

**PDTA**  
**STIPSI CRONICA**

**REV. 1.7**

## **1. PREMESSA**

La stipsi cronica costituisce la principale patologia funzionale gastroenterologica di più frequente riscontro nella pratica clinica.

La maggior parte dei pazienti autogestisce tale patologia senza coinvolgere il Medico di Medicina Generale (MMG) o lo specialista. Si stima che circa il 30% dei pazienti acceda all'ambulatorio del MMG e solo il 10% giunga a visita gastroenterologica.

Le società scientifiche gastroenterologiche hanno stilato negli ultimi anni dei protocolli condivisi per la diagnosi e la terapia di tale patologia, ma la loro diffusione e applicazione è ancora sporadica e insufficiente. Quel che emerge uniformemente dall'analisi della letteratura internazionale, è che la corretta valutazione dei soggetti affetti da stipsi cronica richieda specifiche competenze ed un tempo superiore a quello di una visita gastroenterologica di primo livello, a causa del complesso approccio multidimensionale dovuto alla presenza di comorbidità che investono la sfera psicologica e uro genitale. -

Poiché non si ritiene possibile, né appropriato, ipotizzare che tutti i pazienti affetti da stipsi cronica siano studiati in ambito specialistico, risulta necessario definire percorsi condivisi che coinvolgano in prima battuta il MMG e solo in seconda battuta le strutture ospedaliere di riferimento nel territorio, in modo da ottenere una più adeguata gestione delle risorse disponibili e garantendo allo stesso tempo ad ogni singolo paziente un ottimale approccio diagnostico e terapeutico.

Si premette infine che per ciò che attiene al ruolo del MMG nel presente PDTA si è volutamente derogato dall'utilizzo obbligatorio e sistematico di definizioni diagnostiche che richiedano compilazione di questionari o di articolati score diagnostici i quali, seppure formalmente validati, presentano un incremento del carico di lavoro per il professionista sul territorio non proponibile a priori per l'elevato rischio di non applicabilità nelle realtà locali.

Un sistematico approccio diagnostico mediante score/diari/questionari validati è stato invece richiesto presso l'Ambulatorio di Gastroenterologia e al Gastroenterologo che è chiamato a gestire i casi con risposta terapeutica insoddisfacente. Si auspica tuttavia che tale approccio divenga patrimonio condiviso anche nell'ambito della medicina generale territoriale.

## **2. OBIETTIVI DEL PDTA**

### **1. Obiettivi generali**

Corretta presa in carico del paziente con stipsi da parte del MMG e definizione dei pazienti con insoddisfacente risposta terapeutica da avviare all'ambulatorio di gastroenterologia/ambulatorio per la stipsi cronica dell'ASL/ospedale di riferimento.

### **2. Obiettivi specifici**

Definizione di un percorso diagnostico e terapeutico per il paziente con stipsi cronica con "insoddisfacente risposta ai lassativi". Riduzione dei costi a carico del SSN per la gestione della stipsi cronica refrattaria e attuazione del contenimento dei tempi di attesa.

## **3. ACRONIMI**

PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale

SDO : Sindrome da Defecazione Ostruita

MMG: Medico di Medicina Generale

PAC Sym: Patient Assessment of Constipation Symptoms

QoL :Qualità di Vita

IBS-C: Intestino Irritabile con stipsi predominante

VAS: Visual Assessment Score, ovvero sistema di score dei sintomi mediante una scala visiva della gravità del dolore, costituita da una linea di 10 cm, dove l'estremità sinistra pari a 0 corrisponde a "nessun dolore" e l'estremità a destra, pari a 10, corrisponde a "peggior dolore possibile" (vedi allegato 12)

## **4. DEFINIZIONE DI STIPSI CRONICA**

### **4.1. Criteri di Roma IV**

La stipsi cronica funzionale è un disturbo caratterizzato dalla variabile associazione di: difficoltà evacuativa, feci di consistenza aumentata e/o ridotta frequenza evacuativa presenti da almeno 6 mesi. I criteri per porre formale diagnosi sono definiti dalla *Consensus Conference* di Roma IV (Allegato 1).

La stipsi cronica interessa oltre l'11,7% (12-17% Bellini M) della popolazione adulta dei Paesi Occidentali con maggior frequenza nel sesso femminile nel rapporto 2-3/1 e nella popolazione anziana fino al 30-40% (Sperber AD).

### **4.2. Stipsi in autodiagnosi**

La definizione di stato di malattia mediante autodiagnosi è una visione di malattia paziente-centrata tradizionalmente inusuale per la classe medica.

I dati di prevalenza della stipsi cronica precedentemente riportati aumentano significativamente se il metodo di valutazione non sono i criteri di Roma ma semplicemente l'autodiagnosi da parte del paziente.

In Italia la prevalenza di stipsi è del 62,5% secondo i criteri di Roma e del 6,2% per soggetti che non rientrano nei criteri di Roma (Bellini M): tali soggetti con autodiagnosi presentano sintomi meno severi, una minor richiesta di prestazioni sanitarie e minor compromissione della qualità di vita (QoL) rispetto ai soggetti con diagnosi validata secondo i criteri di Roma.

## **5. TIPOLOGIE DELLA STIPSI CRONICA PRIMITIVA**

### **5.1. Stipsi a transito normale**

La maggior parte dei pazienti che presentano una diagnosi di stipsi cronica non dimostrano alterazioni del transito colico. Questi pazienti presentano sintomi che si sovrappongono a quelli dei soggetti affetti da sindrome dell'intestino irritabile con predominanza di stipsi (IBS-C). Una discreta percentuale di questi pazienti inoltre presenta disturbi di natura psicologica.

### **5.2. Stipsi a transito rallentato**

Questi pazienti presentano un transito colico marcatamente rallentato, definito con i tempi di transito intestinale con markers radiologici. Una quota consistente non presenta sintomi più severi dei pazienti con transito normale, tuttavia alcuni di essi presentano forme molto gravi di stipsi tali da richiedere terapie continuative e andamento ingravescente sino a giungere ad un approccio chirurgico demolitivo. Studi recenti ipotizzano che la stipsi a transito rallentato consegua ad alterazioni strutturali o funzionali dei neuroni del plesso mienterico e/o del parasimpatico sacrale ed alla riduzione delle cellule di *Cajal*.

### **5.3. Stipsi da defecazione ostruita (SDO)**

E' presente in circa il 40% dei pazienti affetti da stipsi cronica. I pazienti presentano difficoltosa evacuazione associata a sensazione di blocco anorettale e frequente necessità di manovre manuali per facilitare la defecazione. Tali pazienti spesso riportano una normale frequenza evacuativa ma abitualmente riferiscono difficoltà di espulsione anche con feci di consistenza normale. Talora si associano a alterazioni anatomiche e/o funzionali del retto e del pavimento pelvico, che non ne rappresentano comunque l'unico momento patogenetico. Essi rispondono meno degli altri gruppi alla terapia con lassativi orali e sono meritevoli di accertamenti strumentali in ambito pelvico, quali la manometria anorettale preferibilmente HR, la defecografia (RX o RM), la valutazione ecografica endoanale e pelvica. La terapia riabilitativa assicura buone risposte terapeutiche. Raramente si rende necessario un approccio chirurgico.

### **5.4. Stipsi cronica secondaria**

La stipsi cronica secondaria raggruppa un elevato numero di patologie e condizioni capaci di alterare il transito colico e la dinamica evacuativa. La stipsi rappresenta il più frequente effetto collaterale dei pazienti in trattamento con varie categorie di farmaci, in primis analgesici e farmaci attivi sul sistema nervoso centrale. Non esistono dati epidemiologici definitivi sulla popolazione italiana, ma la ricerca attenta delle comorbidità e, quindi, dei farmaci assunti, rappresenta uno dei principali momenti diagnostici nel paziente stitico (Allegato 2)

## **6. RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE**

Il MMG effettua la prima valutazione dei pazienti affetti da stipsi, discrimina le principali cause secondarie e imposta un'adeguata terapia lassativa. Egli è chiamato a riconoscere le forme con "insoddisfacente risposta ai lassativi" e rivalutando tutti i fattori di rischio e le comorbidità, invia direttamente il paziente all'ambulatorio per la Stipsi/ambulatorio di Gastroenterologia di riferimento.

