

PROTOCOLLO

STIPSI E PROBLEMATICHE CORRELATE ALLA DEFECAZIONE

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. INTRODUZIONE ALLA STIPSI: IMPATTO DEL PROBLEMA	4
2. CENNI DI FISIOLOGIA	4
3. DEFINIZIONI D'INTERESSE	5
4. CLASSIFICAZIONE DELLA STIPSI	7
4.1 Stipsi occasionale	7
4.2 Stipsi cronica	7
4.2.1 Stipsi primaria	7
4.2.2 Stipsi secondaria	8
5. CONDIZIONI FAVORENTI LA STIPSI D'INTERESSE PER IL FARMACISTA	9
6. INQUADRAMENTO CLINICO-DIFFERENZIALE	10
6.1 Red flag	10
6.2 Inquadramento clinico-differenziale specifico	11
7. GESTIONE DEL PROBLEMA	12
7.1 Approccio educativo e modifiche dello stile di vita	12
7.2 Trattamenti farmacologici	14
7.2.1 Lassativi osmotici	14
7.2.2 Lassativi stimolanti la motilità e la secrezione intestinale	16
7.2.3 Supposte e clismi	17
7.2.4 Lassativi formanti massa (bulk-forming)	18
7.2.5 Lassativi emollienti	18
7.2.6 Probiotici e prebiotici	19
7.3 Combinazioni di diverse classi di trattamento	19
BIBLIOGRAFIA	20



1. INTRODUZIONE ALLA STIPSI: IMPATTO DEL PROBLEMA

Dal greco *styphein* (stretto), la “stipsi”, detta anche stitichezza o costipazione, indica un disturbo intestinale caratterizzato da emissione difficile o infrequente delle feci, feci dure e a volte sensazione di evacuazione incompleta.

La stipsi costituisce un problema di salute di rilevanza globale. Le stime epidemiologiche indicano una prevalenza compresa tra il 10% e il 20% della popolazione generale, con variazioni legate ai criteri diagnostici adottati, alle differenze socioculturali, agli stili di vita e ai modelli alimentari. Il disturbo non è limitato ai Paesi industrializzati, ma osservabile in tutte le aree geografiche, con pattern eterogenei ⁽¹⁻³⁾. La stipsi può interessare tutte le fasce d'età, dall'età pediatrica fino alla popolazione geriatrica, ma mostra una distribuzione non uniforme. È più frequente nel sesso femminile, con un rapporto M/F approssimativamente pari a 1:2. L'incidenza e la prevalenza aumentano progressivamente dopo i 50 anni, con un picco nei soggetti oltre i 65 anni, nei quali contribuiscono politerapia, ridotta mobilità, modificazioni dietetiche e comorbidità croniche ⁽⁴⁻⁶⁾. È stato inoltre osservato che fino al 75% dei pazienti ricoverati in ospedale o residenti in case di riposo fa uso di lassativi ⁽⁷⁾.

Per quanto riguarda l'impatto sul territorio italiano, uno studio condotto nell'ambito delle cure primarie ha evidenziato una prevalenza variabile tra il 24% e il 34%, in funzione del criterio diagnostico utilizzato ⁽⁸⁾. La prevalenza risulta maggiore quando si considera l'autodiagnosi del paziente (Self-reported), rispetto a valutazioni basate su scale di misurazione oggettive come la Visual Analogue Scale (VAS) o i criteri standardizzati di Roma associati alla classificazione secondo la scala di Bristol. Tale variabilità conferma come la percezione soggettiva del disturbo possa ampliare significativamente la platea dei pazienti che si considerano stitici rispetto a quelli che soddisfano criteri clinici stringenti. L'analisi dei dati demografici conferma una maggiore frequenza nel sesso femminile e nei soggetti di età superiore ai 55 anni ⁽⁸⁾, in linea con le evidenze internazionali.

La stipsi, in particolare quando è cronica, impatta negativamente sulla qualità della vita e sulle attività lavorative dei soggetti che ne soffrono ^(9,10). La maggior parte dei pazienti ricorre all'automedicazione e circa il 50% si dichiara insoddisfatto del trattamento utilizzato ⁽¹¹⁾, elemento che sottolinea l'importanza strategica del counselling in farmacia e della corretta selezione terapeutica.

Alla luce di tali dati, la farmacia di comunità si configura come un presidio sanitario importante nella gestione della stipsi, non solo per l'elevata prevalenza del disturbo, ma anche per l'ampio ricorso a trattamenti senza obbligo di prescrizione.

2. CENNI DI FISIOLOGIA

Dal punto di vista funzionale la defecazione è un processo coordinato che coinvolge motilità del colon, funzione anorettale e controllo neurologico ⁽¹²⁾. Non si tratta solo del passaggio delle feci nel retto: perché l'evacuazione sia efficace è necessario che il colon generi una spinta propulsiva adeguata e che, contemporaneamente, il pavimento pelvico e gli sfinteri anali si rilassino in modo corretto e sequenziale. Il sistema nervoso enterico, integrato con il controllo autonomico e centrale, regola sia la motilità intestinale sia la sensibilità rettale. La distensione del retto da parte delle feci attiva riflessi che aumentano la propulsione e favoriscono il rilasciamento degli sfinteri, mentre il controllo volontario consente di scegliere il momento appropriato per evacuare. Dal punto di vista pratico, la stipsi può dipendere non solo da un rallentato transito colico, ma anche da un'alterata sensibilità rettale o da una disfunzione del pavimento pelvico con mancata coordinazione tra spinta addominale e rilasciamento sfinterico.

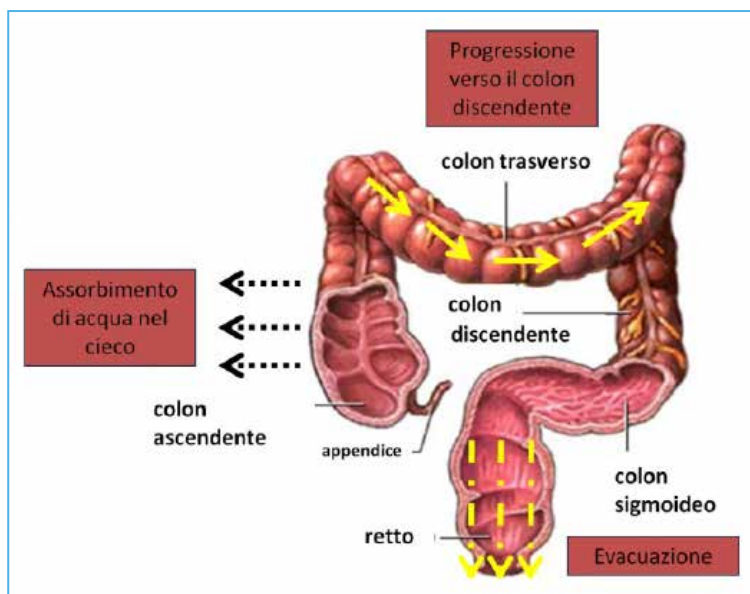


Figura 1: **Meccanismo fisiologico.**

Il trasferimento del contenuto fecale dal colon sigmoideo al retto rappresenta lo stimolo fisiologico primario per l'evacuazione. La distensione della parete rettale attiva recettori meccanici che innescano il riflesso della defecazione, la cui frequenza è modulata da fattori dietetici, dallo stato di idratazione e dalle caratteristiche funzionali della motilità colica. La variabilità interindividuale dell'alvo, pertanto, rientra entro limiti fisiologici ampi e deve essere sempre interpretata nel contesto delle abitudini del singolo soggetto.

BOX 1: Approfondimento fisiologia defecazione

La fisiologia della defecazione può essere descritta attraverso tre fasi principali: fase statica, fase propulsiva e fase espulsiva, che riflettono i diversi momenti della motilità e della funzione del colon.

La **fase statica** è caratterizzata prevalentemente da movimenti di rimescolamento del contenuto intestinale, determinati da contrazioni coordinate della muscolatura circolare e longitudinale del colon. In questa fase avviene soprattutto l'assorbimento di acqua ed elettroliti, processo che consente la progressiva trasformazione del chimo da consistenza semiliquida a materiale fecale più compatto e semisolido.

La **fase propulsiva** è invece responsabile dell'avanzamento del contenuto fecale lungo il colon. Essa è mediata dai cosiddetti movimenti di massa, contrazioni propulsive che si verificano generalmente da una a tre volte al giorno e che spesso si concentrano nell'ora successiva alla colazione, in relazione all'attivazione del riflesso gastro-colico. Questi movimenti consentono una progressione efficace del materiale fecale dal cieco fino al colon sigmoideo e hanno una durata media di circa 10–30 minuti. Durante il sonno l'attività motoria del colon è marcatamente ridotta, mentre riprende rapidamente al risveglio.

