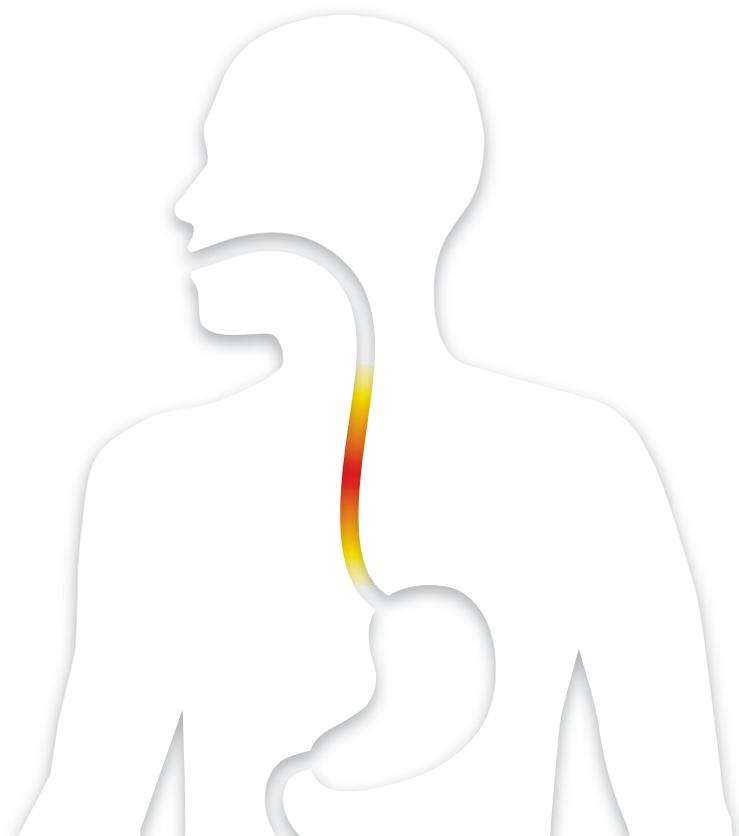


# I sintomi da reflusso gastroesofageo: verso una gestione condivisa



Documento di orientamento su ruolo e organizzazione delle diverse figure sanitarie secondo criteri di efficacia clinica, appropriatezza, sostenibilità e opportunità professionale

Il ruolo degli inibitori della pompa protonica nell'automedicazione con il supporto del farmacista

# I sintomi da reflusso gastroesofageo: verso una gestione condivisa

Documento di orientamento su ruolo e organizzazione delle diverse figure sanitarie secondo criteri di efficacia clinica, appropriatezza, sostenibilità e opportunità professionale

Il ruolo degli inibitori della pompa protonica nell'automedicazione con il supporto del farmacista

## Enrico Keber

Farmacista clinico; delegato Sifac

## Eugenio Leopardi

Farmacista; Presidente Utifar

## Erika Mallarini

Professore SDA Bocconi,  
Public Management & Policy Department

## Guido Sanna

Medico Medicina Generale FIMMG;  
Specialista in Gastroenterologia

## Vincenzo Savarino

Professore ordinario di Gastroenterologia;  
Direttore del Dipartimento di Medicina Interna  
e Specialità Mediche (DIMI),  
Università degli Studi di Genova; Presidente SIGE

## Enzo Ubaldi

Medico Medicina Generale; Specialista  
in Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva;  
Specialista in Scienza dell'Alimentazione;  
Responsabile area gastroenterologica SIMG



Copyright © 2015 by EDRA LSWR SpA

EDRA LSWR SpA  
Via Spadolini, 7  
20141 Milano, Italia  
Tel. 02 88184.1 - Fax 02 88184.302

I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica, di riproduzione e di adattamento totale o parziale con qualsiasi mezzo, compresi i microfilm e le copie fotostatiche, sono riservati per tutti i Paesi.

Testi a cura di Sinapsis srl  
Stampa: Xxxxxx

Pubblicazione realizzata grazie  
al supporto incondizionato di



Edizione riservata per i Sigg. Medici e Farmacisti

Fuori commercio

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

Finito di stampare nel mese di xxxxxx 2015

#### Ringraziamenti

I nostri ringraziamenti vanno in particolare al responsabile e al team del progetto di HAVAS PR e al farmacista consulente dott. Domenico Giorgio Cassarà.

# I sintomi da reflusso gastroesofageo: verso una gestione condivisa

## Introduzione

La piroisi (o bruciore retrosternale) e gli altri sintomi da reflusso gastroesofageo hanno un'elevata diffusione nella popolazione, con una certa variabilità di comportamenti terapeutici e modelli di approccio nella gestione, non sempre ottimali.