### **6.1. Anamnesi**

La raccolta dell'anamnesi diventa il momento più caratterizzante dell'attività del MMG, per cui si fornisce uno strumento agile di raccolta dati che orienti il MMG alle successive scelte diagnostiche e terapeutiche (Allegato 3)

### **6.2. Definizione della dieta in atto**

Valutazione dietetica compresa la quantità di liquidi e la stima delle fibre assunte, la tipologia degli alimenti e la cronologia dei pasti. In considerazione della difficoltà oggettiva a riferire tali si consiglia al MMG di fornire al paziente un diario alimentare per un mese (Allegato 4)

### **6.3. Definizione dell'alvo e della terapia**

- Frequenza settimanale delle evacuazioni
- Consistenza delle feci tramite la scala di Bristol
- Difficoltà evacuativa e/o defecazione dolorosa, presenza di meteorismo.
- Tipologia dei lassativi già assunti
- Adeguata assunzione dei lassativi

Poiché è stato dimostrato che il diario è una modalità più affidabile di raccolta di questi dati ricorrenti, quotidiani, si consiglia la consegna di un diario dell'alvo associato al diario alimentare (Allegato 5)

#### **6.4. Esame obiettivo generale ed esame obiettivo dell'addome**

L'esame obiettivo deve essere sempre accurato, completo e concentrarsi in particolare su eventuali trigger dolorosi addominali, su presenza di masse addominali, ma ricercare anche deficit neurologici sia centrali sia periferici. L'esplorazione rettale: rappresenta un momento diagnostico fondamentale per il riscontro di eventuali patologie ano-rettali e per la valutazione della eventuale dissinergia. (Allegato 6)

#### **6.5. Ruolo della colonscopia e degli esami di laboratorio**

In seguito all'anamnesi e all'esame obiettivo il MMG può richiedere colonscopia secondo i criteri di appropriatezza e rispettando i criteri di priorità Regionali.

Per ciò che attiene agli esami ematochimici va specificato che:

- Non esistono esami ematochimici diagnostici per la stipsi cronica primitiva.
- Non va effettuata in maniera routinaria una serie di esami ematici o fecali per la esclusione di stipsi secondaria.

- 6.6. Si raccomanda invece **l'attenta valutazione dei segni e/o sintomi di allarme** da cui emergerà la necessità occasionale di dosare emocromo, Proteina C reattiva, sangue Occulto Fecale, anticorpi antitransglutaminasi e/o antigliadina deamidata, ormone tireotropo ed elettroliti

#### **6.7. Percorso successivo alla visita ed eventuali accertamenti prescritti**

Il MMG, a seguito dell'anamnesi, dell'esame obiettivo e di eventuali esami ematici e strumentali che abbiano escluso cause secondarie di stipsi, prescrive terapia con lassativi. Qualora il paziente abbia già assunto in passato lassativi ad adeguato dosaggio e per un tempo sufficiente ma con risultato insoddisfacente, prescrive un lassativo alternativo da solo o in associazione al primo (vedi capitolo 16).

### **7. DIAGNOSI DI STIPSI CON “INSODDISFACENTE RISPOSTA AI LASSATIVI”**

Il MMG definisce la risposta ai lassativi mediante:

- La rivalutazione dopo il primo trattamento con lassativi del diario sintomatologico somministrato alla prima visita per almeno un mese (Allegato 5) compresa la consistenza delle feci mediante la scala di *Bristol* (Allegato 5) la somministrazione e rivalutazione del diario alimentare per lo stesso periodo (Allegato 4)

Viene posta diagnosi di “risposta insoddisfacente ai lassativi” se:

1. lo score numerico verbale o VAS sottoposto al paziente registra un valore <6 e un valore numerico della Scala di Bristol pari a 1 o 2, per attestare la consistenza delle feci
2. la frequenza delle evacuazioni risulta <3 evacuazioni/settimanali durante terapia.

E' sufficiente la risposta "insoddisfacente" per uno dei parametri sopra misurati dopo due trials adeguati con lassativi per definire il paziente affetto da stipsi con "insoddisfacente risposta al trattamento lassativo".

## **8. MMG: CRITERI PER L'INVIO ALL'AMBULATORIO PER LA STIPSI O DI GASTROENTEROLOGIA**

- la stipsi è insorta da <1 anno ma gli accertamenti di primo livello non hanno messo in evidenza segni e/o sintomi di allarme
- la sintomatologia stitica si associa a periodi di alvo diarroico
- la stipsi si associa a significativo dolore addominale
- la stipsi coesiste con ulteriori sintomi tanto da non risultare il sintomo preminente
- nonostante gli accertamenti effettuati permane il dubbio che la stipsi sia ad eziologia secondaria
- se sono stati eseguiti almeno due trial terapeutici con "insoddisfacente risposta ai lassativi" vedi paragrafo 7

## **9. RUOLO DELL'AMBULATORIO DI GASTROENTEROLOGIA O PER LA STIPSI CRONICA**

Il gastroenterologo presso l'ambulatorio specialistico o dedicato per la stipsi cronica (se esistente nella realtà locale):

- rivaluta l'anamnesi e il quadro clinico
- somministra questionario ODS (Obstructed Defaecation Syndrome Score, *Altomare et al*, Allegato 8) e calcola il valore basale
- somministra il Constipation Severity Index (CSI, *Varma et al.*), questionario validato per quantificare e identificare i diversi tipi di stipsi (Allegato 9)
- Somministra il questionario PAC-SYM (Allegato 10), Patients Assessment of Constipation Symptoms, test validato da compilare autonomamente dal paziente (Frank L)
- Somministra il questionario PAC-QoL (Patient Assessment of Constipation Quality of Life , per misurare l'impatto che la stipsi cronica ha avuto sulle attività quotidiane (Allegato 11).
- Score di Agachan-Wexner (Constipation Scoring System, CSS) per la stadiazione della stipsi (Allegato 12)
- Effettua un esame obiettivo comprensivo di esplorazione rettale (Allegato 6)
- esclude patologie secondarie causa di stipsi (vedi Allegato 2)
- pone diagnosi alternative qualora la stipsi non costituisca il sintomo prevalente  
Somministra (se non effettuato dal MMG) il diario sintomatologico (Allegato 5), dell'alvo (Allegato 7) e alimentare (Allegato 4) per almeno un mese o rivaluta e discute i diari già compilati dal paziente

Il Gastroenterologo quindi:

- Pone diagnosi di stipsi cronica secondo i criteri di Roma IV
- Programma visita di controllo ad un mese con raccolta diari

## 10. INDAGINI STRUMENTALI PRESCRITTE DAL GASTROENTEROLOGO

**Colonscopia:** secondo i criteri di appropriatezza e rispettando i criteri di priorità RAO e/o di priorità suggeriti nella propria regione

**Colonscopia virtuale** qualora appropriata: per valutare la morfologia e il diametro colico nell'ipotesi di megacolon e qualora si prospetti un approccio chirurgico; per completare l'ispezione del grosso intestino allorché la colonscopia risulti incompleta in relazione alla presenza di aderenze post-chirurgiche, ad anomalie anatomiche (dolico-colon) o ad un'intolleranza del Pz alla procedura endoscopica.

**Clisma opaco con doppio contrasto:** da usare solo in caso di assoluta indisponibilità di altre metodiche.

**Tempo di transito intestinale** con marcatori radiopachi per definire la presenza di stipsi a transito normale o a transito rallentato. → la presenza diffusa di marcatori lungo la cornice colica al termine dell'osservazione permette la diagnosi di rallentato transito; l'accumulo dei marcatori in sede pelvica sostiene l'ipotesi diagnostica di una sindrome da defecazione ostruita.

**Manometria anorettale standard o HR,** in base a disponibilità dei centri.

Per evidenziare le forme dissinergiche/da defecazione ostruita, valutando:

- i valori pressori del canale anale e del retto a riposo, durante ponzamento e durante contrazione
- la presenza del riflesso inibitorio retto-anale (RIRA), che esclude il M. di Hirschprung
- la sensibilità rettale
- il test di espulsione del palloncino

**Defecografia/Defeco-RM:** evidenzia la presenza di anomalie strutturali (rettocele, prolasso) e funzionali (sindrome del perineo discendente) degli organi pelvici durante l'atto evacuativo ed i rapporti anatomici e funzionali con gli organi vicini (vescica, vagina, piccolo intestino). Integra i referti diagnostici forniti dall'esame obiettivo, dalla manometria anorettale e dal test di espulsione del palloncino nei casi in cui la diagnosi non sia chiara oppure si sospettino anomalie strutturali passibili di trattamento chirurgico.

**Ecografia anale standard o ad alta risoluzione 3D, a seconda della disponibilità dei centri.**

Permette di poter valutare l'integrità della muscolatura anale, la presenza di processi settici (ascessi, fistole o ragadi), eventuali cicatrici o lesioni dovute a parti od interventi chirurgici

### **Test Neurofisiologici**

I test neurofisiologici sono esami di III livello da eseguire in casi selezionati: pazienti con neuropatie/ malattie neurologiche, pre-chirurgici/pre neurostimolazione sacrale.