La **fase espulsiva** si attiva quando una quantità significativa di materiale fecale raggiunge il retto, determinando la comparsa dello stimolo alla defecazione. Questo processo è facilitato da riflessi fisiologici, tra cui il riflesso gastro-colico e il riflesso duodeno-colico, evocati rispettivamente dalla distensione gastrica e da stimoli a livello del tratto digestivo superiore o da condizioni irritative della mucosa colica. In questa fase riveste un ruolo fondamentale la sensibilità rettale, che permette l'attivazione coordinata dei meccanismi involontari e volontari della defecazione. Nei soggetti con stipsi tale sensibilità può risultare alterata: può essere ridotta (iposensibilità rettale), con minore percezione dello stimolo evacuativo, oppure aumentata (ipersensibilità). Nei casi di iposensibilità, il recupero di una normale funzione dell'alvo può contribuire al ripristino della percezione dello stimolo alla defecazione.

3. DEFINIZIONI D'INTERESSE

Vi è un'ampia variabilità nell'interpretazione del problema “stipsi” sia tra i pazienti sia tra i professionisti sanitari, con una limitata condivisione del significato di “normale funzione intestinale”^(13,14). Il concetto di stipsi presenta, quindi, differenze rilevanti in termini di definizione e percezione.

La *World Gastroenterology Organization*^(15,16) definisce con il termine stipsi evacuazioni intestinali poco frequenti (di solito <3 evacuazioni a settimana). Il problema può essere accompagnato da feci dure, sensazione di evacuazione incompleta, gonfiore o dolore addominale, etc.

I criteri di Roma IV ⁽¹⁷⁾, consentono di fornire una serie di norme diagnostiche utili per definire la stipsi di tipo funzionale. Secondo tali criteri, la stipsi funzionale è un *disturbo intestinale caratterizzato prevalentemente da defecazione difficile, infrequente o incompleta. I pazienti con stipsi funzionale non soddisfano i criteri diagnostici della IBS, sebbene possano essere presenti dolore o gonfiore addominale; in questo caso tali sintomi non rappresentano la manifestazione predominante del quadro clinico.*

Dal punto di vista diagnostico, la stipsi funzionale viene identificata quando l'esordio dei sintomi risale ad almeno sei mesi prima della diagnosi e quando i criteri clinici risultano soddisfatti negli ultimi tre mesi. In **Tabella 1** si indicano, per conoscenza, i criteri specifici definiti dall'ultimo consensus di Roma:

Criteri diagnostici Roma IV per la stipsi funzionale	
A. Deve includere almeno due delle seguenti condizioni*: * I criteri devono essere validi per almeno 3 mesi, ma con sintomatologia risalente ad almeno 6 mesi prima della diagnosi.	1. difficoltà in più di ¼ (25%) delle defecazioni 2. feci dure o a grumi in più di ¼ (25%) delle defecazioni 3. sensazione di evacuazione incompleta in più di ¼ (25%) delle evacuazioni 4. sensazione di ostruzione/blocco in più di ¼ (25%) delle defecazioni 5. necessità di aiuto con manovre manuali in più di ¼ (25%) delle defecazioni 6. meno di 3 movimenti intestinali spontanei alla settimana
B. Feci molli presenti raramente in assenza di lassativi	
C. Criteri insufficienti per fare diagnosi di sindrome dell'intestino irritabile (IBS)	

Tabella 1: Criteri diagnostici Roma IV per la stipsi funzionale ⁽¹⁷⁾

È interessante osservare come, nella pratica clinica, la percezione del disturbo non sia sempre correlata esclusivamente alla frequenza delle evacuazioni. Uno studio condotto negli Stati Uniti ha evidenziato che, nei pazienti con stipsi cronica, sintomi quali sforzo evacuativo, emissione di gas, feci dure e fastidio addominale vengono riferiti più frequentemente rispetto alla semplice riduzione del numero di evacuazioni settimanali ⁽¹¹⁾. Per facilitare la valutazione clinica, può essere utile l'impiego della *Bristol Stool Form Scale*, una scala validata che aiuta il paziente a descrivere la consistenza delle feci. Tale strumento è utile in quanto esiste una correlazione tra la forma delle feci e la velocità del transito intestinale ⁽¹⁸⁾. Inoltre, la scala è comunemente utilizzata nella pratica clinica per la classificazione dei diversi sottotipi di IBS, distinguendo tra forme a prevalenza di stipsi, diarrea o pattern misto ⁽¹⁷⁾.

Tipo 1		Grumi duri separati, come noci (transito difficile)
Tipo 2		Forma di salsicciotto, grumose
Tipo 3		Forma di salsicciotto, con superficie irregolare
Tipo 4		Forma di salsicciotto ma liscia e soffice
Tipo 5		Feci irregolari, lisce e soffici con bordi ben definiti
Tipo 6		Feci sfatte, contorni indefiniti a poltiglia
Tipo 7		Feci acquose, senza elementi solidi (transito rapido)

Figura 2: Bristol Stool Form Scale ⁽¹⁸⁾



4. CLASSIFICAZIONE DELLA STIPSI

Dal punto di vista clinico, una prima classificazione utile anche nel setting della farmacia di comunità è basata sulla durata e persistenza dei sintomi, distinguendo tra stipsi occasionale e stipsi cronica. La stipsi cronica è ampiamente studiata e dispone di criteri diagnostici condivisi. Al contrario, l'approccio alla stipsi occasionale è meno standardizzato e con definizioni variabili. Di seguito vengono approfondite le due forme di stipsi.

4.1 Stipsi occasionale

La prima vera e propria definizione di stipsi occasionale è stata fornita da Rao e colleghi ⁽¹⁹⁾ nel 2022 descrivendola come una *"alterazione temporanea dell'alvo caratterizzata da cambiamenti intermittenti delle abitudini intestinali, che si manifestano con una riduzione percepita della frequenza evacuativa e/o difficoltà nell'emissione delle feci, in assenza di segni o sintomi di allarme suggestivi di patologia organica."*

Coerentemente, il documento di consenso del *Rome Working Group* del 2024 ⁽²⁰⁾ ha ulteriormente affinato la definizione descrivendo la stipsi occasionale come la presenza sporadica e irregolare di almeno uno dei sintomi tipici della stipsi funzionale, quali riduzione della frequenza evacuativa, feci dure, sforzo evacuativo o sensazione di evacuazione incompleta, in assenza di segni di allarme per patologie organiche. Tali episodi sono percepiti dal paziente come sufficientemente fastidiosi da indurre la ricerca di una forma di gestione, che può comprendere modifiche dello stile di vita, interventi dietetici o il ricorso a trattamenti da banco. A differenza della stipsi cronica, non viene definita una durata temporale precisa, poiché gli episodi si presentano in modo intermittente e non soddisfano i criteri diagnostici delle forme croniche.

Nel complesso, la stipsi occasionale è caratterizzata da un andamento transitorio e non persistente: i sintomi possono durare da pochi giorni fino a qualche settimana, con possibile ritorno alla normalità tra un episodio e l'altro. Nella maggior parte dei casi il disturbo tende a risolversi spontaneamente o a seguito di semplici interventi sullo stile di vita, talvolta con il supporto di medicinali senza obbligo di prescrizione.

Tra i fattori che più frequentemente favoriscono la comparsa di episodi di stipsi occasionale si riconoscono modifiche della dieta o riduzione dell'apporto di liquidi, periodi di stress, diminuzione dell'attività fisica, viaggi o cambiamenti della routine evacuativa.

4.2 Stipsi cronica

Si parla di stipsi cronica quando la difficoltà evacuativa persiste per un periodo superiore a tre mesi, con sintomi continuativi o ricorrenti che incidono in modo sulla qualità di vita del paziente. In base all'eziologia, la stipsi cronica si distingue in **forma primaria**, quando non è riconducibile a una causa organica identificabile ed è legata ad alterazioni del transito o della funzione evacuativa anorettale, e **forma secondaria**, quando rappresenta la conseguenza di condizioni patologiche sottostanti (ad esempio malattie metaboliche, neurologiche o strutturali) o dell'assunzione di farmaci.

4.2.1 Stipsi primaria

La stipsi cronica primaria è quella condizione di alterata evacuazione che si manifesta in assenza di cause organiche o farmacologiche sottostanti. In questa categoria rientrano anche forme associate a comportamenti di ritenzione volontaria delle feci. La stipsi primaria può essere distinta in sottotipi con caratteristiche cliniche differenti ⁽²¹⁾ in base al meccanismo fisiopatologico che le sottende.

- Nella stipsi da transito normale (normal-transit constipation) il tempo di percorrenza del contenuto fecale attraverso il colon rientra nei limiti fisiologici; tuttavia, il paziente riferisce *difficoltà evacuativa, sensazione di alvo non soddisfacente o necessità di sforzo*. In questi casi, la percezione del disturbo è spesso legata alla consistenza delle feci o a una alterata sensi-

bilità viscerale più che a un reale rallentamento del transito. Il paziente che presenta questa forma può riferire dolore addominale, meteorismo, senso di evacuazione incompleta, senza feci dure e sforzo evacuativo.

