasti nella porzione superiore dello stomaco, immediatamente al di sotto della giunzione gastroesofagea. Questa zona, più acida rispetto al resto del contenuto gastrico post-prandiale, rappresenta una fonte rilevante di materiale in caso di reflusso. In presenza di un ridotto tono dello sfintere esofageo inferiore o di ernia iatale, la tasca acida può infatti facilmente risalire nell'esofago, favorendo la comparsa di bruciore retrosternale e altri sintomi tipici della MRGE. Nell'ultimo decennio è emerso che questi fattori anatomici e funzionali non spiegano da soli la comparsa dei sintomi, i quali coinvolgono invece anche meccanismi sensoriali e percettivi più complessi, oltre all'asse intestino-cervello. È significativo come una percentuale compresa tra l'11-47% dei pazienti con esofagite erosiva non riporti né bruciore né rigurgito ⁽⁵⁾, mentre altri soggetti possano percepire bruciore in assenza di materiale acido refluyente (pirosi funzionale) o manifestare sintomi in risposta a minime quantità di tale materiale (ipersensibilità al reflusso) ⁽⁶⁾. In queste condizioni, la



sintomatologia riflette alterazioni della barriera mucosale, della sensibilità nervosa e/o della modulazione centrale dei segnali sensoriali.

La MRGE rappresenta la più comune patologia del tratto gastrointestinale superiore nei Paesi industrializzati, con una prevalenza in costante aumento anche nei Paesi in via di sviluppo ⁽⁷⁾. Si stima che circa il 20% della popolazione italiana presenti sintomi riconducibili a MRGE, con un impatto leggermente superiore nel sesso femminile rispetto a quello maschile ⁽⁸⁾. L'incidenza mostra una variabilità geografica ed una maggiore frequenza con l'avanzare dell'età, riflettendo l'influenza di fattori quali stile di vita, abitudini alimentari e comorbidità croniche nel determinare questa patologia.

Tra i principali fattori di rischio che possono favorire l'insorgenza della MRGE rientrano l'obesità e indici elevati di massa corporea, l'utilizzo di specifiche categorie di farmaci, una dieta ricca di grassi, il consumo di tabacco e alcol, la sedentarietà, la gravidanza e la familiarità per la malattia ⁽⁹⁾.

Negli ultimi decenni, specialisti e società scientifiche in ambito gastroenterologico hanno approfondito la conoscenza dei segni e sintomi della MRGE, definendo criteri diagnostici condivisi e standardizzati. Tra i documenti di riferimento si annoverano due importanti Consensus, che rappresentano i pilastri nella definizione e nella diagnosi di questa patologia. Le raccomandazioni in essi contenute costituiscono un'utile guida anche per il farmacista di comunità durante il processo di inquadramento clinico-differenziale.

- La Consensus di Montreal (2006) ha introdotto un approccio "patient-centred", secondo il quale *"la sindrome tipica da reflusso può essere diagnosticata sulla base dei sintomi caratteristici, senza la necessità di ricorrere ad indagini strumentali"*⁽¹⁰⁾.
- Circa dieci anni più tardi, la Consensus di Lione (2017, aggiornata nel 2024) ha proposto una definizione più oggettiva della patologia, secondo la quale *"la MRGE è diagnosticata in presenza di lesioni caratteristiche della mucosa rilevate all'endoscopia e/o di un'esposizione acida esofagea anomala documentata mediante monitoraggio del reflusso"*^(11,12).

Nel contesto della farmacia di comunità, l'approccio proposto dalla Consensus di Montreal rappresenta il modello di riferimento più utile per l'inquadramento iniziale del problema. In particolare, qualora il paziente presenti caratteristiche cliniche specifiche (in termini di durata, intensità e ricorrenza dei sintomi, o presenza di segni di allarme), il farmacista dovrà indirizzarlo al medico per un approfondimento diagnostico e un eventuale percorso terapeutico mirato.

Consensus di Montreal	La sindrome tipica da reflusso può essere diagnosticata sulla base dei sintomi caratteristici, senza la necessità di ricorrere ad indagini strumentali.	Razionale a supporto dell'inquadramento clinico-differenziale del problema. SUPPORTO AL PAZIENTE CHE AFFERISCE IN FARMACIA
Consensus di Lione	La MRGE è diagnosticata in presenza di lesioni caratteristiche della mucosa rilevate all'endoscopia e/o di un'esposizione acida esofagea anomala documentata mediante monitoraggio del reflusso.	DIAGNOSI OGGETTIVA DELLA PATOLOGIA MEDICO

Tabella 1

La Consensus di Montreal del 2006 definisce la MRGE come una *"condizione che si sviluppa quando un reflusso di contenuto gastrico in esofago causa sintomi o complicanze fastidiose"*. I sintomi tipici, sono rappresentati dalla piroisi o bruciore retrosternale e dal rigurgito acido ⁽¹³⁾. La piroisi o bruciore

retrosterale è il sintomo più frequente e si manifesta come una sensazione di bruciore che dallo stomaco (zona retrosterale) si irradia verso l'alto (giugulo). Il rigurgito si manifesta come una risalita di liquido di sapore acido o amaro in bocca, senza che ciò sia dovuto agli sforzi violenti del vomito (*Figura 1*). Queste due condizioni possono presentarsi contemporaneamente oppure una in forma predominante, condizionando di conseguenza la percezione del disturbo ed il relativo approccio terapeutico.

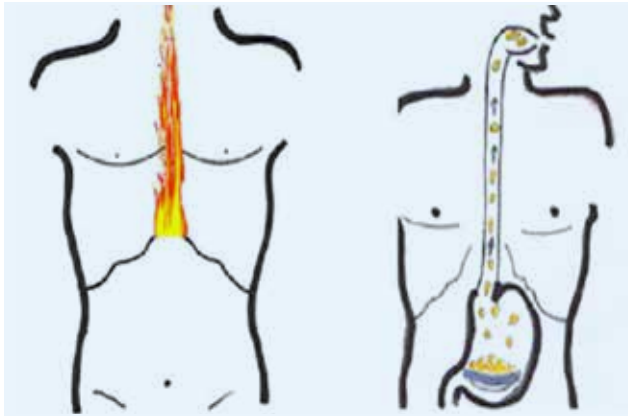


Figura 1: Pittogrammi che illustrano pirosi e bruciore retrosterale e rigurgito acido. Fonte: Tack J et al, Aliment Pharmacol Ther; 2014 ⁽¹⁴⁾.

Sebbene la MRGE venga definita come una “malattia”, essa rappresenta in realtà una condizione sindromica che si può manifestare attraverso diverse forme cliniche: si va dalle sindromi esofagee (caratterizzate da pirosi retrosterale, rigurgito acido con o senza danno esofageo) a condizioni extraesofagee, che si presentano in associazione a sintomi caratteristici (tosse, asma, erosione dentale) ma anche meno specifici (faringite).

Complicanze esofagee	Sindrome sintomatica	• Sindrome tipica da reflusso • Sindrome da reflusso con dolore toracico
	Sindrome con danno esofageo	• Esofagite • Stenosi • Esofago di Barrett • Adenocarcinoma esofageo
Complicanze extra-esofagee	Associazione stabilita	• Tosse da reflusso • Laringite da reflusso • Asma da reflusso • Erosione dentale da reflusso
	Associazione ipotizzata	• Faringite • Sinusite idiopatica • Fibrosi polmonare idiopatica • Otite media ricorrente

Tabella 2: Malattia da reflusso. Fonte: Modificato da Vakil N et al. Am J Gastroenterol. 2006 ⁽¹⁰⁾ & Katz PO et al. Am J Gastroenterol. 2022 ⁽¹³⁾

Come descritto in precedenza, secondo lo *Statement 12* della Consensus di Montreal, la sindrome tipica da reflusso può essere diagnosticata su base clinica, in presenza dei sintomi caratteristici (pirosi o bruciore retrosternale e rigurgito acido) senza la necessità di ricorrere a indagini strumentali. L'inquadramento della malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE) sulla base dei sintomi riferiti è dunque di fondamentale importanza, poiché nella maggior parte dei casi rappresentano l'unico indicatore clinico disponibile. I dati endoscopici ^(15,16) mostrano infatti che la maggioranza dei pazienti con sintomi tipici non presenta alterazioni della mucosa esofagea. Le forme complicate, come l'esofagite erosiva o l'esofago di Barrett, sono invece meno frequenti, ma costituiscono segnali di allarme (red flag) che richiedono rinvio al medico per ulteriori approfondimenti diagnostici e un'adeguata gestione specialistica. L'epidemiologia della malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE) è stata efficacemente descritta da *Castell* ⁽¹⁷⁾ attraverso la metafora dell'iceberg: la parte emersa rappresenta i casi più gravi, che richiedono la gestione da parte dello specialista gastroenterologo; lo strato intermedio include i pazienti con sintomi più frequenti o disturbanti (circa il 20-40%) che si rivolgono al medico di medicina generale (60-70% dei casi). La porzione sommersa, la più ampia, comprende invece i soggetti con sintomi lievi o occasionali, che tendono a ricorrere all'automedicazione o al consiglio del farmacista di comunità. È proprio in questa fascia di popolazione più comune e frequente, caratterizzata dai sintomi tipici della MRGE e in assenza di criteri di rinvio al medico, che il farmacista di comunità riveste un ruolo chiave nella gestione iniziale del disturbo.