- **EMG SFINTERE ANALE:** Studia l'attività elettrica dello SAE (muscolo striato) e del muscolo pubo-rettale, registrandone i potenziali a riposo (basali) durante la contrazione e il ponzamento. Permette di valutare quadri di denervazione acuta o cronica, totale o parziale, di reinnervazione delle fibre muscolari, fornendo una valutazione della capacità funzionale delle unità motorie.
- **DETERMINAZIONE TEMPO DI LATENZA DEL NERVO PUDENDO (PNTML)**

Viene effettuato attraverso la determinazione della latenza distale motoria del nervo pudendo (PNTML) ottenuta con l'utilizzo dell'elettrodo St. Mark's  
Un aumento del tempo di latenza definisce un sofferenza del n pudendo.

### **11. DIAGNOSI DEI SOTTOGRUPPI DI STIPSI CRONICA**

Alla visita di controllo, in base agli esiti della prima visita, dei questionari compilati, e degli esami strumentali eseguiti, viene effettuato un inquadramento del paziente in una delle tre tipologie di stipsi cronica sopra ricordate (associate o meno all'aumentata consistenza delle feci):

1. stipsi con transito normale
2. stipsi con transito rallentato
3. stipsi con defecazione ostruita, con o senza transito rallentato, con o senza anomalie strutturali significative della pelvi.

In base alla diagnosi sopra riportate il paziente verrà avviato ad uno dei percorsi assistenziali successivi (vedi allegato 14)

### **12.PERCORSO SUCCESSIVO ALLA DEFINIZIONE DEI SOTTOGRUPPI**

1. Avvio a terapia lassativa ottimizzata, dietoterapia rivalutata: inizialmente per tutti i pazienti
2. Avvio a terapia riabilitativa, fisioterapica, di counseling psicologico: per i pazienti con defecazione ostruita
3. Avvio a valutazione chirurgica: per i pazienti con anomalie anatomiche pelviche da operare; tali pazienti talvolta vengono avviati ad una terapia riabilitativa prima e dopo l'intervento se alla manometria sono presenti parametri alterati.

### **13.TERAPIE PER LA STIPSI CRONICA**

#### ***a. Consigli generali***

- Dedicare un tempo adeguato, in genere al mattino dopo colazione per sfruttare il riflesso gastrocolico, ed una postura adatta alla evacuazione assumendo una posizione accovacciata (toilet trainig)
- Assunzione di almeno 2 litri di acqua/die
- Assunzione graduale di almeno 30 g di fibre/die: se la dieta è povera di fibre se ne suggerisce un apporto crescente, assumendo più frutta, verdura a foglia verde e frutta secca, ed eventualmente aggiungendo della crusca. E' inoltre necessario mantenere una adeguata assunzione di liquidi per evitare un ingombro eccessivo e aumentare lentamente la fibra per evitare eventi avversi come gas eccessivo, gonfiore, distensione, flatulenza e crampi o dolore addominale. In caso di effetti collaterali, si possono assumere fibre solubili, meglio tollerate, che possono essere naturali (semi di psillio, semi di lino), semisintetiche (metilcellulosa) e sintetiche (polycarbofili di calcio), con azione formate massa e idratazione delle feci. Si consiglia di iniziare con 5 g e di aumentare ogni settimana di 5 gr fino a raggiungere la dose target con buona tolleranza e compliance.

#### ***b. Terapia farmacologica della stipsi cronica***

Si riportano posologia e modalità di assunzione adeguate dei principali lassativi utilizzabili nella stipsi cronica:



### **Lassativi di I livello:**

- Macrogol 14-52 g/die assunti quotidianamente per la prima settimana, poi
- Ridurre progressivamente sino alla minima dose efficace da proseguire per almeno 60 giorni
- Clisteri/microclismi/supposta a giorni alterni per almeno una settimana, poi dopo 48 ore di assenza di evacuazione spontanea

NB→La diagnosi di “insoddisfacente risposta al lassativo” va posta dopo almeno un mese di trattamento.

### **Lassativi di II livello:**

NB: da associare a Macrogol/clisteri/microclismi

- Lassativi irritanti a base di estratti vegetali (prodotti di erboristeria compresse a base di senna ) secondo posologia riportata nella confezione, per alcuni giorni, poi ridurre a gg alterni oppure al bisogno.
- Lassativi di sintesi, bisacodile 5-15 g/die e sodio picosolfato 5-7,5 mg/die, assunti per alcuni giorni poi ridurre a giorni alterni oppure al bisogno.

NB→La diagnosi di “insoddisfacente risposta al lassativo” va posta dopo almeno un mese di trattamento.

### **Lassativi di III livello**

- Prucalopride 2 mg/die (<65 anni 1 mg/die) assunti 1 volta al giorno per almeno un mese poi rivalutare la risposta: se soddisfacente proseguire a giorni alterni e rivalutare dopo un mese
- Linaclotide una capsula al giorno per almeno un mese, poi rivalutare: se soddisfacente proseguire a giorni alterni e rivalutare dopo un mese

NB→La diagnosi di “insoddisfacente risposta al lassativo” va posta dopo almeno un mese di trattamento.

Lassativi

### **Farmaci per il trattamento della stipsi da oppioidi**

Naldemedina, 200 microgrammi al giorno, è indicata nel trattamento della stipsi indotta da oppioidi (Opioid-Induced Constipation, OIC) nei pazienti adulti che sono stati trattati in precedenza con un lassativo. Può anche essere utilizzata in associazione ad un altro lassativo non recettoriale.

Naloxegol è un derivato del naloxone che però penetra nel sistema nervoso centrale in maniera limitata rispetto al naloxone, bloccando i recettori  $\mu$  degli oppioidi a livello intestinale ma non a livello cerebrale. Bloccando i recettori nel tratto intestinale, il Naloxegol, alla dose di 12,5-25 mg al giorno, riduce la costipazione dovuta agli oppioidi, senza interferire con gli effetti analgesici degli oppioidi.

### ***c. Terapia riabilitativa del pavimento pelvico/TAI***

Gli obiettivi della riabilitazione del pavimento pelvico (PFR) sono di ripristinare la coordinazione addomino-pelvica, la funzione motoria sfinterica e la sensibilità rettale nei disturbi della defecazione caratterizzati dall'alterazione di queste funzioni. Per questo motivo la PFR è riservata a pazienti selezionati, nei quali vi sia un'indicazione specifica, e quando il trattamento medico convenzionale

(farmaci, clisteri, prescrizioni dietetiche) abbia fallito.

Il successo della PFR dipende da una diagnosi attenta e da una accurata selezione del paziente mediante test fisiopatologici mirati, per la quale inoltre è altamente raccomandato un approccio multidisciplinare, che coinvolga gastroenterologo, chirurgo - proctologo, ginecologo, urologo, neurologo, fisiatra, fisioterapista e psicologo. Un'attenta valutazione cognitiva e psicologica del paziente (con il possibile coinvolgimento di uno psicologo e/o o psichiatra) è particolarmente rilevante. La presenza di disturbi psichiatrici come ansia e depressione deve essere attentamente valutata, in quanto in molti pazienti la riabilitazione non ha successo perché non tratta i disturbi psichiatrici sottostanti.

Anche se i dati della letteratura non sono univoci nell'indicare la sequenza esatta dei test diagnostici e la storia e la clinica sono spesso sufficienti, prima della riabilitazione la diagnosi deve essere confermata da almeno due prove, a seconda della disponibilità locale: manometria e test di espulsione del pallone, o manometria e RX/RM defecografia che definiscono le anomalie anatomiche o funzionali sottostanti.

Prima della riabilitazione è obbligatorio insegnare ai pazienti o ricordare loro alcuni aspetti igienici, dietetici e comportamentali, misure volte a regolarizzare la defecazione, anche se questo significa trasformarlo in una sorta di rito (*toilet training*), che semplificando comprende la dieta, il miglioramento della consistenza delle feci e del transito del colon, la ritualizzazione dell'orario di defecazione, se possibile, al mattino dopo colazione o dopo un pasto, per sfruttare i riflessi fisiologici (risposta motoria del colon al pasto), associati a clisteri di pulizia a basso volume (200/300 ml), con acqua tiepida.

L'ambulatorio di riabilitazione svolge il programma di training in 6-10 sedute (*Bocchini et al, 2019*) sequenziale nelle diverse modalità e personalizzato in base alle indicazioni cliniche, radiologiche e manometriche fornite dal gastroenterologo. Al termine del training il paziente viene reinviato al gastroenterologo per la rivalutazione a termine del programma di riabilitazione.