- La stipsi da rallentato transito (slow-transit constipation) è invece caratterizzata da una *ridotta frequenza delle evacuazioni*, diminuito stimolo alla defecazione e frequente necessità di sforzo. Dal punto di vista funzionale si osserva una compromissione dell'attività motoria fasica del colon, con ridotta capacità propulsiva, che determina un effettivo rallentamento del transito intestinale.
- Normalmente i pazienti che presentano una stipsi cronica da rallentato transito riferiscono gonfiore addominale, meteorismo, consistenza delle feci dure. Inoltre lo sforzo evacuativo associato ad uno stimolo poco frequente indirizzano il medico ad una diagnosi di stipsi da rallentato transito.
- Infine, la stipsi da alterata evacuazione è legata a un difetto di coordinazione della muscolatura anorettale. Il paziente può riferire sensazione di evacuazione incompleta, sforzo prolungato o eccessivo e, talvolta, necessità di manovre manuali o pressione perineale per facilitare l'emissione delle feci.

4.2.2 Stipsi secondaria

La stipsi cronica secondaria si sviluppa come conseguenza di una condizione patologica sottostante o dell'assunzione di medicinali. In questi casi la stipsi rappresenta un sintomo secondario ad un'altra condizione clinica.

Le cause possono essere organiche, come nel caso di patologie strutturali del colon-retto, tra cui neoplasie o diverticolosi; metaboliche o endocrine, ad esempio diabete mellito, ipotiroidismo o ipopotassemia; oppure neurologiche. Anche fattori psicologici o comportamentali possono contribuire allo sviluppo di stipsi, come nei disturbi depressivi o nei disturbi del comportamento alimentare ^(16,22,23). Esempi di condizioni mediche che possono favorire la stipsi sono descritte in [Tabella 2](#).

L'assunzione di alcuni farmaci può alterare la normale funzione evacuativa ^(16,22-26). In [Tabella 3](#) vengono descritte terapie e classi terapeutiche che possono essere implicate nell'insorgenza della stipsi.

Nel contesto della farmacia di comunità, anche il riconoscimento di possibili forme secondarie è importante, poiché può orientare il professionista verso un invio al medico per ulteriori approfondimenti in particolare quando la condizione non è stata ancora identificata.

Neuropatie Lesione del SNC Neuropatia autonoma	Condizioni neurologiche Parkinson Demenza senile Sclerosi multipla Ictus
Disordini endocrini o metabolici Diabete Ipotiroidismo Iperparatiroidismo Ipokaliemia, ipomagnesiemia	Anomalie strutturali Prolassi rettali Ragadi, emorroidi Alterazioni intestinali Neoplasie Ostruzioni intestinali
Condizioni psicologiche Ansia Depressione Disturbi dell'alimentazione	

Tabella 2: Condizioni che possono favorire la stipsi ^(16,22,23,25,26)

Farmaci con possibile azione stipsizzante	
Oppiacei	Diuretici (diuretici dell'ansa, tiazide)
FANS	Antiparkinson
Anticolinergici	Antistaminici
Antidepressivi triciclici (amitriptilina, imipramina)	Antiacidi (<i>a base di alluminio e calcio</i>)
Calcio antagonisti (verapamil, diltiazem)	Ferro e supplementi calcio
Sequestranti acidi biliari	Abuso Antidiarroici (<i>loperamide</i>)
Antipsicotici (clazapina)	Antiepilettici (carbamazepina, fenitoina)
Agonisti GLP-1 (effetto frequente e duraturo)	

Tabella 3: Terapie che possono indurre la stipsi ^(16,22-26)

5. CONDIZIONI FAVORENTI LA STIPSI D'INTERESSE PER IL FARMACISTA

Al di là delle condizioni patologiche che possono determinare forme di stipsi secondaria, esistono numerosi fattori non organici in grado di favorire l'insorgenza o il mantenimento del disturbo, contribuendo talvolta alla sua cronicizzazione. Per alcune di queste sono disponibili solide evidenze scientifiche, mentre per altre sono necessari ulteriori approfondimenti ^(22,27,28); tuttavia, nella pratica professionale, il farmacista può considerarle come elementi utili durante l'intervista con il paziente ai fini di una corretta identificazione del problema.

Tra le cause più comuni di alterazione dell'alvo vi sono le abitudini e gli stili di vita: in particolare lo scarso apporto di liquidi, il ridotto consumo di fibre alimentari e la limitata attività fisica, condizioni che possono rallentare il transito intestinale e favorire la formazione di feci più dure. Anche alcune condizioni lavorative caratterizzate da sedentarietà prolungata, oppure l'abitudine a reprimere frequentemente lo stimolo alla defecazione, contribuiscono allo sviluppo della stipsi interferendo con i normali riflessi fisiologici che regolano l'evacuazione.

Un ulteriore fattore è rappresentato dall'uso frequente o improprio di lassativi stimolanti, disponibili senza prescrizione medica. Anche alcune condizioni transitorie del tratto anorettale, come ragadi o emorroidi, comunemente gestite in self-medication possono contribuire alla comparsa di stipsi. Il dolore associato alla defecazione può indurre il paziente a reprimere lo stimolo evacuativo, riducendo la frequenza delle evacuazioni e favorendo l'instaurarsi di un circolo vizioso che altera la regolarità dell'alvo. Infine, anche la gravidanza, per effetto delle modificazioni ormonali e delle ovvie variazioni anatomiche che accompagnano la gestazione, rappresenta un fattore predisponente di stipsi.

Abitudini e stili di vita • Scarso apporto di liquidi • Scarso apporto di fibre • Scarsa attività fisica	Abitudini scorrette • Frequente repressione dello stimolo • Abuso lassativi stimolanti • Abuso di prodotti senza obbligo di prescrizione favorenti stipsi
Condizione lavorativa • Professioni sedentarie	Gravidanza

Tabella 4: Possibili condizioni favorenti la stipsi



6. INQUADRAMENTO CLINICO-DIFFERENZIALE

Anche nel caso della stipsi, come per molte condizioni gestibili in self-medication, è importante che il farmacista effettui una prima e rapida valutazione del paziente. Nella maggior parte dei casi si troverà infatti a gestire condizioni benigne e transitorie, non associate a patologie organiche rilevanti, oppure forme croniche già diagnosticate, per le quali il paziente segue un trattamento consolidato ed efficace. Solo una piccola parte dei soggetti presenta caratteristiche cliniche o segni suggestivi di condizioni potenzialmente più gravi che richiedono l'invio al medico.

Per facilitare un primo inquadramento del problema nel contesto della farmacia, è utile raccogliere alcune informazioni mirate attraverso l'intervista al paziente, così da distinguere le situazioni gestibili mediante counselling e trattamenti da banco da quelle che richiedono invece un approfondimento medico.

6.1 Red flag

Le principali red flag che devono essere considerate quando un paziente riferisce stipsi includono: l'età superiore ai 50 anni associata a una recente variazione delle abitudini intestinali, la mancata risposta ai trattamenti già utilizzati o l'assunzione di farmaci potenzialmente stipsizzanti.

Devono inoltre essere valutati alcuni segni e sintomi clinici, tra cui la presenza di sangue nelle feci, dolore addominale severo o sintomi suggestivi di occlusione intestinale, alternanza persistente di stipsi e diarrea, perdita di peso involontaria e anemia o carenza di ferro. In tabella vengono proposte una serie di domande utili per guidare il farmacista nella valutazione iniziale e nell'identificazione dei pazienti che necessitano rinvio al medico ^(16,23,29,30).

DOMANDE	GIUSTIFICAZIONE
<i>Qual è l'età del paziente?</i>	Maggiore di 50 anni. Soprattutto in presenza di una nuova e improvvisa variazione delle abitudini intestinali, in particolare se il paziente non ha mai eseguito screening per il tumore del colon-retto.
<i>Ha già assunto medicinali o prodotti per la gestione del problema? Ne ha avuto beneficio?</i>	Precedenti trattamenti farmacologici falliti. Verificare se il soggetto abbia già tentato trattamenti per i sintomi riscontrati (ad esempio con lassativi osmotici o stimolanti) senza riferire alcun beneficio.
<i>Il soggetto soffre di patologie croniche o assume terapie per la loro gestione?</i>	Presenza di patologie o utilizzo di terapie che possono potenzialmente indurre stipsi. Possono indicare una possibile stipsi di origine secondaria che, in prima istanza deve essere valutata dal medico.
<i>Il dolore la sveglia la notte o peggiora con il tempo?</i>	Dolore addominale severo o forte dolore rettale o dolore notturno. Dolore intenso e invalidante a livello del basso tratto intestinale, associato a stipsi può indicare presenza di patologia organica o di sintomi suggestivi di occlusione o sub-occlusione intestinale.
<i>Il paziente descrive un dolore cronico ed associato ad altre condizioni?</i>	Dolore addominale cronico (> 6 mesi), ricorrente associato alla defecazione o a un cambiamento abituale evacuazione. Possibile presenza di gonfiore o distensione. Possibile sindrome intestino irritabile o altra condizione che deve essere valutata dal medico.
<i>Il paziente riferisce alternanza di stipsi e diarrea?</i>	Alternanza di stipsi e diarrea, variazione repentina e prolungata delle caratteristiche delle feci. Può sottendere a condizioni organiche quali malattia infiammatoria o diverticoli.
<i>Ha perso peso senza volerlo nelle ultime settimane?</i>	Perdita di peso ingiustificata. Può indicare patologie organiche quali neoplasie, malattie infiammatorie croniche o malassorbimento.