1.2 Dispepsia funzionale

I disturbi gastrointestinali funzionali (FGID) colpiscono quasi il 40% della popolazione mondiale ⁽¹⁸⁾. La dispepsia funzionale è uno dei FGID più diffusi ed in Italia si stima abbia una prevalenza nella popolazione pari al 9,1% ⁽¹⁹⁾.

I criteri diagnostici di Roma IV¹ ⁽²⁰⁾ definiscono la dispepsia funzionale come la presenza di uno o più sintomi, tra dolore e bruciore epigastrico, ripienezza post-prandiale o sazietà precoce, in assenza di malattia organica, sistemica o metabolica che possa spiegare i sintomi nelle indagini di routine. In *Tabella 3* è possibile ritrovare le definizioni e descrizioni dei sintomi.

Dolore epigastrico	Il dolore è riferito come una sensazione soggettiva spiacevole; alcuni pazienti possono percepire danni tissutali; possono essere riportati altri sintomi estremamente fastidiosi, senza essere percepiti dal paziente come dolore.
Bruciore epigastrico	Il bruciore si riferisce ad una sensazione sgradevole, come di calore.
Ripienezza postprandiale	Una sensazione spiacevole di prolungata persistenza di cibo nello stomaco.
Sazietà precoce	Una sensazione di pienezza dello stomaco subito dopo l'inizio di un pasto, non proporzionale alla quantità di cibo che viene consumato, tale da impedire di portare a termine lo stesso.

Tabella 3: Definizione e descrizione dei sintomi

¹ Prossimo aggiornamento primavera/estate 2026 – Criteri Roma V ⁽²¹⁾

Anche nel caso della dispepsia, come per la MRGE, la localizzazione dei sintomi rappresenta un elemento utile alla corretta caratterizzazione del disturbo. I sintomi dispeptici si concentrano prevalentemente nella regione epigastrica, ovvero nella parte centrale e superiore dell'addome (*Figura 2*).

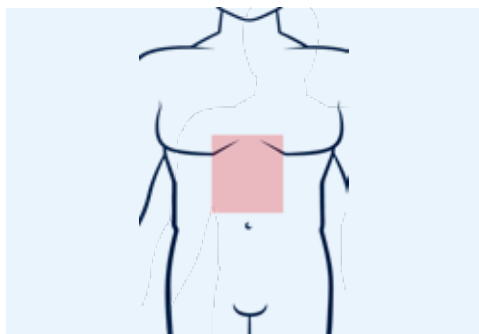


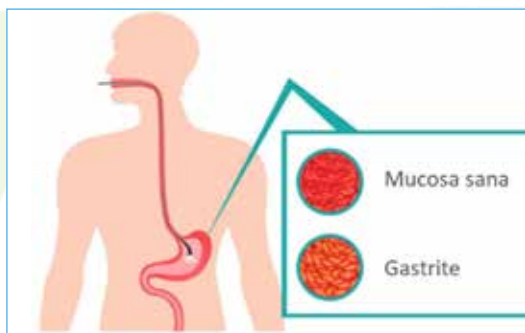
Figura 2: Localizzazione sintomi principali dispepsia

Le recenti LG redatte dalle principali società scientifiche di gastroenterologia italiane ⁽²²⁾, così come i criteri di Roma IV ⁽²⁰⁾, identificano due sottotipi principali di dispepsia funzionale: 1) la sindrome da dolore epigastrico in cui il dolore e/o bruciore epigastrico sono i sintomi principali; 2) la sindrome da malessere postprandiale caratterizzata da ripienezza post-prandiale e/o sazietà precoce correlata ai pasti. Per diagnosticare una di queste forme, i sintomi devono presentarsi in maniera ricorrente: almeno una volta a settimana, per tre o più mesi con un'insorgenza almeno sei mesi prima della diagnosi per la forma da dolore epigastrico, mentre per la sindrome da malessere post-prandiale sono necessari almeno tre episodi settimanali. Inoltre, più o meno frequentemente il paziente può riferire nausea, vomito, gonfiore addominale o altri sintomi associati. Anche in questo caso, le informazioni su sintomi e modalità di presentazione possono essere utili al farmacista di comunità per inquadrare il problema del paziente.

La dispepsia funzionale è una condizione complessa, la cui causa precisa non è ancora del tutto nota. Si ritiene che alla sua comparsa contribuiscano più meccanismi fisiopatologici, che possono variare da paziente a paziente. Tra i principali meccanismi è possibile ricordare ^(23,24) il reflusso gastroesofageo (MRGE), le alterazioni della motilità gastrica, come un rallentato o accelerato svuotamento gastrico; l'ipersensibilità viscerale, caratterizzata da una maggiore sensibilità del sistema nervoso a stimoli normalmente innocui, con percezione amplificata del dolore o del fastidio; le alterazioni della barriera mucosale gastrica o duodenale, che la rendono più sensibile agli acidi o ai grassi; le alterazioni del microbiota intestinale e l'infezione da *Helicobacter pylori* (HP) la cui gestione appropriata è un aspetto rilevante, evidenziato anche dalle più recenti linee guida italiane secondo cui tutti i pazienti con dispepsia devono essere sottoposti a screening per *H. pylori*, mediante test invasivi o non invasivi, e coloro i quali risultino positivi debbano ricevere la terapia di eradicazione specifica ⁽²²⁾.

1.3 Gastrite

Con il termine "gastrite" si indica un'inflammatione della mucosa gastrica, di origine infettiva o immunologica, che all'endoscopia o agli esami radiologici si manifesta con un aspetto alterato della stessa. Per diagnosticare questa condizione è indispensabile evidenziare, dal punto di vista istopatologico, la presenza di inflammatione della mucosa gastrica ⁽²⁵⁾ (*Figura 3*).



*Figura 3:
Esempio di mucosa sana vs gastrite*

Le gastriti possono essere classificate in base a: durata, caratteristiche istologiche ed eziologia ⁽²⁵⁾. Per il farmacista di comunità, la distinzione più utile è quella basata su durata ed eziologia. Sulla base di questi criteri è possibile distinguere due forme di gastrite: acuta e cronica. La **gastrite acuta** è caratterizzata da un'inflammatione temporanea o transitoria della mucosa gastrica, che può presentarsi con o senza sanguinamento. Le principali cause includono:

- **Agenti gastro-lesivi**
- **Medicinali**
- **Agenti fisici (traumi diretti, ustioni gravi, radiazioni)**
- **Infezioni (es. enterovirus)**

In farmacia, il paziente può riferire un esordio improvviso dei sintomi, spesso associabile ad un fattore scatenante. Il disturbo principale è il dolore epigastrico, al quale possono accompagnarsi gonfiore, nausea e vomito, generalmente a risoluzione spontanea.

La **gastrite cronica** è invece caratterizzata da un'inflammatione persistente della mucosa gastrica e, nella maggior parte dei casi, l'agente eziologico è *Helicobacter pylori*. L'inflammatione cronica deriva dall'interazione tra i fattori di virulenza del batterio e la risposta immunitaria dell'ospite, con conseguente alterazione della barriera mucosale.

Dal punto di vista clinico, i pazienti possono essere asintomatici o manifestare sintomi sovrapponibili a quelli della dispepsia funzionale (dolore o fastidio epigastrico, nausea, senso di pienezza). Il riconoscimento di questa condizione è essenziale, poiché, se non trattata, può evolvere nel tempo verso complicanze rilevanti come ulcera peptica e tumore gastrico.