Se il risultato non è soddisfacente si prevede un proseguo della riabilitazione per altre 4 sedute e si prende in considerazione l'addestramento all'utilizzo di sistemi di irrigazione trans-ale (TAI).

In tal caso il paziente viene addestrato all'uso del sistema più confacente (Peristeen o Navina) e vengono programmati i controlli a distanza in ambulatorio gastroenterologico.

#### **d. Neuromodulazione Sacrale**

La neuromodulazione sacrale è un trattamento basato sul posizionamento di un elettrocatetere generatore di impulsi elettrici, collocato in prossimità della radice del nervo sacrale (S3), collegato a neurostimolatore sottocutaneo. Mediante un'azione non ancora chiarita, che probabilmente coinvolge molteplici aspetti neurofisiologici, in particolare la modulazione di vie afferenti e locali, agendo sulla motilità e/o sulla sensibilità coloretale, ha mostrato qualche efficacia nelle stipsi non responsive ai trattamenti farmacologici e riabilitativi. E' utilizzato in pochi centri selezionati.

#### **e. Terapia chirurgica delle anomalie pelviche**

Qualora gli accertamenti evidenzino anomalie strutturali degli organi pelvici *tali da determinare un importante* ostacolo alla defecazione, correlabile con i sintomi, sarà indicato eseguire visita proctologica chirurgica.

Il trattamento chirurgico deve essere conseguente ad una valutazione multidisciplinare gastro/gineco/uro/proctologica, che tenga conto dei risultati di valutazioni neuropsicologiche e di un approccio riabilitativo precedente.

Dal punto di vista chirurgico se si evidenzia un *rettocele/prolasso rettale significativo* si possono scegliere:

- *Intervento di Delorme per rettocele/prolasso : resezione della mucosa del segmento di retto prolassato (mucosectomia circolare) e plicatura muscolare longitudinale*
- *S.T.A.R.R. (Stapled Trans Anal Rectal Resection)*  
*resezione del retto a tutto spessore eseguita per via transanale.*

#### **f. Terapia chirurgica resettiva del colon**

La terapia chirurgica resettiva del colon per stipsi è l'estrema ratio del trattamento dei pazienti con stipsi cronica, i cui risultati a medio e lungo termine sono controversi, anche per la scarsa numerosità delle casistiche. In pazienti selezionati che non rispondano ad alcun tipo di trattamento farmacologico e la cui qualità di vita sia gravemente compromessa dalla patologia e sempre dopo valutazione multidisciplinare con psicologo, fisiatra riabilitatore.

Sarebbe utile inviare alla valutazione chirurgica pazienti che abbiamo eseguito i test fisiopatologici, compresa la manometria del colon con test massimale al bisacodile, test in grado di definire una stipsi da inertia coli. Tali pazienti dovrebbero essere anche sottoposti a valutazione funzionale gastrica con test di svuotamento gastrico e manometria gastroduodenale per valutare la funzione motoria del piccolo intestino e poter escludere forme neuropatiche o miopatiche associate alla stipsi.

A tali pazienti si può offrire primariamente *l' Anterograde Continence enema (ACE) o Procedura di Malone, che si basa sull'Irrigazione anterograda del colon attraverso una stomia dell'appendice/cieco o ileo terminale o la colectomia subtotale con ileo retto anastomosi , in genere preceduta da loop ileostomy (reversibile se persistono sintomi GI superiore o dolore addominale e bloating) o*

## **14.Bibliografia essenziale**

- Altomare DF, Spazzafumo L, Rinaldi M, et al. "Set-up and statistical validation of a new scoring system for obstructed defaecation syndrome". *Colorectal Dis* 2008; 10: 84-8.
- Bassotti G, de Roberto G, Sediari L, et al.: " Toward a definition of colonic inertia". *World J Gastroenterol* 2004; 10: 2465–7
- Bassotti G et al. "Chronic constipation: no more idiopathic, but a true neuropathological entity. *Gastroenterol Hepatol Bed Bench*. 2011 Summer;4(3):109-15".
- Bellini M, Bove A, Sormani MP, Battaglia E, Bocchini R, Alduini P, Bassotti G, Bruzzi P, Pucciani F; Italian Constipation Study Group. "The daily diary and the questionnaire are not equivalent for the evaluation of bowel habits. *Dig Liver Dis*. 2010 Feb;42(2):99-109".
- Bellini M, Usai-Satta P, Bove A, et al and ChroCoDiTE Study Group,: "AIGO Chronic constipation diagnosis and treatment evaluation: the "CHRO.CO.DI.T.E." study Bellini et al. *BMC Gastroenterology* 2017;17:11".
- Lacy B, Mearin F, Lin Chang L et al. : "Bowel Disorders. *Gastroenterology* ". 2016;150:1393–1407.
- Bocchini R, G. Chiarioni, E. Corazziari, et al "Pelvic floor rehabilitation for defecation disorders. *Techniques in Coloproctology*". 2019 Feb;23(2):101-115..
- Calcara C.: "An approach to chronic constipation by digital examination + balloon expulsion test is feasible in daily clinical practice and decreases further ano.rectal investigation". *Digestive and Liver Disease*, Vol. 48, e174–e175 February 24 2016.
- Bove A, Pucciani F, Bellini M, Battaglia E et al: Consensus statement AIGO/SICCR: "Diagnosis and treatment of chronic constipation and obstructed defecation (part I: Diagnosis)". *World J Gastroenterol*. 2012 April 14; 18(14): 1555–1564.

- Bove A, Bellini M, Battaglia E, : “Consensus statement AIGO/SICCR diagnosis and treatment of chronic constipation and obstructed defecation (Part II: Treatment)”. World J Gastroenterol 2012 September; 18(36): 4994-5013.
- Frank L, Kleinman L, Farup C, et al. : ” Psychometric validation of a constipation symptom assessment questionnaire”. Scand J Gastroenterol 1999; 34: 870-7..
- Marquis P, De La Loge C, Dubois D, et al: “Development and validation of the Patient Assessment of Constipation Quality of Life questionnaire”. Scand J Gastroenterol 2005; 40: 540-51
- Minguez M, Herreros B, Sanchiz V, et al.: “Predictive value of the balloon expulsion test for excluding the diagnosis of pelvic floor dyssynergia in constipation”. Gastroenterology 2004; 126:57-64.
- Grotz RL, Pemberton JH, Talley NJ, Rath et al.: “Discriminant value of psychological distress, symptom profiles, and segmental colonic dysfunction in outpatients with severe idiopathic constipation”. Gut 1994;35:798–80.
- Sperber AD, Bangdiwala SI, Drossman DA et al. “Worldwide Prevalence and Burden of Functional Gastrointestinal Disorders, results of Rome Foundation Global Study”. Gastroenterology 2021;160:99-114
- Varma MG, Wang JY, Berian JR et al. The constipation severity instrument: a validated measure. Dis Colon Rectum 2008; 51: 162-72

## 15. GESTIONE DEL PDTA

Le caratteristiche trasversali di tale PDTA richiedono l'integrazione ospedale-territorio per la gestione del paziente con stipsi nell'ambito della Medicina Generale e il successivo accesso all'ambulatorio dedicato (ambulatorio della stipsi).

E' pertanto auspicabile in ogni realtà individuare degli incontri con i MMG volti alla comprensione e condivisione del PDTA stesso. Gli specialisti di riferimento devono trovare dei percorsi facilitati per i pazienti che abbiano seguito adeguatamente nell'ambito della MMG.