DOMANDE	GIUSTIFICAZIONE
<i>Soffre di anemia o si sente insolitamente stanco?</i>	Anemia, pallore marcato, affaticamento ingiustificato. Possibile sanguinamento cronico occulto o malattia sistemica.
<i>Ha notato sangue nelle feci?</i>	Presenza di sangue nelle feci o melena. Può suggerire sanguinamento gastrointestinale, possibile malattia infiammatoria intestinale, diverticoli o problema ano-rettale.
<i>Ha avuto febbre associata a dolore addominale? Presenza di vomito o diarrea che perdurano da più giorni senza alcun miglioramento?</i>	Febbre recente (>38.5) o persistente in particolare se associata a dolore addominale, nausea e vomito. Possibile processo infettivo o infiammatorio in atto oppure patologie organiche addominali (patologie infiammatorie o ostruzioni intestinali).
<i>Familiarità per malattie gastrointestinali (es. malattie infiammatorie croniche, celiachia, tumore al colon)?</i>	Familiarità per malattie gastrointestinali intestinali. Aumento rischio patologia organica.

 Tabella 5: Red flag ^(16,23,29,30)

6.2 Inquadramento clinico-differenziale specifico

Per poter inquadrare con maggiore dettaglio il disturbo così da selezionare la soluzione terapeutica più adeguata il farmacista può porre al paziente una serie di domande; gli ambiti di indagine a cui fare riferimento sono riportati in [Tabella 6](#).

DOMANDE	GIUSTIFICAZIONE
<i>Caratterizzare il problema</i>	Caratterizzazione manifestazione principale. Aiuta a orientare la scelta del trattamento e a comprendere se il problema riguarda soprattutto il transito intestinale o la fase evacuativa. Le diverse forme di stipsi possono essere caratterizzate da alcune abitudini evacuative che possono indirizzare il farmacista verso l'inquadramento di una forma o di un'altra (vedi classificazione). Ad esempio: • Transito normale: difficoltà evacuativa, sensazione di alvo non soddisfacente o necessità di sforzo, magari correlata ad un cambio dello stile di vita (viaggio o cambio alimentazione). • Rallentato transito: ridotta frequenza delle evacuazioni e feci secche, rallentato transito. • Alterata evacuazione: sensazione di evacuazione incompleta e sforzo prolungato per defecare.
<i>Presenza altri sintomi associati?</i>	Sintomi associati alla stitichezza. Permette di individuare possibili condizioni concomitanti che contribuiscono alla stipsi o possono esserne una conseguenza e che potrebbero richiedere un trattamento specifico. L'individuazione dei sintomi può avvenire già durante l'indagine delle red flag; quelli più comunemente associati a stitichezza sono: dolore alla defecazione e lieve sanguinamento (segno di possibili problematiche anorettali quali per es. ragadi o patologia emorroidaria) che possono indurre il paziente a trattenere lo stimolo evacuativo; gonfiore e distensione addominale (potenzialmente associati a disturbi della normale funzione intestinale, quale la sindrome dell'intestino irritabile).



DOMANDE	GIUSTIFICAZIONE
<i>Da quanto perdura la stipsi? È ricorrente?</i>	Durata e ricorrenza. Aiutano a distinguere una forma occasionale da una possibile forma cronica. Episodi recenti sono spesso legati a fattori transitori; una durata prolungata o persistente richiede maggiore attenzione. Se il disturbo persiste da alcune settimane senza miglioramento o non è mai stato valutato dal medico, può essere opportuno suggerire una consulenza medica.
<i>Ci sono alcune condizioni che migliorano o peggiorano segni e sintomi?</i>	Fattori che possono influenzare regolarità alvo. Permette di identificare possibili fattori scatenanti e orientare il counselling su modifiche dello stile di vita e dell'alimentazione. Viaggi, variazioni della dieta, ridotto apporto di fibre o liquidi, periodi di sedentarietà o stress possono favorire l'insorgenza di stipsi occasionale. Anche cambiamenti temporanei dell'attività fisica o periodi di allettamento possono influire sul transito intestinale. Modifiche alimentari. Rappresenta un'informazione utile per orientare l'educazione e valutare l'eventuale necessità di strategie terapeutiche differenti. Il miglioramento conseguente a modifiche dietetiche suggerisce una stipsi funzionale legata allo stile di vita. L'assenza di miglioramento invece può indicare forme più complesse, come stipsi da rallentato transito.

Tabella 6: Inquadramento clinico specifico

7. GESTIONE DEL PROBLEMA

Nel contesto della farmacia di comunità, la gestione della stipsi può prevedere interventi non farmacologici e farmacologici, che il farmacista può integrare in base alle caratteristiche del paziente, alla durata dei sintomi ed alla loro gravità.

Le misure relative allo stile di vita ed abitudini alimentari sono generalmente il primo approccio terapeutico, sia nella stipsi occasionale che in quella cronica. Qualora tali interventi non risultino sufficienti possono essere affiancati i trattamenti farmacologici senza obbligo di prescrizione.

Nel contesto della farmacia possono essere gestite forme di stipsi occasionale oppure croniche già diagnosticate e stabilizzate, nelle quali il paziente abbia già ricevuto una valutazione medica e sia in grado di gestire il disturbo con terapie consolidate, anche senza obbligo di prescrizione ^(29,30).

7.1 Approccio educativo e modifiche dello stile di vita

Le modifiche dello stile di vita, le indicazioni dietetiche e gli interventi nutrizionali rappresentano generalmente il trattamento di prima linea, in particolare nella stipsi cronica. Sebbene il livello di evidenza disponibile sia moderato, l'attività fisica regolare, un adeguato apporto di liquidi ed un incremento dell'assunzione di fibre alimentari sono tradizionalmente raccomandati come strategie iniziali nella gestione di questa condizione ^(7,31). È importante considerare che la maggior parte degli studi disponibili riguarda la stipsi cronica, mentre le evidenze relative alla stipsi occasionale sono più limitate. Inoltre, i benefici derivanti dalle modifiche dello stile di vita possono richiedere tempo prima di manifestarsi. Oltre alle indicazioni supportate da evidenze scientifiche, esistono anche raccomandazioni empiriche che possono comunque contribuire a migliorare la regolarità intestinale in alcuni pazienti. Di seguito vengono riportati i principali interventi educazionali che il farmacista può suggerire nella pratica quotidiana.

- **Attività fisica:** l'attività fisica regolare può contribuire a ridurre il tempo di transito intestinale, anche se questo non sempre si traduce in un miglioramento clinicamente significativo della stipsi, poiché la sua eziologia è spesso multifattoriale ⁽⁷⁾. L'esercizio aerobico è la forma di attività che risulta più efficace nel potenziale miglioramento della regolarità dell'alvo ⁽³¹⁾. Secondo le indicazioni della *World Gastroenterology Organization*, attività come camminare a passo sostenuto, fare jogging, andare in bicicletta o nuotare possono stimolare la motilità intestinale e contribuire alla riduzione del tempo di transito ⁽¹⁶⁾.
- **Apporto di fibre nella dieta:** un aumento dell'apporto di fibre alimentari, associato a un adeguato apporto di liquidi, può risultare utile nel migliorare la regolarità intestinale ⁽⁷⁾. Alcune linee guida indicano come il consumo di kiwi, prugne e psillio aumentino il tasso di evacuazioni spontanee e la frequenza delle stesse ⁽³¹⁾. Secondo la *World Gastroenterology Organization* ⁽¹⁶⁾, buone fonti alimentari di fibre includono cereali integrali, frutta, verdura, legumi, noci e semi. L'assunzione giornaliera raccomandata è generalmente compresa tra 20 e 30 g di fibre al giorno, considerando sia le fibre alimentari sia eventuali integrazioni. L'aumento dell'intake di fibre dovrebbe avvenire in modo graduale, nell'arco di alcune settimane, per consentire all'organismo di adattarsi ed evitare la comparsa di effetti indesiderati come gonfiore addominale, flatulenza o crampi.
- **Apporto di liquidi:** aumentare l'assunzione di liquidi può essere utile per migliorare il transito intestinale ⁽¹⁶⁾. In generale, un consumo di circa 1,5–2 litri di acqua al giorno può contribuire a migliorare la frequenza delle evacuazioni e ridurre il ricorso ai lassativi ⁽¹⁵⁾. In particolare nei soggetti anziani è importante garantire un apporto idrico adeguato, poiché spesso l'assunzione di liquidi risulta ridotta. L'incremento dell'assunzione di liquidi dovrebbe comunque essere adattato alle condizioni del paziente, evitando eccessivi sovraccarichi e aumentando l'introito in modo graduale.
- **Corretta abitudine evacuativa:** la regolarizzazione delle abitudini evacuative può contribuire al miglioramento della funzione intestinale. È utile incoraggiare il paziente a dedicare quotidianamente un momento alla toilette, preferibilmente al mattino o dopo i pasti, sfruttando il riflesso gastro-colico anche se l'efficacia di questo approccio ha evidenze limitate ⁽⁴⁾. Può inoltre essere utile adottare una posizione corretta durante la defecazione, preferendo una postura semi-accucciata (ad esempio con i piedi leggermente sollevati su un supporto), che facilita l'azione del torchio addominale e favorisce l'evacuazione. Alcuni accorgimenti empirici possono inoltre contribuire a favorire la defecazione, come:
 - evitare di reprimere lo stimolo evacuativo;
 - dedicare alcuni minuti alla toilette in condizioni di tranquillità e rilassamento;
 - assumere bevande calde o effettuare un delicato massaggio addominale prima dell'evacuazione.
 È inoltre importante evitare l'uso prolungato o improprio di lassativi stimolanti, frequentemente abusati nei pazienti con stipsi cronica, e limitare il consumo di alimenti che favoriscono eccessiva produzione di gas nei soggetti che riferiscono gonfiore addominale.
- **Diario dell'alvo:** Infine, può risultare utile suggerire al paziente la compilazione di un diario dell'alvo ⁽²²⁾, registrando per alcuni giorni la frequenza delle evacuazioni, la consistenza delle feci (ad esempio utilizzando la scala di Bristol), l'eventuale sforzo evacuativo, la sensazione di evacuazione incompleta e la presenza di dolore o gonfiore. Questo strumento può fornire informazioni utili sulle abitudini intestinali e aiutare a monitorare la risposta agli interventi terapeutici.