1.3.1 Focus on *Helicobacter pylori* (H. pylori)

L'infezione da *Helicobacter pylori* è estremamente diffusa con una prevalenza nella popolazione mondiale pari a circa il 43-44%, ed una quota significativa anche tra i bambini (circa 35%). In Italia la prevalenza stimata è intorno al 29% nella popolazione sopra i 40 anni ⁽²⁶⁾. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) ha classificato *Helicobacter pylori* come cancerogeno di classe I già nel 1994 e, nel 2014, ha raccomandato la terapia di eradicazione come strategia di prevenzione del tumore gastrico ⁽²⁷⁾. Si stima infatti che il 90% di queste neoplasie sia conseguente all'infezione causata da tale patogeno che rappresenta quindi il più importante fattore di rischio noto per questo tipo di tumore. L'eradicazione di *H. pylori* si è dimostrata una delle misure più promettenti oltre che efficaci nel ridurre il rischio di cancro gastrico, nonché la sua prevalenza nella popolazione ^{(27) (28)}.

Secondo lo *Statement 14 del Maastricht VI/Florence consensus report* ⁽²⁹⁾, la popolazione asintomatica di età superiore ai 50 anni è considerata più vulnerabile e presenta un rischio significativamente più elevato di sviluppare questa neoplasia rispetto ai soggetti più giovani, e per questo motivo rappresenta una priorità nei programmi di screening e prevenzione. Lo *Statement 18* ⁽²⁹⁾ del medesimo consensus evidenzia che le modalità di screening del tumore gastrico, sia invasive che non invasive, rappresentano un'opportunità soprattutto se integrate con i programmi di identificazione del tumore del colon-retto. Tra i test non invasivi, il *13C Urea Breath Test* costituisce uno strumento affidabile per il riconoscimento precoce dell'infezione tanto che le principali società scientifiche italiane di gastroenterologia lo annoverano tra i metodi diagnostici di riferimento ⁽³⁰⁾. Questo test può essere erogato anche nelle farmacie di comunità, rendendo tale presidio sanitario strategico per intercettare tempestivamente soggetti potenzialmente a rischio, che spesso si presentano con sintomi lievi o attribuiti a una dispepsia.

2. INQUADRAMENTO CLINICO-DIFFERENZIALE

I sintomi che più frequentemente interessano il tratto gastrointestinale superiore includono dolore o fastidio epigastrico, sensazione di bruciore o acidità, gonfiore epigastrico, eruttazioni, sazietà precoce, nausea e, talvolta, vomito. Pur avendo natura e intensità variabili, questi disturbi condividono la stessa localizzazione a carico del primo tratto dell'apparato digerente.

Il farmacista di comunità può gestire in sicurezza parte dei pazienti che presentano sintomi riconducibili a reflusso gastroesofageo o dispepsia, poiché solo una quota di essi risulta associata a condizioni potenzialmente più gravi.



Per facilitare un primo inquadramento, nelle sezioni successive vengono proposte una serie di domande utili a orientare la valutazione del farmacista ed a identificare eventuali elementi che richiedono il rinvio al medico.

2.1 Red flag

Le principali red flag includono sintomi persistenti e resistenti ai trattamenti (anche prescritti), età superiore ai 50 anni, vomito persistente, ematemesi o melena e dolore toracico severo. La [Tabella 4](#) propone una serie di domande utili per guidare il farmacista nell'identificazione dei pazienti che necessitano di un rinvio al medico.

Indagine red flag e fattori di rischio

DOMANDE	RED FLAG
<i>Qual è l'età del paziente?</i>	Età superiore ai 50 anni. In particolare quando i sintomi sono di nuova comparsa e persistenti oppure vi è una variazione dell'intensità o della natura del problema che già presentano.
<i>Ha già assunto medicinali o prodotti per la gestione del sintomo (es. bruciore/dolore)? Ne ha avuto beneficio?</i>	Precedenti trattamenti farmacologici falliti (es. antiacidi, IPP, etc). Verificare se il soggetto abbia già tentato trattamenti senza riferire alcun beneficio ed in particolare se il sintomo persiste da più di 14 giorni.
<i>Assume spesso antiinfiammatori? Quali farmaci assume?</i>	Uso cronico o abuso di medicinali con effetto gastrolesivo o in grado di favorire/influenzare reflusso.
<i>Il dolore compare quando fa uno sforzo?</i>	Sintomi indotti dallo sforzo fisico. Condizione che potrebbe sottendere ad un problema di natura cardiovascolare (es. cardiopatia ischemica) oppure a una sindrome "non tipica" della malattia da reflusso.
<i>Soffre di altre malattie?</i>	Presenza di altre patologie/patologie gravi associate. Possibile uso di farmaci potenzialmente gastrolesivi o patologie che possono favorire problematiche gastroesofagee (es. diabete mellito che può causare ridotto svuotamento gastrico e alterazione della clearance esofagea).
<i>Ha difficoltà o dolore nel deglutire cibo?</i>	Disfagia (difficoltà nella deglutizione). Possibile condizione correlata a stenosi organica dell'esofago, neoplasia, esofagite eosinofila. Odinofagia (deglutizione dolorosa). Possibile infezione o condizione non correlata all'alto tratto GI.
<i>Altri segni e sintomi da considerare</i>	Rapida perdita di peso o appetito, apatia. Perdite di peso superiori al 5% che tendono a manifestarsi in un breve periodo di tempo. Neoplasia, malassorbimento (in particolare se associato a diarrea). Dolore al petto invalidante. Condizione che potrebbe sottendere a patologia organica cardiaca o vascolare. Vomito persistente. Neoplasia, stenosi piloro, gastroparesi. Anemia. Malassorbimento di ferro, neoplasie, possibili ulcere. Ematemesi (vomito con sangue). Melena (feci nere/sangue nelle feci).

Tabella 4: Red flag

2.1.2 Focus on medicinali con possibile effetto GI

Indagare la storia terapeutica del paziente è fondamentale per comprendere se l'origine del disturbo possa essere legata all'assunzione di farmaci. Ad esempio, nel caso dei disturbi dispeptici, qualsiasi medicinale potrebbe potenzialmente causarli ⁽³¹⁾. Alcuni sono noti per la loro potenziale gastrolesività, come i FANS, i cortisonici, i bifosfonati e i preparati a base di potassio o ferro, che possono irritare la mucosa gastrica o favorire sintomi dispeptici. Allo stesso modo, altri farmaci - tra cui calcio-antagonisti, nitrati, benzodiazepine e ACE-inibitori - se assunti cronicamente possono predisporre alla comparsa di reflusso gastroesofageo ⁽³²⁾. Quando il disturbo sembra correlato a un'automedicazione scorretta oppure ad un uso improprio del medicinale, il farmacista può intervenire consigliando l'interruzione o la sua sostituzione, educando il paziente a un impiego corretto. Se invece i farmaci in questione sono stati prescritti dal medico, sarà necessario che sia il curante a rivalutare il rapporto beneficio/rischio e a decidere se modificare o sospendere il trattamento. In **Tabella 5** vengono descritti alcuni esempi di farmaci potenzialmente gastrolesivi e inducenti il reflusso.

Farmaci potenzialmente gastrolesivi
ASA e altri FANS*
Bifosfonati
Potassio
Ferro

* Importante considerare molecola, dosaggio, durata trattamento e fattori di rischio. Lettura consigliata: **Protocollo Strategie per la minimizzazione eventi avversi da FANS**. SIFAC, 2019. Edizioni Edra.

Farmaci che potenzialmente possono favorire la MRGE	
Riduzione pressione LES	Agonisti β adrenergici Antagonisti α adrenergici Anticolinergici Nitrati Benzodiazepine Estrogeni Progesterone Amminofilline Antidepressivi (Triciclici e SSRIs)
Inducono/facilitano infiammazione o danno esofageo	Bisfosfonati ASA e altri FANS Ferro Chemioterapia
Ritardano svuotamento gastrico	Calcio antagonisti

Tabella 5: Fonte: Mungan Z, Pınarbaşı Şimşek B. Which drugs are risk factors for the development of gastroesophageal reflux disease? Turk J Gastroenterol. 2017 Dec;28(Suppl 1):S38-S43.



2.2 Inquadramento clinico-differenziale specifico

Per definire con maggiore precisione il sintomo principale e la natura dei disturbi riferiti distinguendo tra MRGE, dispepsia e gastrite, il farmacista può rivolgere al paziente alcune domande specifiche. Esempi di quesiti ed aree da esplorare sono riportati nella [Tabella 6](#).