Per la verifica dell'applicazione del PDTA si individuano degli indicatori che devono essere raccolti dall'ambulatorio GEL/della stipsi di riferimento dell'area e calcolati ogni 3 mesi:

### INDICATORI

N° di soggetti con corretta diagnosi di stipsi cronica secondo Roma IV/N° totale dei pazienti inviati  
Valore atteso >90%

N° di soggetti inviati con “insoddisfacente risposta ai lassativi” sec i criteri del PDTA/N° totale dei pazienti inviati  
Valore atteso>90%

N° di soggetti con compilazione questionari del PDTA/ N° totale dei pazienti inviati  
Valore atteso>80%

## **ALLEGATO 1**

### **CRITERI DI ROMA IV**

Criteri soddisfatti per gli ultimi tre mesi con inizio dei sintomi almeno 6 mesi prima della diagnosi

#### **Criteri Diagnostici\* della Stipsi Funzionale**

Devono essere presenti due o più dei seguenti sintomi:

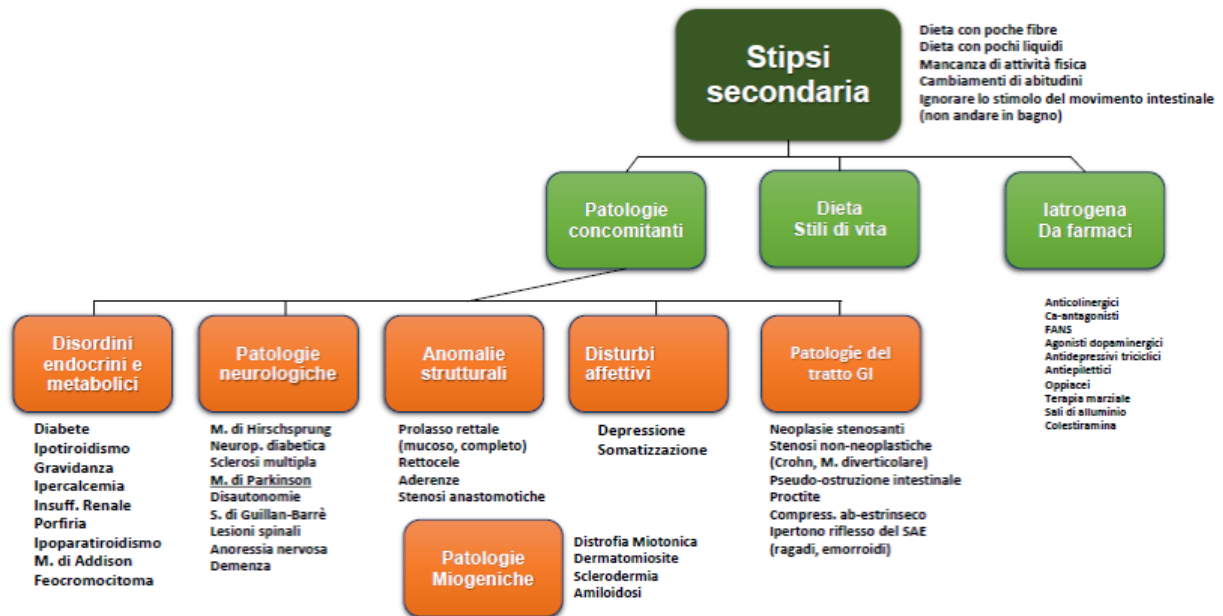
- a. Ponzamenti prolungati in almeno il 25% delle defecazioni
- b. Feci dure o bernoccolute (Bristol 1-2) in almeno il 25% delle defecazioni
- c. Sensazione di incompleta evacuazione in almeno il 25% delle defecazioni
- d. Sensazione di ostruzione/blocco anorettale in almeno il 25% delle defecazioni
- e. Manovre manuali in almeno il 25% delle defecazioni (p.e. evacuazione digitale, supporto del pavimento pelvico)
- f. Meno di tre defecazioni la settimana
- g. Feci liquide sono raramente presente senza l'uso di lassativi
- h. Vi sono criteri insufficienti per la Sindrome dell'Intestino Irritabile
- i. Criteri soddisfatti per gli ultimi tre mesi con inizio dei sintomi perlomeno 6 mesi prima della diagnosi

#### **Criteri Diagnostici\* per i Disordini Funzionali della Defecazione**

1. Il paziente deve soddisfare i criteri diagnostici della stipsi funzionale
2. Durante ripetuti tentativi per defecare deve avere almeno 2 dei seguenti segni:
  - a. Evidenza di defecazione alterata, dimostrata dal test di espulsione del palloncino o da tecniche d'imaging
  - b. Contrazione inappropriata dei muscoli del pavimento pelvico (p.e. sfintere anale o puborettale) rilevata dalla manometria, elettromiografia o tecniche d'imaging oppure riduzione della pressione basale del canale anale inferiore al 20 % rilevata dalla manometria
  - c. Forze propulsive inadeguate evidenziate dalla manometria o tecniche d'imaging

## ALLEGATO 2

### CAUSE DI STIPSI SECONDARIA



<sup>1</sup>Eoff. J Manag Care Pharm 2008;14:1 <sup>2</sup>Locke et al. Gastroenterology 2000;119:1761

<sup>3</sup>Tack, Muller-Lissner, Stanghellini, et al. NGM 2011;23:697-710 <sup>4</sup>WGO Practice Guidelines: World Gastroenterology Organization, 2007

## **ALLEGATO 3**

### **VALUTAZIONE ANAMNESTICA MMG**

#### **Anamnesi familiare**

Stipsi o NO o SI

Ca del colon retto/polipi colon o NO o SI → rivalutare segni e sintomi di allarme ed età per colonscopia

#### **Anamnesi fisiologica**

Alcool o SI o NO Fumo o SI o NO

Assume >1,5 litri acqua al dì o NO o SI

Modifica della dieta prima insorgenza sintomi o NO o SI → avviare approccio nutrizionale

Riduzione attività fisica, allettamento, modifiche stile di vita prima insorgenza sintomi o NO o SI → correzione

**n° gravidanze**..... **n° parti spontanei** ..... **lacerazione** o SI o NO **episiotomia** o SI o NO

**ciclo mestruale** o regolare o irregolari o menopausa

correlazione con i disturbi ano-rettali o NO o SI

#### **Anamnesi farmacologica**

o Anticolinergici o Ca-antagonisti o FANS o Agonisti dopaminergici

o Antidepressivi triciclici o Antiepilettici o Oppiacei o Terapia marziale

o Sali di alluminio o Colestiramina

**→→ se sono presenti in terapia tali classi di farmaci, rivalutare il paziente dopo almeno un mese dalla sospensione/modifica della terapia se possibile**

#### **Anamnesi patologica**

o Diabete om.di Parkinson odisturbi psichiatrici maggiori

o Ipotiroidismo o M. di Alzheimer odisturbi del comportamento alimentare

o Ipercalcemia o lesioni midollari opseudoostruzione intestinale

o Insuff. Renale o disautonomie o emorroidi

o Porfiria o distrofie oragadi

o Ipoparatiroidismo o sclerodermia o prolasso rettale/vescicale/uterino

o M. di Addison o amiloidosi o sindromi aderenziali

#### **INTERVENTI CHIRURGICI**

o Stereotomia o interventi proctologici o interventi gineco-urologici o interventi ortopedici

**→→ se presenti vanno rivalutate con specialista di riferimento prima di proseguire l'iter diagnostico**

## **ALLEGATO 4**

### **DIARIO ALIMENTARE**

Da consegnare alla prima valutazione e far compilare per almeno un mese

Da utilizzare dopo l'inizio terapia per valutare la risposta

| <b><i>D I A R I O<br/>ALIMENTARE<br/>settimanale</i></b> | <b>1</b>   | <b>2</b>   | <b>3</b>   | <b>4</b>   | <b>5</b>   | <b>6</b>   | <b>7</b>   |
|----------------------------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| <b>COLAZIONE</b>                                         | <b>Ora</b> | <b>Ora</b> | <b>Ora</b> | <b>Ora</b> | <b>Ora</b> | <b>Ora</b> | <b>Ora</b> |
| Alimenti<br>assunti                                      |            |            |            |            |            |            |            |
| <b>MERENDA</b>                                           | <b>Ora</b> | <b>Ora</b> | <b>Ora</b> | <b>Ora</b> | <b>Ora</b> | <b>Ora</b> | <b>Ora</b> |
| Alimenti<br>assunti                                      |            |            |            |            |            |            |            |
| <b>PRANZO</b>                                            | <b>Ora</b> | <b>Ora</b> | <b>Ora</b> | <b>Ora</b> | <b>Ora</b> | <b>Ora</b> | <b>Ora</b> |
| Alimenti<br>assunti                                      |            |            |            |            |            |            |            |
| <b>SPUNTINO</b>                                          | <b>Ora</b> | <b>Ora</b> | <b>Ora</b> | <b>Ora</b> | <b>Ora</b> | <b>Ora</b> | <b>Ora</b> |
| Alimenti<br>assunti                                      |            |            |            |            |            |            |            |
| <b>CENA</b>                                              | <b>Ora</b> | <b>Ora</b> | <b>Ora</b> | <b>Ora</b> | <b>Ora</b> | <b>Ora</b> | <b>Ora</b> |
| Alimenti<br>assunti                                      |            |            |            |            |            |            |            |