Cosa consigliare	Cosa evitare
Massaggiare delicatamente l'addome nell'attesa dello stimolo	Reprimere lo stimolo
Regolarità oraria nella defecazione	Inattività fisica e la sedentarietà
Toilette training (posizione accovacciata)	Abuso di lassativi o purganti, se possibile
Svolgere un'attività fisica moderata	Se possibile, uso cronico di farmaci potenzialmente costipanti
Seguire una dieta ad alto contenuto di fibre (25g/die)	Cibi con elevata capacità di produrre gas intestinali
Bere almeno 1,5-2 L di liquidi al giorno	
Rilassarsi	

Tabella 8: Approccio educativo ai corretti stili di vita ed abitudini alimentari

7.2 Trattamenti farmacologici

Quando le modifiche dello stile di vita e gli interventi educazionali non risultano sufficienti a controllare i sintomi, oppure quando il paziente desidera associare un trattamento sintomatico, è possibile ricorrere a farmaci senza obbligo di prescrizione, dispositivi medici o soluzioni fitoterapiche per la gestione della stipsi.

Un'interessante indagine condotta da *Johanson e colleghi* ⁽¹¹⁾ ha analizzato le aspettative dei pazienti affetti da stipsi cronica rispetto alle terapie utilizzate per il controllo del disturbo. Dai risultati della survey è emerso che, nella gestione farmacologica della stipsi, i pazienti considerano particolarmente importanti alcune caratteristiche del trattamento: l'efficacia nel ridurre i sintomi principali (sforzo evacuativo e la ridotta frequenza delle evacuazioni), la buona tollerabilità, la prevedibilità della risposta terapeutica e la possibilità di utilizzo nel lungo periodo.

Nel contesto della farmacia di comunità, il farmacista dispone di diverse classi terapeutiche in grado di rispondere a queste esigenze, agendo con meccanismi differenti sul transito intestinale e consistenza delle feci. La scelta del trattamento più appropriato deve essere orientata dalle caratteristiche del disturbo, durata dei sintomi e preferenze del paziente. Tra le principali categorie disponibili si ricordano:

- lassativi osmotici;
- lassativi stimolanti la motilità intestinale;
- supposte e clismi;
- lassativi formanti massa;
- lassativi emollienti;
- probiotici e prebiotici.

7.2.1 Lassativi osmotici

I lassativi osmotici possono essere distinti in lassativi osmotici salini (ad esempio sali di magnesio come ossido, idrossido o citrato di magnesio) e lassativi osmotici non salini (macrogl - PEG, lattulosio, lattitolo).

Questi composti sono scarsamente assorbiti a livello intestinale e agiscono aumentando la pressione osmotica intraluminale. Il conseguente richiamo di acqua nel lume intestinale determina idratazione delle feci, aumento del volume fecale e stimolazione della motilità intestinale, facilitando l'evacuazione. Rispetto ai lassativi stimolanti, i lassativi osmotici presentano in genere un profilo di tollerabilità più favorevole ed il loro uso è associato meno frequentemente a dolore crampiforme ⁽²²⁾.



I lassativi osmotici rappresentano un'opzione di prima linea nel trattamento della stipsi cronica, grazie alle solide evidenze disponibili sulla loro efficacia e al buon profilo di sicurezza anche in caso di utilizzo prolungato ^(16,30-32). Macrogol (PEG) e composti a base di magnesio possono essere impiegati anche nel trattamento della stipsi occasionale ⁽²⁰⁾.

Lassativi osmotici salini

I lassativi osmotici salini, in particolare i derivati del magnesio, sono caratterizzati da una rapida insorgenza dell'effetto, caratteristica che può favorire la compliance del paziente e la risoluzione di episodi di stipsi occasionale.

Tra i principali lassativi salini rientrano magnesio idrossido, magnesio citrato, magnesio solfato e magnesio ossido, disponibili in diverse formulazioni orali (sospensioni, polveri o soluzioni) ⁽³³⁾.

Nella pratica clinica la scelta tra i diversi composti è generalmente legata alla formulazione disponibile, alla tollerabilità del paziente e alle caratteristiche cliniche individuali. Ad esempio la forma farmaceutica e la palatabilità (soluzioni aromatizzate o polveri da sciogliere in acqua) possono incidere sull'accettabilità del trattamento e quindi sull'aderenza del paziente. Studi clinici hanno dimostrato che questi composti sono efficaci nell'aumentare la frequenza delle evacuazioni, migliorare la consistenza delle feci e ridurre sintomi quali sforzo evacuativo, senso di evacuazione incompleta e discomfort addominale ⁽²⁰⁾.

Dal punto di vista della sicurezza, l'impiego dei lassativi salini richiede particolare cautela nei pazienti con insufficienza renale, insufficienza cardiaca o condizioni predisponenti a squilibri idro-elettrolitici (es. anziani), poiché un assorbimento eccessivo di sodio, fosforo o magnesio può determinare sovraccarico elettrolitico e di volume. L'uso eccessivo può inoltre favorire fenomeni di disidratazione ⁽³⁴⁾.

In generale, gli effetti indesiderati più frequenti includono nausea, gonfiore, flatulenza, crampi addominali e diarrea ⁽³⁵⁾.

Lassativi osmotici non salini

Lattulosio e lattitolo sono disaccaridi sintetici non assorbibili che raggiungono il colon immodificati, dove vengono fermentati dalla flora batterica intestinale con produzione di acidi organici. Questo processo determina riduzione del pH intestinale, aumento della pressione osmotica intraluminale e stimolazione della peristalsi, favorendo l'evacuazione di feci più morbide.

Il macrogol (polietilenglicole, PEG) è un lassativo osmotico non salino minimamente assorbito che agisce legando l'acqua presente nel lume intestinale, aumentando l'idratazione delle feci e facilitandone il transito.

Il PEG è disponibile in diverse formulazioni che differiscono principalmente per il peso molecolare medio (ad esempio PEG 3350 o PEG 4000) e per la presenza o meno di elettroliti. I preparati contenenti elettroliti (es. PEG 3350+elettroliti) sono stati inizialmente sviluppati per ridurre il rischio di alterazioni idro-elettrolitiche durante trattamenti prolungati, mentre le formulazioni senza elettroliti (PEG 4000) presentano generalmente una migliore palatabilità e accettabilità da parte dei pazienti ⁽³⁶⁾. Il Macrogol (PEG) rappresenta il trattamento di scelta secondo le varie linee guida ⁽³⁷⁾. Terapie a base di PEG con o senza elettroliti si sono dimostrate efficaci e sicure per la stitichezza negli adulti. L'aggiunta di elettroliti non sembra offrire alcun beneficio clinico ⁽³⁶⁾. L'assunzione regolare di PEG è associata a miglioramento della frequenza delle evacuazioni, della consistenza fecale e riduzione dello sforzo evacuativo. Le evidenze disponibili indicano che il PEG risulta più efficace del lattulosio nell'aumentare il numero di evacuazioni settimanali e nel migliorare la consistenza delle feci ⁽²²⁾, oltre a essere generalmente meglio tollerato a livello gastrointestinale. Nello specifico PEG 4000 e PEG 3350+elettroliti presentano una migliore efficacia rispetto al lattulosio e PEG 4000 presenta una migliore accettabilità rispetto a PEG3350+elettroliti e lattulosio ⁽³⁶⁾. Il PEG 4000 senza elettroliti ha dimostrato mantenere un'efficacia clinica duratura nel trattamento della stipsi cronica, senza



evidenza di perdita d'effetto nel tempo o necessità di incremento progressivo del dosaggio ⁽³⁸⁾. Alcune evidenze emergono anche in studi comparativi da PEG e fibre. In particolare macrogol 4000 ha dimostrato una maggiore efficacia rispetto allo psyllium idrocolloide nel migliorare i sintomi della stipsi [somministrazione di macrogol 4000 (10 g una volta al giorno) vs allo psyllium (6 g due volte al giorno)] ⁽³⁸⁾.