INQUADRAMENTO CLINICO-DIFFERENZIALE SPECIFICO	
DOMANDE	SEGGNI E SINTOMI/DESCRIZIONE
<i>Qual è il sintomo principale?</i>	Indagare qual è il sintomo caratterizzante la problematica che il paziente riferisce. Dispepsia, reflusso o gastrite presentano sintomi specifici che permettono al farmacista di indirizzare l'inquadramento verso una o l'altra problematica. L'utilizzo di pittogrammi può essere utile per facilitare al paziente la <i>descrizione</i> del sintomo principale.
<i>Qual è la localizzazione del sintomo?</i>	Dolore o fastidio in sede epigastrica (zona sopra l'ombelico, centrale): orienta verso dispepsia o gastrite. Bruciore o eruttazioni acide che risalgono dall'epigastrio al giugulo: suggeriscono una possibile MRGE. Sintomi sotto l'ombelico o dolore localizzato in altre aree addominali: più verosimilmente riconducibili ad altri tipi di "mal di pancia", non gestibili nell'ambito di questo protocollo. L'utilizzo di pittogrammi può essere utile per facilitare al paziente la <i>localizzazione</i> del sintomo principale.
<i>Qual è l'intensità del sintomo?</i>	In farmacia possono essere gestiti sintomi lievi o moderati, che non compromettono in modo significativo la qualità di vita. L'intensità va sempre valutata insieme a durata e frequenza. È importante ricordare che in alcune condizioni (es. gastrite cronica, forme di MRGE) la gravità del sintomo non corrisponde necessariamente alla gravità della patologia.
<i>Da quanti giorni perdura il sintomo?</i>	Possono essere gestite in farmacia solo le condizioni presenti da meno di 14 giorni (come da indicazione da schede tecniche dei principali medicinali SOP o OTC). Se i sintomi persistono da oltre 14 giorni, è necessario rinviare il paziente al medico. È inoltre importante valutare la ricorrenza: il disturbo deve essere episodico e non presentarsi generalmente per più di 3-4 volte l'anno.
<i>Quali sono i sintomi associati?</i>	MRGE: il paziente può riferire anche dolore toracico non cardiaco, tosse cronica, raucedine o sintomi laringei. Dispepsia e gastrite: possono presentarsi con nausea, vomito, senso di pienezza precoce o gonfiore epigastrico.
<i>Sintomi migliorano/peggiorano in alcune specifiche situazioni?</i>	La tempistica di insorgenza dei sintomi dopo il pasto rappresenta un elemento utile per orientare il sospetto clinico. Un senso di fastidio o gonfiore che compare poco dopo aver mangiato è spesso indicativo di dispepsia funzionale. Quando invece il dolore insorge immediatamente dopo il pasto, può suggerire un coinvolgimento gastrico. Se la sintomatologia compare a distanza di 2-3 ore dal pasto o durante la notte, l'origine potrebbe essere duodenale, come nel caso di duodenite o ulcera. La comparsa frequente dei disturbi o i risvegli notturni determinati dall'intensità del dolore rappresentano campanelli d'allarme: in questi casi è necessario indirizzare il paziente al medico. È altresì importante raccomandare un consulto medico quando i sintomi compaiono durante uno sforzo o attività fisica, poiché potrebbero riflettere un problema di origine cardiaca. Infine, se bruciore o dolore migliorano con l'assunzione di antiacidi, di cibi solidi (come pane) o di liquidi (come acqua), è possibile che la sintomatologia sia correlata a una malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE).
<i>Soggetto sovrappeso o obeso?</i>	Le persone in sovrappeso o con adiposità centrale presentano un rischio aumentato di GERD e relative complicanze (esofagite erosiva, esofago di Barrett, adenocarcinoma esofageo). L'eccesso di grasso addominale incrementa la pressione gastrica e altera il gradiente pressorio alla giunzione gastroesofagea, favorendo il reflusso. Inoltre, l'obesità aumenta la probabilità di sviluppare un'ernia iatale, a sua volta associata alla GERD ⁽³²⁾ .
<i>Presenza di altre condizioni di rischio</i>	Il fumo, il consumo eccessivo di alcol, pasti poco frequenti ma molto abbondanti o consumati troppo rapidamente, così come un'alimentazione ricca di grassi o di cibi irritanti per la mucosa gastrica, possono favorire l'insorgenza di disturbi gastro-esofagei. Anche mettersi sdraiati subito dopo aver mangiato aumenta il rischio di reflusso e discomfort gastrico. Anche la gravidanza rappresenta una condizione di rischio, in particolare per la MRGE (aspetti fisici e ormonali possono influenzare la lassità LES) ⁽³²⁾ .

Tabella 6: Inquadramento differenziale



3. APPROCCIO TERAPEUTICO

Nella gestione dei disturbi del tratto gastrointestinale superiore, il farmacista può avvalersi di un'ampia gamma di opzioni terapeutiche, in gran parte sovrapponibili alle classi di farmaci disponibili su prescrizione medica. Questo garantisce un notevole potenziale di intervento, ma richiede al contempo un'attenta responsabilità nel selezionare il trattamento più appropriato in base al sintomo principale ed eventualmente a quelli associati, riportati dal paziente.

Nelle sezioni successive vengono descritte le principali classi terapeutiche che il farmacista può utilizzare nelle situazioni di propria competenza, a seguito di un corretto inquadramento clinico-differenziale del disturbo.

3.1 Antiacidi

Gli antiacidi sono medicinali efficaci nel neutralizzare l'acidità gastrica, fornendo un rapido sollievo dal bruciore e dall'iperacidità occasionale. I più utilizzati contengono sali di Magnesio e di Alluminio, disponibili in diverse formulazioni (compresse masticabili, sospensioni orali, ecc.). Le prestazioni cliniche dipendono dal tipo di sale impiegato, che influenza: capacità neutralizzante, solubilità, tempo di insorgenza e durata d'azione. In generale, l'effetto è rapido ma breve, con una durata d'azione pari a circa 2 ore ⁽³³⁾.

Non esistono evidenze significative a supporto dell'uso prolungato per il controllo dei sintomi. Sono infatti indicati per trattamenti di breve durata, generalmente non oltre le 2 settimane ⁽³³⁾. L'assunzione raccomandata dovrebbe avvenire dopo i pasti principali e prima di coricarsi.

Come è noto tale classe terapeutica, modificando l'ambiente dello stomaco, può interferire ed influenzare la farmacocinetica di eventuali terapie concomitanti oppure interagire direttamente con i principi attivi attraverso chelazione ed assorbimento ⁽³³⁾. Tra i medicinali più sensibili all'interazione si segnalano: tetracicline, chinolonici, imidazolici, fenitoina, penicillamina, bifosfonati. Per minimizzare il rischio, si raccomanda di distanziare di almeno 1-2 ore l'assunzione dell'antiacido da quella di questi farmaci. Gli antiacidi contenenti Magnesio e Alluminio devono essere utilizzati con cautela nei pazienti in dialisi e sono controindicati in caso di insufficienza renale. L'uso continuativo può provocare costipazione, soprattutto nei soggetti anziani: è utile fornire educazione su dieta, idratazione e stili di vita per prevenire o ridurre il disturbo. Alcuni prodotti combinano gli antiacidi con polimetil-siliconi, come il simeticone, per la gestione di meteorismo e distensione addominale. L'associazione antiacido-simeticone può risultare utile nei pazienti che presentano bruciore epigastrico associato a gonfiore e tensione addominale, anche se studi a supporto risultano limitati.

Le recenti linee guida italiane ⁽³⁴⁾ indicano che gli antiacidi possono essere utilizzati per il sollievo dei sintomi della MRGE: la raccomandazione è debole e supportata da evidenze limitate. In questo contesto, gli antiacidi possono essere un'opzione valida in particolare nei soggetti con bruciore epigastrico e nelle condizioni di iperacidità o se presente bruciore di lieve intensità e di breve durata (1-2 giorni).

3.2 Dispositivi medici per gestione problematiche GI

Negli ultimi anni i dispositivi medici hanno acquisito un ruolo sempre più rilevante nella gestione delle principali problematiche dell'alto tratto gastrointestinale, grazie alla loro capacità di esercitare un'azione meccanica e protettiva sulla mucosa. Questi prodotti rappresentano un valido supporto sia in monoterapia sia in associazione ai trattamenti farmacologici tradizionali, contribuendo al controllo dei sintomi principali ed associati.