Note \_\_\_\_\_



**ALLEGATO 5**[illegible]

*Per gentile concessione P.Iovino et al.*

## **ALLEGATO 6**

### **ESPLORAZIONE RETTALE**

1. Ispezione anorettale: evidenza di escoriazioni cutanee, marische, lesioni perianali associate, valutazione della cute e di eventuali orifizi fistolosi, ragadi anali o emorroidi.
2. Valutazione della sensazione perineale e del riflesso anocutaneo: accarezzando delicatamente la pelle perianale con un cotton fioc (punta Q) o un ago smussato in tutti e quattro i quadranti susciterà la contrazione riflessa dello sfintere anale esterno → Se assente, si dovrebbe sospettare una neuropatia.
3. L'esame rettale digitale può rivelare stenosi, spasmi, dolorabilità, massa, sangue o feci.
4. Se sono presenti feci, se ne deve valutare la consistenza e si deve chiedere al paziente se ne fosse consapevole. → Una mancanza di consapevolezza delle feci nel retto può suggerire un'iposensibilità rettale.
5. Valutazione del tono di riposo e di compressione dello sfintere anale e del muscolo puborettale chiedendo al soggetto di stringere volontariamente.
6. Con una mano sull'addome per misurare lo sforzo di spinta addominale, chiedendo al paziente di spingere come per defecare, l'esaminatore può percepire il rilassamento dello sfintere anale esterno e/o del muscolo puborettale, insieme alla discesa perineale → → L'assenza di questi risultati dovrebbe aumentare l'indice di sospetto per una defecazione dissinergica

Allegato 7

**DIARIO DELL'ALVO** *Da Bellini M et al, 2009*

| <b>1 Settimana</b>                                 | LUN | MAR | MER | GIO | VEN | SAB | DOM |
|----------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| N° evacuazioni/die                                 |     |     |     |     |     |     |     |
| Difficoltà espulsive                               |     |     |     |     |     |     |     |
| Senso incompleta evacuaz.<br>(% su n. evacuazioni) |     |     |     |     |     |     |     |
| Digitazione                                        |     |     |     |     |     |     |     |
| Feci dure o caprine                                |     |     |     |     |     |     |     |
| Uso di clisteri o supposte                         |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>2 Settimana</b>                                 | LUN | MAR | MER | GIO | VEN | SAB | DOM |
| N° evacuazioni/die                                 |     |     |     |     |     |     |     |
| Difficoltà espulsive                               |     |     |     |     |     |     |     |
| Senso incompleta evacuaz.<br>(% su n. evacuazioni) |     |     |     |     |     |     |     |
| Digitazione                                        |     |     |     |     |     |     |     |
| Feci dure o caprine                                |     |     |     |     |     |     |     |
| Uso di clisteri o supposte                         |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>3 Settimana</b>                                 | LUN | MAR | MER | GIO | VEN | SAB | DOM |
| N° evacuazioni/die                                 |     |     |     |     |     |     |     |
| Difficoltà espulsive                               |     |     |     |     |     |     |     |
| Senso incompleta evacuaz.<br>(% su n. evacuazioni) |     |     |     |     |     |     |     |
| Digitazione                                        |     |     |     |     |     |     |     |
| Feci dure o caprine                                |     |     |     |     |     |     |     |
| Uso di clisteri o supposte                         |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>4 Settimana</b>                                 | LUN | MAR | MER | GIO | VEN | SAB | DOM |
| N° evacuazioni/die                                 |     |     |     |     |     |     |     |
| Difficoltà espulsive                               |     |     |     |     |     |     |     |
| Senso incompleta evacuaz.<br>(% su n. evacuazioni) |     |     |     |     |     |     |     |
| Digitazione                                        |     |     |     |     |     |     |     |
| Feci dure o caprine                                |     |     |     |     |     |     |     |
| Uso di clisteri o supposte                         |     |     |     |     |     |     |     |

## Allegato 8

### ODS SCORE

|                                             | 0      | 1                   | 2                 | 3         | 4                |
|---------------------------------------------|--------|---------------------|-------------------|-----------|------------------|
| <b>Tempo impiegato per evacuare</b>         | ≤5 min | 6-10 min            | 11-20 min         | 21-30 min | >30 min          |
| <b>Numero tentativi per defecare/giorno</b> | 1      | 2                   | 3-4               | 5-6       | >6               |
| <b>Manovre manuali (uso del dito)</b>       | Mai    | >1/mese <1/<br>sett | 1/sett            | 2-3/sett  | Ogni defecazione |
| <b>Utilizzo di lassativi</b>                | Mai    | >1/mese <1/<br>sett | 1/sett            | 2-3/sett  | Ogni giorno      |
| <b>Utilizzo di clisteri</b>                 | Mai    | >1/mese <1/<br>sett | 1/sett            | 2-3/sett  | Ogni giorno      |
| <b>Defecazione incompleta</b>               | Mai    | >1/mese <1/<br>sett | 1/sett            | 2-3/sett  | Sempre           |
| <b>Sforzo alla defecazione</b>              | Mai    | <25%                | <50%              | <75%      | Sempre           |
| <b>Consistenza delle feci</b>               | Molli  | Dure                | Piccole e<br>dure | Fecaloma  |                  |

ODS SCORE INIZIO TERAPIA:

ODS SCORE FINE TERAPIA:

## Allegato 9

## CSI SCORE

### **1. DEFECAZIONI INCOMPLETE**

a) Ha mai sofferto di defecazione incompleta?

- 0 Mai (*vada alla domanda 2*)
- 1 Raramente
- 2 Qualche volta
- 3 La maggior parte delle volte
- 4 Sempre

b) Quanto è grave questo sintomo, secondo lei?

- 1 Non grave (*riesco ad espellere la maggior parte delle feci*)
- 2 Leggero
- 3 Abbastanza importante (*ci sono ancora molte feci nel retto dopo la defecazione*)
- 4 Importante
- 5 Molto importante (*sento una pressione costante nel retto o devo tornare più volte in bagno*)

c) Quanto ciò le dà fastidio?

- 1 Per niente
- 2 Un po'
- 3 Abbastanza
- 4 Molto
- 5 Moltissimo

### **2. SFORZO/DIFFICOLTÀ AD EVACUARE**

a) Ha mai sofferto di difficoltà ad evacuare?

- 0 Mai (*vada alla domanda 3*)
- 1 Raramente
- 2 Qualche volta
- 3 La maggior parte delle volte
- 4 Sempre

b) Quanto è grave questo sintomo, secondo lei?

- 1 Per niente grave (*spingo poco*)
- 2 Lieve
- 3 Abbastanza grave (*devo spingere con forza*)
- 4 Importante
- 5 Molto importante (*devo premere sull'addome e spingere verso il basso con forza*)

c) Quanto ciò le dà fastidio?

- 1 Per niente
- 2 Poco
- 3 Abbastanza
- 4 Molto
- 5 Moltissimo

### **3. DURANTE L'ULTIMO MESE, QUANTE DEFECAZIONI HA AVUTO?**

- 0 Non ho mai difficoltà nella defecazione
- 1 Tutti i giorni
- 2 Alcune volte a settimana
- 3 1 volta per settimana
- 4 1 volta ogni 2 settimane
- 5 1 volta al mese

### **4. DEFECAZIONE POCO FREQUENTE**

a) Ha mai sofferto di defecazione poco frequente? (meno di 1 defecazione ogni 3 giorni)

- 0 Mai (*vada alla domanda 5*)
- 1 Raramente
- 2 Qualche volta
- 3 La maggior parte delle volte
- 4 Sempre

b) Quanto è grave questo sintomo, secondo lei?

- 1 Per niente grave (*vado di corpo quasi tutti i giorni*)
- 2 Lieve
- 3 Abbastanza grave (*vado di corpo 1-2 volte alla settimana*)
- 4 Grave
- 5 Molto grave (*possono passare anche 4 settimane senza andare di corpo*)

c) Quanto ciò le dà fastidio?

- 1 Per niente
- 2 Poco
- 3 Abbastanza
- 4 Molto
- 5 Moltissimo

### **5. ASSENZA DELLO STIMOLO ALLA DEFECAZIONE**

a) Quando le capita di non sentire lo stimolo alla defecazione, quanto è grave questo sintomo?