L'impiego è considerato adeguato nella popolazione adulta ed anziana ⁽³⁹⁾. I PEG rappresentano un'opzione di scelta nella fascia pediatrica per la gestione della stipsi funzionale cronica ⁽⁴⁰⁾. Il polietilenglicole ed il lattulosio, possono essere somministrati anche durante la gravidanza tenendo però presente che un'assunzione eccessiva può causare gonfiore addominale ⁽⁴¹⁾.

In conclusione i lassativi osmotici possono essere impiegati in ampie fasce della popolazione con stipsi cronica. Per quanto riguarda i sintomi risultano particolarmente indicati nei pazienti che presentano feci dure e difficoltà nell'evacuazione con marcato sforzo evacuativo. I preparati a base di solfato di magnesio dovrebbero invece essere riservati all'uso occasionale.

7.2.2 Lassativi stimolanti la motilità e la secrezione intestinale

I lassativi stimolanti possono essere suddivisi in due principali categorie: derivati del difenilmetano (ad esempio bisacodile e picosolfato di sodio) e derivati antrachinonici di origine vegetale (come senna, aloe e cascara). Tali classi di farmaci, agiscono localmente sulla mucosa e sul plesso nervoso enterico della muscolatura liscia intestinale ⁽³²⁾, stimolando la motilità propulsiva del colon accelerando il transito intestinale.

I derivati del difenilmetano si distinguono per il loro meccanismo d'azione: oltre a stimolare la motilità propulsiva del colon aumentano il contenuto di acqua nell'intestino, con conseguente insorgenza d'azione più rapida (circa 6-12 ore) rispetto ai lassativi osmotici ⁽⁴²⁾. Spesso vengono assunti la sera, in modo da favorire l'evacuazione il mattino successivo.

I lassativi stimolanti sono considerati un'opzione efficace nel trattamento della stipsi occasionale e, secondo le raccomandazioni della *Rome Foundation*, possono essere utilizzati come trattamento di prima linea ⁽²⁰⁾; tra questi, il bisacodile rappresenta uno dei principi attivi più comunemente impiegati. Per quanto riguarda l'impiego nelle forme croniche, la revisione di *Rao et al.* ⁽³²⁾ ha incluso senna, bisacodile e sodio picosolfato tra le terapie senza obbligo di prescrizione che possono essere impiegate e che presentano maggiori evidenze di efficacia, segnalando al contempo possibili criticità legate all'uso a lungo termine.

Una recente revisione della letteratura ⁽⁴²⁾ ha approfondito le caratteristiche farmacologiche e l'efficacia clinica del bisacodile, profarmaco appartenente alla classe dei derivati del difenilmetano che, dopo attivazione nel colon, agisce localmente stimolando la motilità intestinale e aumentando la secrezione di acqua ed elettroliti nel lume intestinale. Questo duplice meccanismo determina un'accelerazione del transito colico e un miglioramento della consistenza delle feci. Gli studi clinici dimostrano che il bisacodile è in grado di aumentare la frequenza delle evacuazioni spontanee e migliorare i sintomi della stipsi, presentando al contempo un profilo di sicurezza favorevole grazie al minimo assorbimento sistemico ⁽⁴²⁾. Le preoccupazioni storicamente associate all'uso prolungato dei lassativi stimolanti, quali il rischio di dipendenza o di danno intestinale, non sono supportate da evidenze scientifiche recenti: il metabolita attivo del bisacodile agisce principalmente a livello locale, con assorbimento sistemico minimo, e non esistono dati che dimostrino dipendenza o danni al sistema nervoso enterico quando utilizzato alle dosi raccomandate ⁽⁴²⁾. I dati disponibili indicano che il metabolita attivo di bisacodile e sodio picosolfato non è rilevabile nel latte materno, suggerendo un'esposizione trascurabile per il lattante. Bisacodile risulta controindicato in gravidanza.

Quando somministrato per via orale sottoforma di compressa rivestita, l'effetto lassativo di bisacodile si manifesta tra le 6-12 ore successive; a seguito della somministrazione per via rettale in supposta, l'insorgenza dell'effetto lassativo si manifesta entro 20-45 minuti.



Il *sodio picosolfato* agisce con un meccanismo del tutto simile a quello del bisacodile, manifestando il suo effetto tra le 6 e le 12 ore dopo la somministrazione ed anch'esso è ben tollerato. Grazie alla rapida insorgenza d'azione, bisacodile e picosolfato di sodio risultano particolarmente indicati come terapia di soccorso. Alcuni dati suggeriscono che il bisacodile possa risultare meglio tollerato rispetto al picosolfato di sodio, sebbene le evidenze comparative siano limitate ⁽²⁰⁾.

La *senna*, un derivato antrachinonico, è comunemente utilizzata dai pazienti affetti da stipsi occasionale ed è uno dei lassativi più frequentemente acquistati in farmacia; i suoi principi attivi, denominati *sennosidi*, stimolano selettivamente la peristalsi dell'intestino crasso attraverso un'azione diretta del plesso mioenterico che produce movimenti propulsivi efficaci. I sennosidi (beta-glicosidi) sono essenzialmente "profarmaci"; essi non sono assorbibili dalla parte alta dell'intestino né possono essere digeriti dagli enzimi digestivi umani; sono convertiti dai batteri presenti a livello dell'intestino crasso nel metabolita attivo denominato *reinantrone*.

Inoltre, come tutti i derivati antrachinonici, è in grado di indurre un'attiva secrezione di elettroliti ed acqua all'interno del lume intestinale ed inibirne l'assorbimento nell'intestino crasso con conseguente aumento in volume del bolo intestinale, aumento della pressione di riempimento e quindi stimolazione della peristalsi. L'effetto lassativo si manifesta tipicamente dopo 6-12 ore dall'assunzione e per questo motivo se ne consiglia l'assunzione la sera prima di coricarsi. L'uso durante la gravidanza non è generalmente raccomandato. Le evidenze a sostegno della sua efficacia nella stipsi cronica sono limitate ⁽⁴³⁾, sebbene possa risultare più efficace se associata a un agente di massa o a un lassativo osmotico ⁽⁷⁾.

In generale, i lassativi stimolanti rispetto ad altre categorie, possono essere associati più frequentemente a effetti indesiderati gastrointestinali, quali crampi addominali, diarrea e discomfort addominale, che in alcuni pazienti possono limitarne la tollerabilità. Una revisione sistematica ⁽⁴³⁾ ha riportato che circa due terzi dei pazienti con stipsi cronica trattati con preparati a base di senna interrompono la terapia per insufficiente miglioramento dei sintomi o per la comparsa di effetti indesiderati.

I lassativi stimolanti sono generalmente raccomandati per un uso intermittente o al bisogno, piuttosto che per trattamenti continuativi. Nel contesto della pratica in farmacia, possono essere consigliati in caso di riduzione occasionale della frequenza evacuativa, soprattutto quando i lassativi di prima linea, quali gli osmotici, risultano inefficaci o non tollerati. In questi casi può essere appropriato anche un cambio di classe farmacologica, ad esempio passando da un lassativo osmotico a uno stimolante o viceversa ⁽³⁰⁾.

7.2.3 Supposte e clismi

Supposte e clismi rettali esercitano la loro azione evacuante stimolando fisicamente la mucosa di colon distale e retto. Le supposte sono frequentemente impiegate nel trattamento della stipsi, ma il livello di evidenza disponibile sulla loro efficacia è basso. Le più comunemente utilizzate sono le supposte a base di glicerina la quale esercita la propria azione localmente sulla mucosa rettale; tale sostanza possiede proprietà igroscopiche e lubrificanti, che favoriscono l'ammorbidimento delle feci facilitandone l'espulsione. L'effetto evacuativo si manifesta generalmente entro 15-20 minuti dalla somministrazione.

Altri principi attivi impiegati nelle supposte rettali sono il bisacodile, e le combinazioni di bicarbonato di sodio e fosfato di sodio anidro (in grado di generare CO₂).

Analogamente, sebbene l'efficacia di microclismi e clisteri non sia supportata da solide evidenze, questi possono essere utilizzati nei pazienti in cui altre misure abbiano fallito. I più comuni sono a base di glicerina, fosfato sodico monobasico e bibasico anidro; queste sostanze aumentano la contrattilità del colon distale e del retto e possono essere causa di irritazione della mucosa. Il volume di liquido utilizzato dovrebbe essere attentamente limitato (fino a 150 mL) per evitare squilibri elet-

trolitici, soprattutto nei pazienti anziani e con comorbidità. Particolare attenzione va posta anche nella loro esecuzione per evitare traumi meccanici ^(7,31). In ambito pediatrico è preferibile l'utilizzo di microclismi a base di miele per evitare l'irritazione causata dalla glicerina. Poiché l'efficacia diminuisce con l'uso ripetuto a causa dello sviluppo di tolleranza, questi rimedi devono essere utilizzati in modo appropriato, evitando l'uso continuo ⁽³¹⁾.