Alginati

Gli alginati (disponibili come medicinali senza obbligo di prescrizione o medical device) sono usualmente composti da un sale sodico dell'acido alginico, un polimero naturale dotato di proprietà mucoadesive di norma estratto da alcuni tipi di alghe brune marine. Essi agiscono bloccando fisi-



camente la risalita del contenuto gastrico: una volta raggiunto lo stomaco il sodio alginato reagisce con l'acido gastrico liberando acido alginico, il quale in presenza di acqua si trasforma in un gel formando una sorta di "zattera galleggiante" (comunemente detta "raft") sopra il contenuto dello stomaco, bloccandone la risalita in esofago o refluendo in esso al posto del contenuto acido stesso e prevenendo quindi il contatto di quest'ultimo con la mucosa esofagea ⁽³⁵⁾. Tale meccanismo è alla base dell'azione di numerosi prodotti antireflusso contenenti alginati i quali, oltre a questa azione meccanica, posseggono anche uno specifico effetto mucoadesivo e mucoprotettivo topico nei confronti della mucosa di esofago e laringe preservandone la barriera epiteliale durante l'insulto acido indotto dalla pepsina gastrica ^(36,37). La viscosità degli alginati contribuisce alla loro efficacia mucoprotettiva pur non essendo l'unico determinante di quest'ultima; infatti, sebbene essa contribuisca a formare il film difensivo, da sola non è sufficiente a fornire mucoprotezione ⁽³⁸⁾ (data invece dall'attivo). A tal proposito sono state valutate in vitro le proprietà mucoadesive del "raft", funzionali all'effetto barriera/protettivo nei confronti della mucosa esofagea. La consistenza della "zattera" è data sia dal network polimerico dell'acido alginico che dalla presenza di ioni calcio che tendono a reticolare il gel stesso rendendolo più resistente; dai dati di letteratura si evince che il comportamento viscoelastico determina la consistenza del gel ed è espressione della sua capacità di sopportare sollecitazioni meccaniche senza perdere la sua struttura e quindi, in ultimo, della sua resistenza al reflusso ⁽³⁸⁾. Per questo motivo, a parità di dosaggio, gli alginati di nuova generazione ad elevato potere viscosizzante, più elastici, mostrano una maggiore adesività alla mucosa e di conseguenza esercitano un effetto protettivo migliore ⁽³⁸⁾. In [Tabella 7](#) vengono riassunti i diversi fattori caratterizzanti mucoadesione ed azione mucoprotettiva di un alginato previamente descritti.

Caratteristica	Descrizione
Tipo e peso molecolare alginato	Presenza di alginati ad elevato peso molecolare o elevato potere viscosizzante, che favoriscono la formazione di un gel più consistente e potenzialmente più stabile.
Reticolazione con calcio	Adeguate reticolazione ionica (es. con ioni calcio), che contribuisce alla stabilità strutturale del "raft".
Proprietà viscoelastiche	Proprietà mucoadesive del polimero, che possono migliorare l'adesione alla mucosa esofagea e contribuire all'effetto protettivo.
Contenuto di sodio	Contenuto di sodio nella formulazione, che può rappresentare un elemento di attenzione nei pazienti con ipertensione o in dieta iposodica.

Tabella 7: Fattori caratterizzanti mucoadesione ed azione mucoprotettiva di un alginato

Gli alginati vengono generalmente assunti dopo i pasti e prima di coricarsi, ma possono essere utilizzati anche al bisogno. Il loro effetto può durare sino a 4 ore. Sono ben tollerati dalla maggior parte dei pazienti, con l'unica eccezione di chi segue una dieta strettamente iposodica, dove il sodio alginato non è indicato.

Non sono riportate reazioni avverse di rilievo né interazioni farmacologiche significative. Nonostante ciò può essere opportuno far trascorrere almeno due ore dall'assunzione di altri farmaci in particolare nei soggetti anziani ed in politerapia. Sono ampiamente utilizzati nella pratica clinica per la loro efficacia e sicurezza. È stato dimostrato che i trattamenti non basati sull'inibizione della secrezione acida, come gli alginati, risultano più efficaci nel controllo dei sintomi della MRGE rispetto al placebo e agli antiacidi ⁽³⁹⁾. Le linee guida italiane ⁽³⁴⁾ raccomandano l'impiego di tali medicinali per il trattamento della MRGE (raccomandazione forte, livello di evidenza moderato).

Le stesse linee guida indicano che, nelle donne in gravidanza o in allattamento con sintomi di MRGE, il primo approccio terapeutico dovrebbe prevedere la modifica degli stili di vita e l'impiego di alginati o antiacidi è considerato sicuro ed efficace (raccomandazione forte, livello di evidenza moderato).

Come medicinali senza obbligo di prescrizione trovano dunque impiego nel trattamento della piro-si occasionale (meno di due episodi a settimana) e possono essere utilizzati per brevi periodi o al bisogno, come indicato dalla World Gastroenterology Organisation ⁽⁴⁰⁾. L'ampia esperienza d'uso e il profilo di sicurezza ne giustificano l'impiego anche come supporto alle terapie antisecretive maggiori (es. inibitori di pompa protonica) ⁽⁴¹⁾ in particolare nella gestione della MRGE.

Mucopolisaccaridi naturali

Appare interessante la possibilità di sfruttare l'azione di mucopolisaccaridi naturali come opzione terapeutica nella gestione dei pazienti con MRGE senza esofagite o soggetti con dispepsia funzionale. I mucopolisaccaridi naturali agiscono aderendo alla mucosa gastroesofagea e formando una barriera protettiva che: rinforza la barriera mucosale, protegge da agenti acidi e non acidi, modula lo stato infiammatorio e lo stress ossidativo, contribuisce al ripristino dell'omeostasi mucosale ⁽⁴²⁾. Questa opzione terapeutica, che supporta i meccanismi fisiologici di difesa della mucosa, offre un approccio protettivo e non farmacologico utile sia in monoterapia sia come complemento ai trattamenti antisecretivi. Un recente studio clinico controllato su pazienti con endoscopia negativa, ha evidenziato una non inferiorità dei mucopolisaccaridi rispetto all'omeprazolo nel ridurre bruciore di stomaco e dolore/bruciore epigastrico, configurandosi quindi come valida alternativa agli IPP ⁽⁴³⁾.

In generale dovrebbero essere assunti al bisogno in caso di problemi occasionali oppure dopo i pasti o prima di andare a dormire. Presentano un buon profilo di tollerabilità e possono essere impiegati anche in gravidanza ed allattamento.

Dispositivi medici a base di acido ialuronico

Esistono in commercio dispositivi medici a base di acido ialuronico, spesso associati ad agenti mucoadesivi (es. gomma xantano) e sostanze rigenerative (es. condroitin solfato, cheratina idrolizzata). Questi prodotti esercitano un'azione combinata attraverso la formazione di un film/barriera meccanica protettiva a livello della mucosa, l'attivazione di effetti immunomodulanti, antinfiammatori ed antiossidanti, nonché la capacità di legarsi alla pepsina e inattivarne l'attività ⁽⁴⁴⁾.

I dispositivi contenenti acido ialuronico e condroitin solfato sono indicati nei pazienti che rispondono poco ai PPI o che presentano manifestazioni extraesofagee della malattia da reflusso. Possono essere utilizzati in associazione ai PPI oppure in monoterapia nei casi lievi di MRGE o dopo l'interruzione della soppressione acida, con l'obiettivo di mantenere la remissione e prevenire le recidive ⁽⁴⁵⁾. Di norma dovrebbero essere utilizzati dopo i pasti principali e prima di coricarsi, o secondo indicazione medica.

In conclusione, i dispositivi medici come alginati, acido ialuronico in combinazione o mucopolisaccaridi naturali, hanno dimostrato esercitare un'efficace azione protettiva. Numerosi studi indicano che questi prodotti, impiegati da soli o come terapia aggiuntiva per brevi periodi, possono ridurre i sintomi e migliorare la qualità di vita nei pazienti con NERD (malattia da reflusso non erosiva) ⁽⁴⁶⁾.

3.3 Procinetici senza obbligo di prescrizione

Tra i procinetici di libera vendita rientra la metoclopramide a basso dosaggio (5 mg), indicata per il trattamento sintomatico della nausea, disturbo frequentemente associato alla dispepsia. Il farmaco va assunto prima dei pasti o alla comparsa dei sintomi.