- 0 Mai avuto questo sintomo (*vada alla domanda 6*)
- 1 Per niente grave (*ho un buon stimolo defecatorio*)
- 2 Lieve
- 3 Piuttosto grave (*ho soltanto una vaga sensazione che mi indica di dover andare in bagno*)
- 4 Grave
- 5 Molto grave (*non avverto stimolo*)

**b) Quanto ciò le dà fastidio?**

- 1 Per niente
- 2 Poco
- 3 Abbastanza
- 4 Molto
- 5 Moltissimo

**6. DURANTE L'ULTIMO MESE, IN MEDIA, QUANTO È STATO GRAVE IL DOLORE ALLA REGIONE RETTO-ANALE?**

- 0 Non ho questo sintomo
- 1 Lieve
- 2 Piuttosto grave
- 3 Grave
- 4 Molto grave

**7. QUAL È IL LIVELLO DEL DOLORE ANO-RETTALE IN QUESTO MOMENTO?**

- 0 Non ho questo sintomo
- 1 Lieve
- 2 Abbastanza grave
- 3 Grave
- 4 Molto grave

**8. QUANTO SOFFRE A CAUSA DEL DOLORE ANO-RETTALE?**

- 0 Per niente
- 1 Poco
- 2 Abbastanza
- 3 Molto
- 4 Moltissimo

**9. DURANTE LO SCORSO MESE, HA AVUTO SANGUINAMENTO RETTALE DURANTE O DOPO LA DEFECAZIONE?**

- 0 Mai
- 1 Raramente
- 2 Occasionalmente
- 3 Frequentemente
- 4 Sempre

**Allegato 10****PACSYM**

Da compilarsi al a cura del paziente

**Le seguenti domande riguardano la gravità della stitichezza nelle ULTIME 2 SETTIMANE**

*Per ciascuna domanda scegliere una casella e barrarla*

**NELLE ULTIME DUE SETTIMANE QUANTO E' STATO GRAVE CIASCUNO DEI DISTURBI ELENCATI?**

|                                                                          | Assente                  | Leggero                  | Moderato                 | Forte                    | Molto forte              |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                                                          | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        |
| 1. Sensazione di fastidio all'addome                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Dolore alla pancia                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Gonfiore alla pancia                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Crampi allo stomaco                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Dolori andando di corpo                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Bruciore all'ano andando di corpo o dopo esserci andato               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Perdita di sangue o taglietti all'ano andando di corpo o dopo esserci | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Andare di corpo in maniera incompleta, come se non si fosse           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Feci troppo dure                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Feci troppo piccole                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Fare sforzi o spingere molto per cercare di espellere le feci        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Sensazione di dover andare di corpo senza riuscirci                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Allegato 11****PAC-QoL**

Pensi ai suoi sintomi nelle **ultime 2 settimane**

Per ciascuna domanda si prega di scegliere una casella.

| Le seguenti domande si riferiscono ai suoi sintomi legati alla Stipsi. Nelle ultime 2 settimane con quale grado o intensità.... | Per niente<br>1          | Un poco<br>2             | Moderatamente<br>3       | Abbastanza<br>4          | Estremamente<br>5        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Si è sentito gonfio al punto di scoppiare?                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Si è sentito pesante a causa della stipsi?                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Le prossime domande si riferiscono all'impatto della Stipsi sulle sue attività quotidiane. Durante le ultime 2 settimane, quanto tempo... | Mai<br>1                 | Un poco<br>2             | Abbastanza<br>3          | La maggior parte<br>4    | Sempre<br>5              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3. Ha provato sensazione di fastidio fisico?                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ha sentito il bisogno di defecare ma non ci è riuscito?                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ha provato disagio a stare insieme ad altre persone?                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Ha mangiato meno perché non era riuscito a defecare?                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Durante le ultime 2 settimane con quale grado o intensità?                                                 | Per niente<br>1          | Un poco<br>2             | Moderatamente<br>3       | Abbastanza<br>4          | Estremamente<br>5        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7. E' stato attento a cosa mangiare?                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ha sentito meno appetito?                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Si è preoccupato perché non era capace di scegliere cosa mangiare (ad esempio a casa di amici)?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Si è sentito a disagio nel passare troppo tempo nel bagno quando era fuori casa?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Si è sentito a disagio perché andava troppo frequentemente in bagno quando era fuori casa?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Si è sentito a disagio per aver dovuto cambiare le sue abitudini (ad es. in viaggio, lontano da casa)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



**Le prossime domande riguardano le sue sensazioni legate alla Stipsi. Nelle ultime 2 settimane per quanto tempo si è....**

7. Sentito irritabile a causa della sua condizione
8. Sentito triste a causa della sua condizione
9. Sentito ossessionato dalla sua condizione
10. Sentito stressato dalla sua condizione
11. Ha avuto meno fiducia in se stesso a causa della sua condizione
12. Sentito padrone della situazione

| Mai                      | Un poco                  | Abbastanza               | La maggior parte del tempo | Sempre                   |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 1                        | 2                        | 3                        | 4                          | 5                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |

**Le prossime domande riguardano le sue sensazioni legate alla Stipsi. Nelle ultime 2 settimane in che misura si è...**

13. Sentito a disagio per il fatto di non sapere quando avrebbe potuto avere una evacuazione?
14. Preoccupato per il fatto di non riuscire a defecare?
15. Sentito sempre più nervoso per il fatto di non poter defecare?

| Per niente               | Un poco                  | Moderatamente            | Abbastanza               | Estremamente             |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Le prossime domande si riferiscono alla sua vita con la Stipsi. Durante le ultime 2 settimane per quanto tempo...**

16. Ha avuto paura che la sua condizione peggiorasse?
17. Ha avuto la sensazione che il suo organismo non funzionasse bene?
18. Ha avuto meno defecazioni di quante avrebbe voluto?

| Mai                      | Un poco                  | Abbastanza               | La maggior parte         | Sempre                   |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Le prossime domande valutano il suo grado di soddisfazione legato alla stipsi. Nelle ultime 2 settimane con che intensità si è sentito...**

19. Soddisfatto della frequenza delle sue defecazioni?
20. Soddisfatto della regolarità delle sue abitudini intestinali?
21. Soddisfatto del tempo che impiegava il cibo a passare attraverso l'intestino?
22. Soddisfatto della sua terapia?

| Per niente               | Un poco                  | Moderatamente            | Abbastanza               | Estremamente             |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## **Allegato 12    Score di Agachan-Wexner (Costipation Scoring System, CSS)**

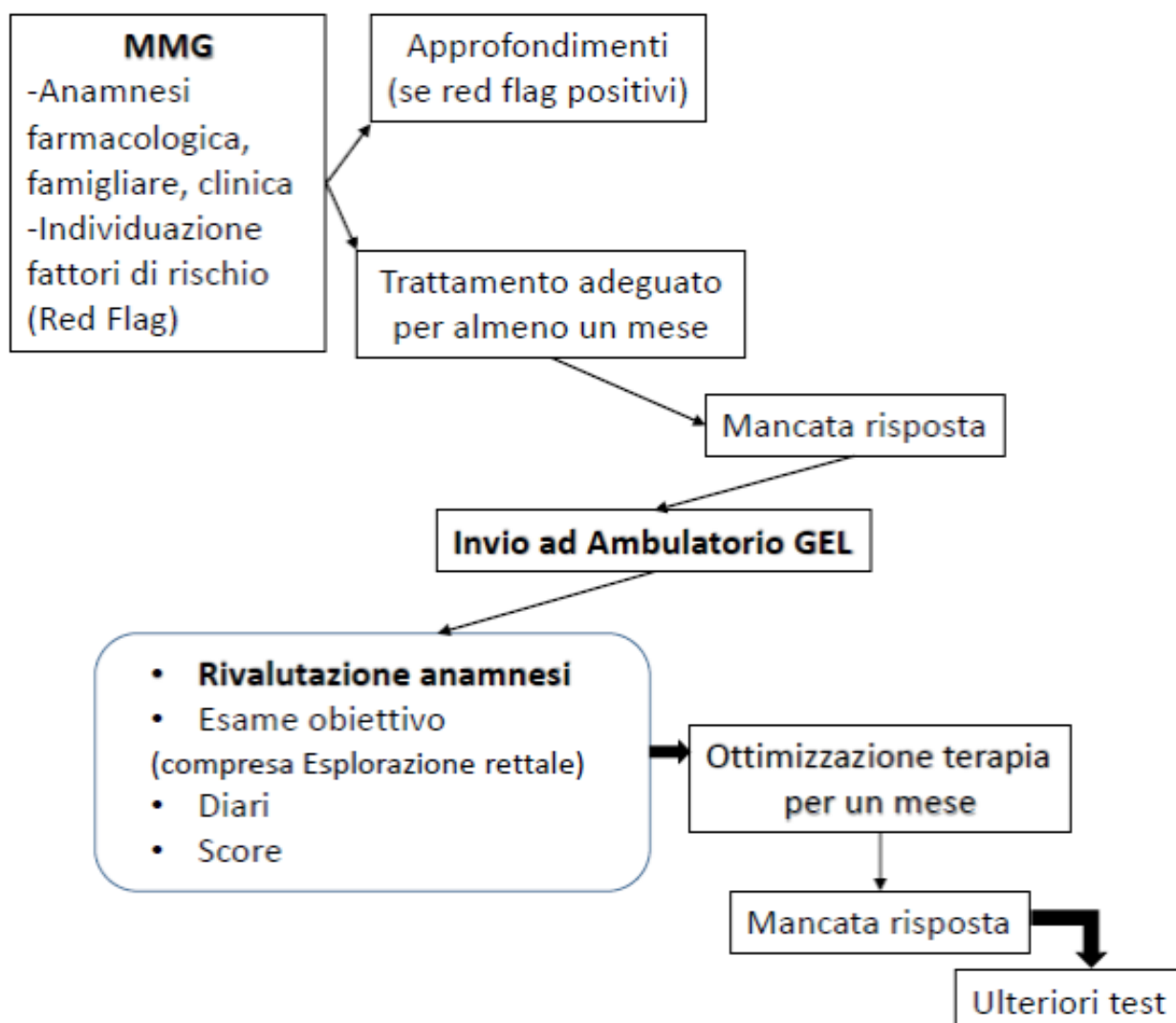
|                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FREQUENZA EVACUATIVA</b><br><br><b>0</b> ogni giorno o ogni due giorni<br><b>1</b> due volte alla settimana<br><b>2</b> una volta a settimana<br><b>3</b> meno di una volta a settimana<br><b>4</b> meno di una volta al mese | <b>TEMPO TRASCORSO SUL WATER</b><br><b>( minuti/tentativi)</b><br><br><b>0</b> meno di 5<br><b>1</b> da 5 a 10<br><b>2</b> da 10 a 20<br><b>3</b> da 20 a 30<br><b>4</b> più di 30 |
| <b>SFORZI DOLOROSI ALL' EVACUAZIONE</b><br><br><b>0</b> mai<br><b>1</b> raramente<br><b>2</b> qualche volta<br><b>3</b> di solito<br><b>4</b> sempre                                                                             | <b>ASSISTENZA DIGITALE ALLA DEFECAZIONE</b><br><br><b>0</b> nessuna<br><b>1</b> lassativi<br><b>2</b> digitazione o clistere                                                       |
| <b>SENSO DI EVACUAZIONE INCOMPLETA</b><br><br><b>0</b> mai<br><b>1</b> raramente<br><b>2</b> qualche volta<br><b>3</b> di solito<br><b>4</b> sempre                                                                              | <b>TENTATIVI INFRUTTUOSI DI DEFECARE/24 ORE</b><br><br><b>0</b> mai<br><b>1</b> 1-3<br><b>2</b> 3-6<br><b>3</b> 6-9<br><b>4</b> maggiore di 9                                      |
| <b>DOLORE ADDOMINALE</b><br><br><b>0</b> mai<br><b>1</b> raramente<br><b>2</b> qualche volta<br><b>3</b> di solito<br><b>4</b> sempre                                                                                            | <b>DURATA DELLA STIPSI ( ANNI)</b><br><br><b>0</b> 0<br><b>1</b> 1-5<br><b>2</b> 5-10<br><b>3</b> 10-20<br><b>4</b> più di 20                                                      |