7.2.4 Lassativi formanti massa (bulk-forming)

I lassativi formanti massa sono polimeri in grado di aumentare il volume delle feci, migliorarne la consistenza e favorire la motilità intestinale. Possono essere distinti in fibre solubili e fibre insolubili. Tra le fibre solubili rientra lo psyllium, che contribuisce ad aumentare il volume delle feci e la frequenza delle evacuazioni. Tra le fibre insolubili si ricordano invece sostanze come metilcellulosa e crusca, che possono accelerare il transito intestinale.

Queste sostanze non vengono digerite né assorbite a livello intestinale e agiscono trattenendo acqua nel lume intestinale, con conseguente aumento del volume fecale e stimolazione del riflesso evacuativo. Inoltre, possono favorire la crescita della flora batterica intestinale contribuendo ulteriormente all'aumento della massa fecale.

I lassativi formanti massa, in particolare le fibre solubili, rappresentano uno dei trattamenti di prima scelta nella stipsi cronica. È importante distinguere tra fibre solubili ed insolubili, poiché le evidenze sulla loro efficacia non sono sovrapponibili ⁽⁷⁾.

L'impiego di fibre solubili nella stipsi cronica può migliorare i sintomi globali della condizione, ridurre lo sforzo evacuativo e il dolore alla defecazione, migliorare la consistenza delle feci e aumentare il numero di evacuazioni settimanali ^(7,32). Tra le fibre solubili, lo psyllium (psillio) è uno degli agenti più studiati. Questa sostanza è in grado di assorbire acqua fino a circa 25 volte il proprio peso e, a contatto con i liquidi intestinali, forma un gel viscoso che aumenta il volume delle feci e contribuisce a regolarizzare il transito intestinale. Per ottenere un miglioramento della frequenza delle evacuazioni e dei sintomi associati alla stipsi, è generalmente consigliato un impiego superiore a 10 g al giorno per almeno 4 settimane, incrementando la dose progressivamente per migliorare la tollerabilità ⁽⁴⁴⁾. L'effetto terapeutico può richiedere fino almeno circa due settimane per manifestarsi pienamente ⁽⁴⁵⁾. Secondo la *World Gastroenterology Organization* ⁽¹⁶⁾, non vi è generalmente beneficio nell'aumentare l'assunzione totale di fibre oltre 25–30 g al giorno.

Le evidenze relative all'utilizzo di fibre insolubili, come la crusca, risultano invece contrastanti, così come quelle riguardanti alcuni lassativi di massa come la carbossimetilcellulosa.

Le evidenze disponibili a supporto dell'utilizzo delle fibre nel trattamento della stipsi occasionale sono invece limitate ⁽²⁰⁾, soprattutto quando si desidera ottenere un beneficio rapido. Poiché l'effetto dei lassativi formanti massa si manifesta generalmente dopo un uso prolungato, nella gestione della stipsi occasionale possono risultare più appropriate altre opzioni terapeutiche. Tuttavia, un adeguato apporto di fibre nella dieta rimane una raccomandazione nutrizionale utile per favorire la regolarità intestinale. È opportuno ricordare che l'uso dei lassativi formanti massa, in particolare delle fibre insolubili, può essere limitato dalla comparsa di effetti indesiderati gastrointestinali, tra cui meteorismo, distensione addominale, flatulenza e dolori crampiformi, soprattutto nelle fasi iniziali del trattamento ⁽⁷⁾.

7.2.5 Lassativi emollienti

I lassativi emollienti agiscono ammorbidendo le feci e facilitandone il passaggio attraverso il lume intestinale. Tra i principali prodotti appartenenti a questa categoria si ricordano: paraffina liquida, olio di mandorle, olio di oliva.

Queste sostanze agiscono come agenti tensioattivi, favorendo la formazione di un'emulsione tra acqua e lipidi nel materiale fecale, con conseguente ammorbidimento delle feci e facilitazione dell'evacuazione.



L'impiego di questi prodotti è generalmente limitato alla stipsi occasionale e spesso avviene come coadiuvante di altri trattamenti lassativi.

L'uso della paraffina liquida può essere associato ad alcuni effetti indesiderati, tra cui:

- malassorbimento di vitamine liposolubili;
- irritazione anale;
- incontinenza fecale;
- rare reazioni granulomatoze;
- polmonite lipoidea in caso di aspirazione.

Le evidenze scientifiche a supporto dell'utilizzo di questa classe sono limitate.

7.2.6 Probiotici e prebiotici

L'impiego di probiotici e prebiotici nella gestione della stipsi rappresenta un ambito di crescente interesse, ma le evidenze scientifiche disponibili risultano ancora limitate e non definitive. Alcuni studi suggeriscono che specifici ceppi probiotici, come *Lactobacillus casei Shirota*, possano migliorare la frequenza delle evacuazioni e la consistenza delle feci in soggetti con stipsi. Analogamente, alcuni prebiotici e batteri come *Bifidobacterium lactis* sembrano ridurre il tempo di transito intestinale. Tuttavia, i meccanismi con cui i probiotici possano influenzare la motilità intestinale non sono ancora completamente chiariti e gli studi disponibili sono spesso eterogenei. Pertanto, al momento, il loro utilizzo può essere considerato un approccio complementare, ma non rappresenta un trattamento di prima linea nella gestione della stipsi ^(7,31).

7.3 Combinazioni di diverse classi di trattamento

Diverse classi terapeutiche possono essere combinate e possono produrre un risultato più soddisfacente nel singolo paziente. La scelta dei lassativi deve essere individualizzata; ammorbidenti fecali, stimolanti e agenti di massa possono essere utilizzati in associazione ⁽⁷⁾.

FOCUS ON: Trattamento della stipsi indotta da oppioidi (OIC)

La stipsi è uno degli effetti secondari lamentati frequentemente dai pazienti in terapia con farmaci oppioidi (60-90% dei pazienti oncologici in trattamento con questi farmaci) poiché influiscono negativamente sulla motilità intestinale, rallentandola. Il farmacista può quindi essere chiamato nella pratica quotidiana a fornire counselling per questo particolare tipo di stipsi. Farmaci che possono essere utilizzati per il trattamento dell'OIC sono descritti a seguire:

Classe terapeutica/principio attivo	Commento
Lassativi osmotici e stimolanti	Indicati per la gestione del problema ma attenzione all'ossido di magnesio nei pazienti con insufficienza renale e all'uso prolungato degli stimolanti.
Naldemedina	Antagonista periferico μ -oppiaceo, migliora significativamente la frequenza delle evacuazioni spontanee rispetto al placebo.
Lubiprostone	Migliora significativamente i sintomi da stipsi rispetto al placebo.

Nonostante l'evidenza forte per naldemedina, non ci sono dati sufficienti per stabilire quale trattamento debba essere considerato di prima scelta tra naldemedina, lubiprostone e altri lassativi, considerando costi ed eziologia multifattoriale della stipsi cronica ⁽³¹⁾.

BIBLIOGRAFIA

1. Norton C. Constipation in older patients: effects on quality of life. *Br J Nurs*. 2006;15(4):188–92. doi:10.12968/bjon.2006.15.4.20542
2. Barberio B, Judge C, Savarino E V., Ford AC. Global prevalence of functional constipation according to the Rome criteria: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2021 Aug 1;6(8):638–48. doi:10.1016/S2468-1253(21)00111-4
3. Oh SJ, Fuller G, Patel D, Khalil C, Spalding W, Nag A, et al. Chronic Constipation in the United States: Results From a Population-Based Survey Assessing Healthcare Seeking and Use of Pharmacotherapy. *Am J Gastroenterol*. 2020 Jun 1;115(6):895–905. doi:10.14309/ajg.0000000000000614
4. Rao SSC. Constipation: evaluation and treatment. *Gastroenterol Clin North Am*. 2003 Jun 1;32(2):659–83. doi:10.1016/S0889-8553(03)00026-8
5. Suares NC, Ford AC. Prevalence of, and risk factors for, chronic idiopathic constipation in the community: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2011 Sep;106(9):1582–91. doi:10.1038/ajg.2011.164
6. Trottier M, Erebara A, Bozzo P. Treating constipation during pregnancy. *Canadian Family Physician*. 2012 Aug;58(8):836
7. Hungin AP. Chronic Constipation in Adults: The Primary Care Approach. 2022 Feb 28;40(2):142–6. doi:10.1159/000516489
8. Cottone C, Tosetti C, Disclafani G, Ubaldi E, Cogliandro R, Stanghellini V. Clinical features of constipation in general practice in Italy. *United European Gastroenterol J*. 2014 Jun 1;2(3):232–8. doi:10.1177/2050640614527283
9. Ota T, Kuratani S, Masaki H, Ishizaki S, Seki H, Takebe T. Impact of chronic constipation symptoms on work productivity and daily activity: A large-scale internet survey. *JGH Open*. 2024 Nov 1;8(11). doi:10.1002/jgh3.70042
10. Neri L, Basilisco G, Corazziari E, Stanghellini V, Bassotti G, Bellini M, et al. Constipation severity is associated with productivity losses and healthcare utilization in patients with chronic constipation. *United European Gastroenterol J*. 2014 Apr 1;2(2):138–47. doi:10.1177/2050640614528175
11. Johanson JF, Kralstein J. Chronic constipation: a survey of the patient perspective. *Aliment Pharmacol Ther*. 2007 Mar;25(5):599–608. doi:10.1111/j.1365-2036.2006.03238.x
12. Heitmann PT, Vollebregt PF, Knowles CH, Lunniss PJ, Dinning PG, Scott SM. Understanding the physiology of human defaecation and disorders of continence and evacuation. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2021 Nov 1;18(11):751–69. doi:10.1038/s41575-021-00487-5
13. Mihaylov S, Stark C, McColl E, Steen N, Vanoli A, Rubin G, et al. Stepped treatment of older adults on laxatives. The STOOL trial. *Health Technol Assess*. 2008;12(13). doi:10.3310/hta12130
14. Leung L, Riutta T, Kotecha J, Rosser W. Chronic constipation: an evidence-based review. *J Am Board Fam Med*. 2011 Jul;24(4):436–51. doi:10.3122/jabfm.2011.04.100272
15. G L, SS H, P M, OO T, LB F, J G, et al. World Gastroenterology Organisation global guideline: Constipation--a global perspective. *J Clin Gastroenterol*. 2011 Jul;45(6):483–7. doi:10.1097/MCG.0b013e31820fb914
16. World Gastroenterology Organisation (WGO). Global Guidelines A Global Cascade Approach to Diagnosis and Management of Chronic Constipation [Internet]. 2025. Available from: <https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/constipation/constipation-english>
17. Lacy BE, Mearin F, Chang L, Chey WD, Lembo AJ, Simren M, et al. Bowel disorders. *Gastroenterology*. 2016 May 1;150(6):1393–1407.e5. doi:10.1053/j.gastro.2016.02.031