È necessaria particolare cautela nei pazienti anziani e politrattati, poiché più suscettibili agli effetti avversi. Inoltre, è importante ricordare che la metoclopramide, se assunta insieme a farmaci serotoninergici, può aumentare il rischio di sindrome serotoninergica.

3.4 Inibitori di pompa protonica

Gli inibitori di pompa protonica (IPP) rappresentano la classe di farmaci antisecretivi più efficace attualmente disponibile ⁽⁴⁷⁾. Agiscono bloccando in modo irreversibile le pompe protoniche (H^+/K^+



ATPasi) responsabili della secrezione di acido cloridrico, determinando una riduzione dell'acidità gastrica pari all'80–95%. Tra i medicinali senza obbligo di prescrizione rientrano il pantoprazolo e l'esomeprazolo.

Gli IPP garantiscono una soppressione acida prolungata (fino a 24 ore), nettamente superiore a quella degli antiacidi (circa 2 ore). L'azione farmacologica inizia entro 1,5 ore dalla somministrazione, mentre il pieno beneficio emerge spesso entro 1–3 giorni. Per questo motivo, anche in automedicazione, è fondamentale assumerli quotidianamente e non in modo intermittente.

Gli IPP costituiscono la terapia di riferimento per numerose condizioni acide correlate^(22,34). Le Linee Guida della World Gastroenterology Organization⁽⁴⁸⁾ indicano che i pazienti che si rivolgono al farmacista per sintomi da reflusso gastroesofageo o dolore epigastrico possono trarre beneficio da un ciclo breve di trattamento con IPP OTC. Vari studi hanno esplorato il possibile ruolo del farmacista nella dispensazione di tale classe di farmaci senza obbligo di prescrizione^(49,50), il quale può considerare la dispensazione quando: il sintomo è ricorrente (da due o più giorni consecutivi) ed influenza negativamente la qualità di vita del paziente; i trattamenti di automedicazione già utilizzati, come antiacidi o alginati, non hanno fornito beneficio sufficiente; il paziente è giovane (meno di 50-55 anni) e non presenta politerapia o comorbidità rilevanti. In tutti gli altri casi, così come nei soggetti più anziani o politrattati è preferibile valutare strategie alternative e considerare l'impiego di antiacidi o alginati per il controllo del problema.

L'assunzione dovrebbe avvenire 30-60 minuti prima della colazione, salvo diversa indicazione nella scheda tecnica del medicinale. La durata del trattamento senza supervisione medica non deve superare i 14 giorni, al fine di evitare il mascheramento di sintomi d'allarme e limitare l'esposizione non necessaria.

Gli effetti indesiderati associati all'uso a breve termine in self-medication sono generalmente lievi e sovrapponibili al placebo. L'impiego limitato nel tempo, come previsto per i medicinali senza obbligo di prescrizione, garantisce un profilo di sicurezza adeguato.

4. TERAPIA NON FARMACOLOGICA

La gestione non farmacologica attraverso la promozione di corretti stili di vita e adeguate abitudini alimentari rappresenta un pilastro nel trattamento dei disturbi dell'alto tratto gastrointestinale⁽⁴⁸⁾. In assenza di terapia farmacologica, o come complemento, dieta e modifiche dello stile di vita costituiscono interventi rilevanti nei pazienti con sospetta MRGE, dispepsia o gastrite. Sebbene le evidenze disponibili non dimostrino in modo univoco che le modifiche dietetiche riducano direttamente i sintomi della dispepsia, un'alimentazione equilibrata contribuisce al benessere generale e può favorire una migliore gestione della sintomatologia. Il farmacista può svolgere anche in questo caso un ruolo centrale nell'educare il paziente a seguire semplici norme alimentari e comportamentali, utili a contenere i sintomi e a favorire una più rapida risoluzione del disturbo.

Per quanto riguarda la gastrite, in particolare le forme acute, una causa frequente è rappresentata dall'uso di farmaci potenzialmente gastrolesivi. È quindi essenziale informare i pazienti sui rischi associati a un impiego prolungato o non appropriato di tali medicinali, affinché possano assumere decisioni consapevoli e adottare strategie volte a ridurre il rischio di aggravamento della condizione⁽²⁵⁾. Nelle gastriti croniche, e in particolare nei trattamenti di eradicazione dell'*Helicobacter pylori*, il farmacista gioca un ruolo determinante nel garantire l'aderenza terapeutica (es. nella terapia di eradicazione), nel monitorare la corretta assunzione dei farmaci e nell'ottimizzare i regimi terapeutici per ridurre gli eventi avversi⁽²⁵⁾.

Per quanto riguarda la dispepsia funzionale, le recenti linee guida italiane⁽²²⁾ indicano che può essere ragionevole consigliare ai pazienti di consumare pasti piccoli e frequenti ed evitare alimenti ricchi



di grassi; tuttavia, le evidenze a supporto di questa strategia restano limitate. Ad oggi, non esistono dati conclusivi che dimostrino che specifiche abitudini alimentari o singoli alimenti inducano i sintomi della dispepsia, né che le sole modifiche dietetiche possano rappresentare un trattamento di prima linea sempre efficace. Nonostante ciò, l'adozione di uno stile di vita sano e alcune semplici misure dietetiche - come frazionare i pasti ed evitare cibi particolarmente grassi - rappresentano consigli ragionevoli come supporto alla gestione clinica del problema.

Anche in questo contesto, i sintomi caratterizzati da dolore o bruciore epigastrico possono essere influenzati dall'uso di farmaci potenzialmente gastro-lesivi, motivo per cui il farmacista dovrebbe sempre valutare accuratamente la storia farmacologica del paziente.

Tra le diverse problematiche del tratto gastrointestinale superiore, la malattia da reflusso gastro-esofageo è quella per cui esistono le evidenze scientifiche più solide a supporto delle strategie di gestione non farmacologiche. Infatti consigli sullo stile di vita e alimentazione sono fondamentali nella gestione non farmacologica. Abitudini alimentari e modalità di assunzione del cibo possono influenzare la pressione dello sfintere esofageo inferiore (LES) e la velocità di svuotamento gastrico. Sebbene le evidenze sull'efficacia specifica e sui tempi ottimali delle modifiche dietetiche non siano sempre robuste, diverse raccomandazioni risultano supportate da evidenze.

Come descritto in precedenza, peso corporeo e BMI costituiscono importanti fattori di rischio per la MRGE ⁽⁵¹⁾. La riduzione ponderale migliora l'esposizione acida esofagea e la sintomatologia: in studi clinici, una dieta ipocalorica associata ad attività fisica regolare, ha portato a una perdita di peso di circa il 10%, con conseguente riduzione o sospensione della terapia con PPI e miglioramento di bruciore retrosternale e pirosi ⁽⁵¹⁾.

Una dieta povera di grassi può essere utile, poiché i pasti ad alto contenuto lipidico aumentano la secrezione acida gastrica e possono peggiorare i sintomi ⁽⁵²⁾. È raccomandabile anche ridurre o eliminare il consumo di alcol ⁽⁹⁾, soprattutto quando moderato o elevato: studi trasversali e trial randomizzati hanno mostrato una maggiore prevalenza di reflusso sintomatico nei consumatori abituali ⁽⁵³⁾.

L'assunzione di cibo nelle ore serali può esacerbare il reflusso, in particolare nei soggetti con sintomi notturni, considerando che anche durante la notte si verifica un picco di secrezione di gastrina (picco notturno) ⁽⁵¹⁾. Si suggerisce quindi di attendere almeno 2-3 ore dopo il pasto prima di coricarsi. Anche la cessazione del fumo di sigaretta può contribuire alla riduzione dei sintomi, inclusi quelli più severi ⁽⁵⁴⁾.

Dal punto di vista dietetico, è utile orientare il paziente verso un modello alimentare di tipo mediterraneo e ricco in fibre ⁽⁵⁵⁾, mentre un consumo elevato di proteine animali sembra correlare con una maggiore esposizione acida in pazienti con GERD ⁽⁵⁶⁾. Nei casi con sintomatologia notturna è spesso efficace elevare la testata del letto di almeno 15 cm.

Infine, è importante che ogni paziente identifichi ed eviti i trigger alimentari personali, ovvero quei cibi che, nel singolo individuo, favoriscono la comparsa dei sintomi ⁽⁵⁷⁾.