### **LEGENDA punteggio**

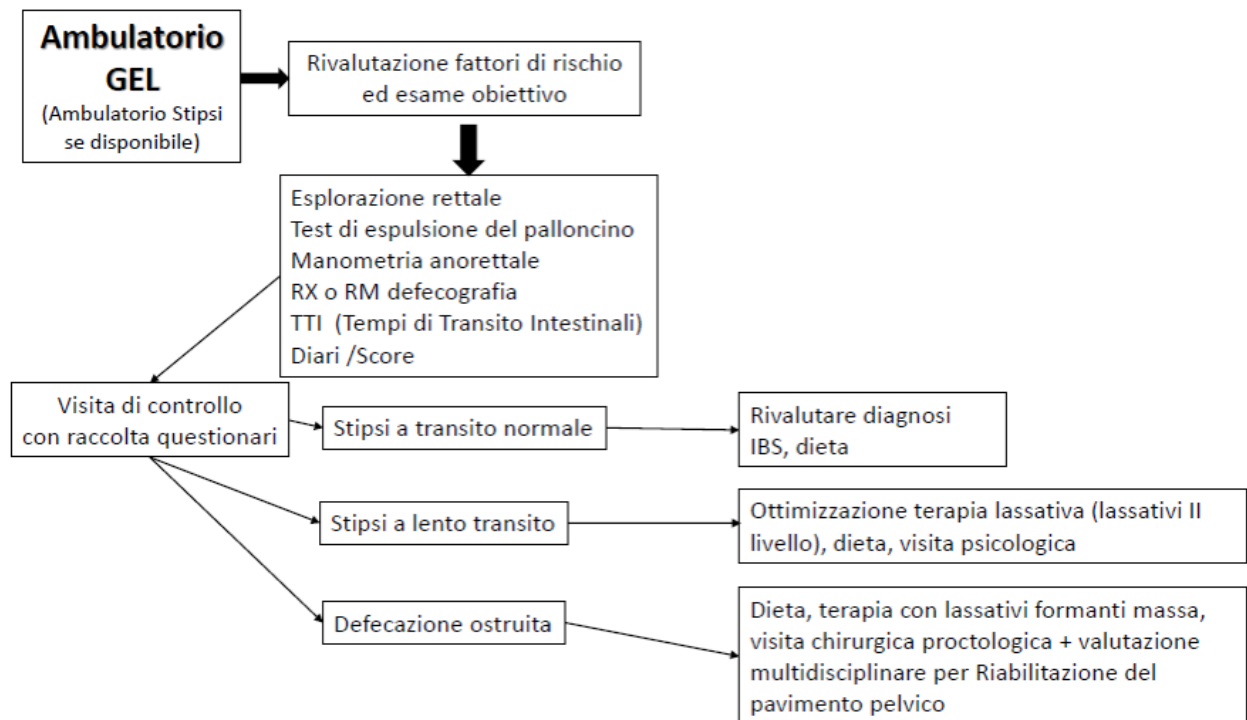
|                    |            |
|--------------------|------------|
| Stipsi lieve       | da 1 a 5   |
| Gravità moderata   | da 6 a 10  |
| Stipsi grave       | da 11 a 15 |
| Stipsi molto grave | da 16 a 30 |

PUNTEGGIO  
RILEVATO.....

### **Allegato 13     Algoritmo diagnostico MMG**



## Allegato 14    Algoritmo diagnostico AMBULATORIO GEL



## Allegato 15 Tipologia dei lassativi

| CLASSE DI FARMACI                               | MECCANISMO D'AZIONE                                                                                                                       | PRINCIPI ATTIVI                                                                                                      |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LASSATIVI</b>                                |                                                                                                                                           |                                                                                                                      |
| Formanti massa<br>(fibre insolubili e solubili) | Legando acqua aumentano la massa fecale e ne riducono la consistenza.<br>Le fibre solubili aumentano anche la massa batterica             | Crusca<br>Psillio<br>Metilcellulosa                                                                                  |
| Osmotici                                        | Legano acqua osmoticamente                                                                                                                | Lattulosio<br>Sorbitolo<br>Idrossido di magnesio<br>Sali di Magnesio<br>Polietilenglicole                            |
| Emollienti                                      | Legando acqua aumentano ed ammorbidiscono la massa fecale                                                                                 | Paraffina liquida<br>Ducosati<br>Glicerina                                                                           |
| Stimolanti                                      | Stimolano la peristalsi agendo sul plesso nervoso della muscolatura viscerale e riducono l'assorbimento di acqua ed elettroliti dal colon | Derivati antrachinonici:<br><i>senna, aloe, cascara</i><br>Derivati difenilmetano:<br><i>bisacodile, picosolfato</i> |
| PROCINETICI<br>SEROTONINERGICI                  | Gli agonisti dei recettori 5-HT <sub>4</sub> aumentano la motilità intestinale                                                            | Tegaserod<br>Prucalopride                                                                                            |
| PROSECRETORI                                    | Gli attivatori dei canali del cloro favoriscono secrezione di cloro ed acqua                                                              | Lubiprostone                                                                                                         |
|                                                 | Gli attivatori dei recettori guanilato-ciclastasi favoriscono secrezione di bicarbonati, cloro e acqua                                    | Linacotide                                                                                                           |
| <b>ALTRI FARMACI</b>                            |                                                                                                                                           |                                                                                                                      |
| Antagonisti Oppioidi                            | Antagonizzano i recettori $\mu$ -oppioidi intestinali                                                                                     | Alvimopan<br>Metilnatrexone                                                                                          |
| Probiotici                                      | Non chiarito                                                                                                                              | Bifidobacterium e<br>Lactobacillus                                                                                   |
| Colchicina                                      | Non chiarito. Si ipotizza aumentata secrezione di liquidi per attivazione AMP-ciclico e Prostaglandine                                    |                                                                                                                      |

TABELLA I. Classi dei lassativi e altre molecole.