18. Lewis SJ, Heaton KW. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. *Scand J Gastroenterol.* 1997;32(9):920–4. doi:10.3109/00365529709011203
19. Rao SSC, Lacy BE, Emmanuel A, Müller-Lissner S, Pohl D, Quigley EMM, et al. Recognizing and Defining Occasional Constipation: Expert Consensus Recommendations. *Am J Gastroenterol.* 2022 Nov 1;117(11):1753–8. doi:10.14309/ajg.0000000000001945
20. Brenner DM, Corsetti M, Drossman D, Tack J, Wald A. Perceptions, Definitions, and Therapeutic Interventions for Occasional Constipation: A Rome Working Group Consensus Document. *Clinical Gastroenterology and Hepatology.* 2024 Feb 1;22(2):397–412. doi:10.1016/j.cgh.2023.08.044
21. Diaz S, Bittar K, Hashmi MF, Mendez MD. Constipation. *StatPearls.* 2023 Nov 12
22. Rao SSC, Rattanakovit K, Patcharatrakul T. Diagnosis and management of chronic constipation in adults. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2016 May 1;13(5):295–305. doi:10.1038/nrgastro.2016.53
23. Sadler K, Arnold F, Dean S. Chronic Constipation in Adults. *Am Fam Physician [Internet].* 2022 Sep [cited 2026 Mar 9];106(3):299–306. Available from: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2022/0900/chronic-constipation-adults.html>
24. IFFGD. Medications That Can Affect Colonic Function [Internet]. Available from: <https://iffgd.org/manage-your-health/diet-and-treatments/medications/medications-that-can-affect-colonic-function/>
25. Gorgojo-Martínez JJ, Mezquita-Raya P, Carretero-Gómez J, Castro A, Cebrián-Cuenca A, de Torres-Sánchez A, et al. Clinical Recommendations to Manage Gastrointestinal Adverse Events in Patients Treated with Glp-1 Receptor Agonists: A Multidisciplinary Expert Consensus. *J Clin Med.* 2023 Jan 1;12(1):145. doi:10.3390/JCM12010145/S1
26. Ismaiel A, Scarlata GGM, Boitos I, Leucuta DC, Popa SL, Al Srouji N, et al. Gastrointestinal adverse events associated with GLP-1 RA in non-diabetic patients with overweight or obesity: a systematic review and network meta-analysis. *International Journal of Obesity* 2025 49:10. 2025 Aug 13;49(10):1946–57. doi:10.1038/s41366-025-01859-6
27. Werth BL, Christopher SA. Potential risk factors for constipation in the community. *World J Gastroenterol.* 2021 Jun 7;27(21):2795–817. doi:10.3748/wjg.v27.i21.2795
28. Cui J, Xie F, Yue H, Xie C, Ma J, Han H, et al. Physical activity and constipation: A systematic review of cohort studies. *J Glob Health.* 2024;14. doi:10.7189/JOGH.14.04197
29. Hunt R, Quigley E, Abbas Z, Eliakim A, Emmanuel A, Goh KL, 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;48(7):567–78. doi:10.1097/MCG.0000000000000141
30. Frieling T, Martin E, Fischer S, Pohl D, Ude C. The role of community pharmacists in optimising patient self-management of constipation: an inter-disciplinary consensus view. *Drugs & Therapy Perspectives* 2023 39:3. 2023 Jan 31;39(3):114–23. doi:10.1007/s40267-023-00979-1
31. Ihara E, Manabe N, Ohkubo H, Ogasawara N, Ogino H, Kakimoto K, et al. Evidence-Based Clinical Guidelines for Chronic Diarrhea 2023. *Digestion.* 2024 Dec 1;105(6):480–97. doi:10.1159/000541121
32. Rao SSC, Brenner DM. Efficacy and Safety of Over-the-Counter Therapies for Chronic Constipation: An Updated Systematic Review. *Am J Gastroenterol.* 2021 Jun 1;116(6):1156–81. doi:10.14309/ajg.0000000000001222
33. Portalatin M, Winstead N. Medical Management of Constipation. *Clin Colon Rectal Surg.* 2012;25(1):12. doi:10.1055/S-0032-1301754

34. Siegel JD, Di Palma JA. Medical treatment of constipation. *Clin Colon Rectal Surg.* 2005 May;18(2):76–80. doi:10.1055/S-2005-870887
35. Ford AC, Moayyedi P, Lacy BE, Lembo AJ, Saito YA, Schiller LR, et al. American college of gastroenterology monograph on the management of irritable bowel syndrome and chronic idiopathic constipation. *American Journal of Gastroenterology.* 2014;109(SUPPL. 1). doi:10.1038/ajg.2014.187
36. Katelaris P, Naganathan V, Liu K, Krassas G, Gullotta J. Comparison of the effectiveness of polyethylene glycol with and without electrolytes in constipation: a systematic review and network meta-analysis. *BMC Gastroenterol.* 2016;16(1). doi:10.1186/S12876-016-0457-9
37. Serra J, Pohl D, Azpiroz F, Chiarioni G, Ducrotté P, Gourcerol G, et al. European society of neurogastroenterology and motility guidelines on functional constipation in adults. *Neurogastroenterology and motility.* 2020 Feb 1;32(2). doi:10.1111/NMO.13762
38. Lyseng-Williamson KA. Macrogol (polyethylene glycol) 4000 without electrolytes in the symptomatic treatment of chronic constipation: a profile of its use. *Drugs & Therapy Perspectives.* 2018 Jul 1;34(7):300. doi:10.1007/S40267-018-0532-0
39. Chang L, Chey WD, Imdad A, Almario C V., Bharucha AE, Diem S, et al. American Gastroenterological Association-American College of Gastroenterology Clinical Practice Guideline: Pharmacological Management of Chronic Idiopathic Constipation. *Gastroenterology.* 2023 Jun 1;164(7):1086–106. doi:10.1053/j.gastro.2023.03.214
40. de Geus A, Koppen IJN, Flint RB, Benninga MA, Tabbers MM. An Update of Pharmacological Management in Children with Functional Constipation. *Paediatr Drugs.* 2023 May 1;25(3):343–58. doi:10.1007/S40272-023-00563-0
41. Kothari S, Afshar Y, Friedman LS, Ahn J. AGA Clinical Practice Update on Pregnancy-Related Gastrointestinal and Liver Disease: Expert Review. *Gastroenterology.* 2024 Oct 1;167(5):1033–45. doi:10.1053/j.gastro.2024.06.014
42. Corsetti M, Landes S, Lange R. Bisacodyl: A review of pharmacology and clinical evidence to guide use in clinical practice in patients with constipation. *Neurogastroenterology and motility.* 2021 Oct 1;33(10). doi:10.1111/nmo.14123
43. van der Schoot A, Creedon A, Whelan K, Dimidi E. The effect of food, vitamin, or mineral supplements on chronic constipation in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Neurogastroenterology and motility.* 2023 Nov 1;35(11). doi:10.1111/NMO.14613
44. Garg P. Psyllium Husk Should Be Taken at Higher Dose with Sufficient Water to Maximize Its Efficacy. *J Acad Nutr Diet.* 2017 May 1;117(5):681. doi:10.1016/j.jand.2017.03.001
45. Emmanuel A V., Tack J, Quigley EM, Talley NJ. Pharmacological management of constipation. *Neurogastroenterology and motility.* 2009 Dec;21 Suppl 2(SUPPL. 2):41–54. doi:10.1111/j.1365-2982.2009.01403.x

STIPSI E PROBLEMATICHE CORRELATE ALLA DEFECAZIONE