BIBLIOGRAFIA

1. Keber E, Rocco P, Musazzi UM, Morselli-Labate AM, Floris NP, Pedrazzini A, et al. The management of upper gastrointestinal symptoms: A study on community pharmacies in Italy. *Pharmacia*. 2021;68(2). doi:10.3897/pharmacia.68.e66065
2. Puig-Moltó M, Lumbreras B, Mendive JM, López-Pintor E. Impact of a pharmaceutical algorithm on patients with upper-gastrointestinal symptoms: A pre-post intervention study. *Prev Med (Baltim)*. 2024 Mar 1;180. doi:10.1016/j.ypmed.2024.107885
3. Bredenoord AJ, Pandolfino JE, Smout AJPM. Gastro-oesophageal reflux disease. *The Lancet*. 2013 Jun 1;381(9881):1933–42. doi:10.1016/S0140-6736(12)62171-0
4. Mitchell DR, Derakhshan MH, Robertson E V., McColl KEL. The Role of the Acid Pocket in Gastroesophageal Reflux Disease. *J Clin Gastroenterol*. 2016;50(2):111–9. doi:10.1097/MCG.0000000000000439
5. Katzka DA, Pandolfino JE, Kahrilas PJ. Phenotypes of Gastroesophageal Reflux Disease: Where Rome, Lyon, and Montreal Meet. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2020 Apr 1;18(4):767–76. doi:10.1016/j.CGH.2019.07.015
6. Aziz Q, Fass R, Gyawali CP, Miwa H, Pandolfino JE, Zerbib F. Functional Esophageal Disorders. *Gastroenterology*. 2016 May 1;150(6):1368–79. doi:10.1053/J.GASTRO.2016.02.012
7. El-Serag HB, Sweet S, Winchester CC, Dent J. Update on the epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review. *Gut*. 2014 Jun 1;63(6):871–80. doi:10.1136/GUT-JNL-2012-304269
8. Istituto di ricerca della SIMG. XVI Report Health Search [Internet]. 2023 [cited 2025 Nov 27]. Available from: <https://www.simg.it/hs-report/flip/>
9. MacFarlane B. Management of gastroesophageal reflux disease in adults: a pharmacist's perspective. *Integr Pharm Res Pract*. 2018 Jun;7:41–52. doi:10.2147/IPRP.S142932
10. Vakil N, Van Zanten S V., Kahrilas P, Dent J, Jones R, Bianchi LK, et al. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol*. 2006 Aug;101(8). doi:10.1111/j.1572-0241.2006.00630.X
11. Prakash Gyawali C, Kahrilas PJ, Savarino E, Zerbib F, Mion F, Smout AJPM, et al. Modern diagnosis of GERD: the Lyon Consensus. *Gut*. 2018 May 16;67(7):1351–62. doi:10.1136/GUT-JNL-2017-314722
12. Gyawali CP, Yadlapati R, Fass R, Katzka D, Pandolfino J, Savarino E, et al. Updates to the modern diagnosis of GERD: Lyon consensus 2.0. *Gut*. 2024 Sep 21;73(2):361–71. doi:10.1136/GUT-JNL-2023-330616
13. Katz PO, Dunbar KB, Schnoll-Sussman FH, Greer KB, Yadlapati R, Spechler SJ. ACG Clinical Guideline: Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *Am J Gastroenterol*. 2022 Jan 1;117(1):27. doi:10.14309/AJG.0000000000001538
14. Tack J, Carbone F, Holvoet L, Vanheel H, Vanuytsel T, Vandenbergh A. The use of pictograms improves symptom evaluation by patients with functional dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther*. 2014;40(5):523–30. doi:10.1111/APT.12855
15. Zagari RM, Fuccio L, Wallander MA, Johansson S, Fiocca R, Casanova S, et al. Gastro-oesophageal reflux symptoms, oesophagitis and Barrett's oesophagus in the general population: the Loiano-Monghidoro study. *Gut*. 2008 Oct;57(10):1354–9. doi:10.1136/GUT.2007.145177
16. Martinez SD, Malagon IB, Garewal HS, Cui H, Fass R. Non-erosive reflux disease (NERD)--acid reflux and symptom patterns. *Aliment Pharmacol Ther*. 2003 Feb 15;17(4):537–45. doi:10.1046/j.1365-2036.2003.01423.x

17. Kitchin LI, Castell DO. Rationale and Efficacy of Conservative Therapy for Gastroesophageal Reflux Disease. *ArchInternMed*. 1991 Mar 1;151(3):448–54. doi:10.1001/ARCHINTE.1991.00400030018004
18. Sperber AD, Bangdiwala SI, Drossman DA, Ghoshal UC, Simren M, Tack J, et al. Worldwide Prevalence and Burden of Functional Gastrointestinal Disorders, Results of Rome Foundation Global Study. *Gastroenterology*. 2021 Jan 1;160(1):99-114.e3. doi:10.1053/J.GASTRO.2020.04.014
19. Lee K, Kwon C II, Yeniova AÖ, Koyanagi A, Jacob L, Smith L, et al. Global prevalence of functional dyspepsia according to Rome criteria, 1990-2020: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep*. 2024 Feb 20;14(1). doi:10.1038/S41598-024-54716-3
20. Stanghellini V, Chan FKL, Hasler WL, Malagelada JR, Suzuki H, Tack J, et al. Gastroduodenal disorders. *Gastroenterology*. 2016 May 1;150(6):1380–92. doi:10.1053/j.gastro.2016.02.011
21. World famous neurogastroenterologists, scientists, and clinicians convened in Rome in November 2023 to work on Rome V | The Rome Foundation [Internet]. [cited 2026 Jan 27]. Available from: <https://theromefoundation.org/world-famous-neurogastroenterologists-scientists-and-clinicians-convened-in-rome-in-november-2023-to-work-on-rome-v/>
22. Sarnelli G, Pesce M, Barbara G, de Bortoli N, Sario A Di, Esposito G, et al. Italian guidelines for the diagnosis and treatment of functional dyspepsia – joint consensus from the Italian societies of gastroenterology and endoscopy (SIGE), Neurogastroenterology and motility (SINGEM), hospital gastroenterologists and endoscopists (.... Digestive and Liver Disease. 2025 Sep 1;57(9):1730–47. doi:10.1016/J.DLD.2025.06.012
23. Functional Dyspepsia - StatPearls - NCBI Bookshelf [Internet]. [cited 2026 Jan 27]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554563/>
24. Wang L, Shi YP, Li YN, Wang XJ, Xu LJ, Zhang Y. Pathophysiological mechanisms of functional dyspepsia: a narrative review. *Front Med (Lausanne)*. 2025 Nov 10;12:1624242. doi:10.3389/FMED.2025.1624242/FULL
25. Azer SA, Awosika AO, Akhondi H. Gastritis. *Mayo Clinic Gastroenterology and Hepatology Board Review, Third Edition*. 2024 Jun 22;67–75. doi:10.1201/b14432-10
26. Chen YC, Malfertheiner P, Yu HT, Kuo CL, Chang YY, Meng FT, et al. Global Prevalence of Helicobacter pylori Infection and Incidence of Gastric Cancer Between 1980 and 2022. *Gastroenterology*. 2024 Apr 1;166(4):605–19. doi:10.1053/J.GASTRO.2023.12.022
27. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain CA, Gisbert JP, Kuipers EJ, Axon AT, et al. Management of Helicobacter pylori infection--the Maastricht IV/ Florence Consensus Report. *Gut*. 2012 May 1;61(5):646–64. doi:10.1136/GUTJNL-2012-302084
28. Chiang TH, Chang WJ, Chen SLS, Yen AMF, Fann JCY, Chiu SYH, et al. Mass eradication of Helicobacter pylori to reduce gastric cancer incidence and mortality: a long-term cohort study on Matsu Islands. *Gut*. 2021 Feb 1;70(2):243–50. doi:10.1136/GUTJNL-2020-322200
29. Malfertheiner P, Megraud F, Rokkas T, Gisbert JP, Liou JM, Schulz C, et al. Management of Helicobacter pylori infection: the Maastricht VI/Florence consensus report. *Gut*. 2022 Sep 1;71(9):1724–62. doi:10.1136/GUTJNL-2022-327745
30. Romano M, Gravina AG, Eusebi LH, Pellegrino R, Palladino G, Frazzoni L, et al. Management of Helicobacter pylori infection: Guidelines of the Italian Society of Gastroenterology (SIGE) and the Italian Society of Digestive Endoscopy (SIED). *Digestive and Liver Disease*. 2022 Sep 1;54(9):1153–61. doi:10.1016/j.dld.2022.06.019
31. Norman AJ, Gopakumar V. Drug-induced gastrointestinal disorders. *Medicine*. 2024 Mar 1;52(3):161–8. doi:10.1016/J.MPMED.2023.12.007
32. Mungan Z, Şimşek BP. Which drugs are risk factors for the development of gastroesophageal reflux disease? *Turk J Gastroenterol*. 2017;28(Suppl 1):S38–43. doi:10.5152/TJG.2017.11

33. Dettmar PW SVFJ and WA. The Antacid Efficacy of Maalox in Comparison to a Range of Antacids. *J Pharm Sci Therap.* 2019;5(1):301–25
34. Savarino EV, Barberio B, Scarpignato C, Savarino V, Barbara G, Bertin L, et al. Italian guidelines for the diagnosis and management of gastro-esophageal reflux disease: Joint consensus from the Italian Societies of: Gastroenterology and Endoscopy (SIGE), Neurogastroenterology and Motility (SINGEM), Hospital Gastroenterologists and Endoscopists (AIGO), Digestive Endoscopy (SIED), and General Medicine (SIMG). *Dig Liver Dis.* 2025 Aug;57(8):1550-1577. doi: 10.1016/j.dld.2025.04.020
35. Savarino E, de Bortoli N, Zentilin P, Martinucci I, Bruzzzone L, Furnari M, et al. Alginate controls heartburn in patients with erosive and nonerosive reflux disease. *World J Gastroenterol.* 2012;18(32):4371–8. doi:10.3748/WJG.V18.I32.4371
36. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Gastro-oesophageal reflux disease and dyspepsia in adults: investigation and management. NICE Guideline, No 184. 2019 Oct 18
37. Samuels TL, Yan K, Patel N, Plehhova K, Coyle C, Hurley BP, et al. Alginates for Protection Against Pepsin-Acid Induced Aerodigestive Epithelial Barrier Disruption. *Laryngoscope.* 2022 Dec 1;132(12):2327–34. doi:10.1002/LARY.30087;PAGE:STRING:ARTICLE/CHAPTER
38. Caramella C, Pellegrino P, Rossi S, Saporito F. Preparati antireflusso Farmaci e dispositivi medici a confronto. *NCF.* 2016;7:60–4
39. Leiman DA, Riff BP, Morgan S, Metz DC, Falk GW, French B, et al. Alginate therapy is effective treatment for GERD symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Dis Esophagus.* 2017 May 1;30(5):1–9. doi:10.1093/DOTE/DOW020
40. Hunt R, Armstrong D, Katelaris P, Afihene M, Bane A, Bhatia S, et al. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines: GERD Global Perspective on Gastroesophageal Reflux Disease. *J Clin Gastroenterol.* 2017 Jun;51(51):467–78. doi:doi:10.1097/MCG.0000000000000854
41. Manabe N, Haruma K, Ito M, Takahashi N, Takasugi H, Wada Y, et al. Efficacy of adding sodium alginate to omeprazole in patients with nonerosive reflux disease: a randomized clinical trial. *Dis Esophagus.* 2012 Jul;25(5):373–80. doi:10.1111/J.1442-2050.2011.01276.X
42. Caterbi S, Buttarini C, Garetto S, Franco Moscardini I, Ughetto S, Guerrini A, et al. A Non-Pharmacological Paradigm Captures the Complexity in the Mechanism of Action of Poliprotect Against Gastroesophageal Reflux Disease and Dyspepsia. *Int J Mol Sci.* 2025 Feb 1;26(3):1181. doi:10.3390/IJMS26031181/S1
43. Corazzari ES, Gasbarrini A, D'Alba L, D'Ovidio V, Riggio O, Passaretti S, et al. Poliprotect vs Omeprazole in the Relief of Heartburn, Epigastric Pain, and Burning in Patients Without Erosive Esophagitis and Gastroduodenal Lesions: A Randomized, Controlled Trial. *Am J Gastroenterol.* 2023 Nov 1;118(11):2014–24. doi:10.14309/AJG.0000000000002360
44. Scarpignato C, Hongo M, Wu JCY, Lottrup C, Lazarescu A, Stein E, et al. Pharmacologic treatment of GERD: Where we are now, and where are we going? *Ann N Y Acad Sci.* 2020 Dec 10;1482(1):193–212. doi:10.1111/NYAS.14473
45. Scarpignato C, De Bortoli N, Iovino P, Nacci A, Sarnelli G, Savarino EV. Hyaluronic acid and chondroitin sulfate-based medical devices: formulations, esophageal mucosal protection, and their place in the management of GERD. *Therap Adv Gastroenterol.* 2025 Jan 1;18. doi:10.1177/17562848251337822
46. Savarino V, Visaggi P, Marabotto E, Bertin L, Pasta A, Calabrese F, et al. Topical Protection of Esophageal Mucosa as a New Treatment of GERD. *J Clin Gastroenterol.* 2025 Jan 9;59(3):197–205. doi:10.1097/MCG.0000000000002128
47. Gyawali CP, Fass R. Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *Gastroenterology.* 2018 Jan 1;154(2):302–18. doi:10.1053/j.gastro.2017.07.049



48. Hunt R, Quigley E, Abbas Z, Eliakim A, Emmanuel A, Goh K, et al. Coping with common gastrointestinal symptoms in the community: a global perspective on heartburn, constipation, bloating, and abdominal pain/discomfort May 2013. *J Clin Gastroenterol*. 2014 Aug;48(7):567–78. doi:10.1097/MCG.0000000000000141
49. Holtmann G, Bigard MA, Malfertheiner P, Pounder R. Guidance on the use of over-the-counter proton pump inhibitors for the treatment of GERD. *Int J Clin Pharm*. 2011 Jun;33(3):493–500. doi:10.1007/S11096-011-9489-Y
50. Boardman HF, Heeley G. The role of the pharmacist in the selection and use of over-the-counter proton-pump inhibitors. *Int J Clin Pharm*. 2015 Oct 1;37(5):709–16. doi:10.1007/S11096-015-0150-Z
51. Ness-Jensen E, Hveem K, El-Serag H, Lagergren J. Lifestyle Intervention in Gastroesophageal Reflux Disease. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2016 Feb 1;14(2):175-182.e3. doi:10.1016/j.cgh.2015.04.176
52. Chirila I, Morariu ID, Barboi OB, Drug VL. The role of diet in the overlap between gastroesophageal reflux disease and functional dyspepsia. *Turk J Gastroenterol*. 2016 Jan 1;27(1):73–80. doi:10.5152/TJG.2015.150238
53. Kaltenbach T, Crockett S, Gerson LB. Are lifestyle measures effective in patients with gastroesophageal reflux disease? An evidence-based approach. *Arch Intern Med*. 2006 May 8;166(9):965–71. doi:10.1001/ARCHINTE.166.9.965
54. Ness-Jensen E, Lindam A, Lagergren J, Hveem K. Tobacco smoking cessation and improved gastroesophageal reflux: a prospective population-based cohort study: the HUNT study. *Am J Gastroenterol*. 2014 Feb;109(2):171–7. doi:10.1038/AJG.2013.414
55. Mone I, Kraja B, Bregu A, Duraj V, Sadiku E, Hyska J, et al. Adherence to a predominantly Mediterranean diet decreases the risk of gastroesophageal reflux disease: a cross-sectional study in a South Eastern European population. *Dis Esophagus*. 2016 Oct 1;29(7):794–800. doi:10.1111/DOTE.12384
56. Martinucci I, Guidi G, Savarino E V., Frazzoni M, Tolone S, Frazzoni L, et al. Vegetal and Animal Food Proteins Have a Different Impact in the First Postprandial Hour of Impedance-pH Analysis in Patients with Heartburn. *Gastroenterol Res Pract*. 2018;2018. doi:10.1155/2018/7572430
57. Chen JW, Vela MF, Peterson KA, Carlson DA. AGA Clinical Practice Update on the Diagnosis and Management of Extraesophageal Gastroesophageal Reflux Disease: Expert Review. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2023 Jun 1;21(6):1414-1421.e3. doi:10.1016/j.cgh.2023.01.040

PROBLEMATICHE ALTO TRATTO GASTROINTESTINALE