I sintomi da reflusso gastroesofageo arrivano a riguardare il 44% della popolazione.<sup>1</sup> L'espressione più tipica è rappresentata dalla sensazione di bruciore retrosternale che gli anglosassoni definiscono efficacemente con il termine *heart-burn*. Nel linguaggio corrente non esiste un termine analogo italiano, motivo che forse contribuisce a una non sempre efficace comunicazione tra cittadino e operatore sanitario (farmacista o medico).

Il bruciore retrosternale e il rigurgito (inteso come ritorno passivo di contenuto gastrico in faringe), che tuttavia non è sempre presente, individuano in modo tipico la malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE), che la classificazione di Montreal definisce come «una condizione che si sviluppa quando un reflusso di contenuto gastrico causa sintomi o complicanze fastidiosi».<sup>2</sup> Possono essere presenti altri sintomi meno tipici, sia esofagei sia extraesofagei.

La diagnosi di MRGE è essenzialmente clinica: alla esofagogastroduodenoscopia (EGDS) si ricorre generalmente solo in presenza di segni di allarme suggestivi di situazioni che potrebbero richiedere trattamenti specifici, mentre le indagini funzionali (pH-metria e pH-impedenziometria) sono utili a caratterizzare particolari gruppi di pazienti e a orientare le decisioni terapeutiche quando non c'è risposta alle terapie iniziali.

Nella quasi totalità dei casi, e in modo indipendente dalla loro severità, i sintomi da reflusso gastroesofageo (Tabella 1) sono espressione di condizioni benigne, che tuttavia hanno un impatto non trascurabile sulla qualità di vita del paziente: ciò sia perché possono limitare sensibilmente la sua attività sia perché possono diventare una fonte di ansia se il paziente non è adeguatamente educato a gestirli, in quanto si possono presentare in maniera simile al dolore di origine cardiaca.

**Tabella 1.** Sintomi tipici e atipici della MRGE

Sintomi tipici	Sintomi atipici esofagei	Sintomi atipici extraesofagei
Piroisi Rigurgito acido	Disfagia Odinofagia Dolore toracico Ipersalivazione	Dispepsia-epigastralgia Disfonia-raucedine Tosse Asma Faringodinia Otalgia Singhiozzo

Nella maggioranza dei casi il trattamento si basa sulla riduzione dell'acidità del contenuto gastrico. Anche al di fuori del setting medico, per esempio da parte di

un farmacista di comunità, con l'ausilio di poche domande ben orientate è generalmente facile riconoscere i sintomi da reflusso gastroesofageo, indagare e individuare i segni più evidenti di eventuali condizioni sottostanti di interesse medico e suggerire un primo approccio di trattamento.

Per queste ragioni – la riconoscibilità, la relativa facilità nell'individuare la necessità di consulto medico, le caratteristiche di benignità – i sintomi da reflusso gastroesofageo si prestano a essere ben gestiti anche in un contesto di *auto-medicazione responsabile*.

Questa possibilità merita di essere sostenuta in quanto il farmacista di comunità, che rappresenta una figura sanitaria più facilmente accessibile per il cittadino, può avere un ruolo sempre più importante nel counselling del paziente per la gestione iniziale della terapia e nella promozione di comportamenti che possono limitare il disturbo; per la stessa funzione di counsellor il farmacista può inoltre fare in modo che soggetti affetti da sintomi di lunga durata, che non hanno risposto a precedenti terapie o che presentano segnali di allarme, siano indirizzati tempestivamente al consulto medico.

Sostenere questa opzione appare oggi ancora più vantaggioso in quanto alle tradizionali possibilità di trattamento in automedicazione, quali antiacidi e alginati, si è da pochi anni aggiunta la classe degli inibitori della pompa protonica (IPP); recentemente, anche esomeprazolo 20 mg, IPP di seconda generazione, è stato registrato come medicinale di automedicazione.

Gli IPP sono i farmaci dotati dell'azione più profonda in termini di soppressione della secrezione di acido cloridrico, e sono dispensabili a basso dosaggio senza obbligo di prescrizione per il trattamento a breve termine dei sintomi da reflusso, quali pirosi e rigurgito acido.

Una maggiore integrazione e comunicazione tra le figure sanitarie (medico di medicina generale, specialisti) è tuttavia necessaria per impiegare al meglio questa possibilità: è importante definire strumenti di indagine e valutazione rapida a uso del farmacista, possibilmente condivisi da tutte le figure sanitarie coinvolte nel percorso, focalizzare l'attenzione sul counselling comportamentale, favorire anche in modo strutturato possibili occasioni di contatto e scambio tra medico e farmacista a livello territoriale.

Questo lavoro evidenzia in modo sintetico i nodi critici che si possono rilevare a oggi in questo percorso e suggerire alcune linee di indirizzo e contenuti condivisi utili per future iniziative orientate alla gestione della pirosi con un maggiore coinvolgimento della farmacia di comunità.

In particolare, questo documento è il risultato consensuale e conclusivo di un gruppo di lavoro multidisciplinare composto dai principali attori coinvolti nella gestione dei sintomi da reflusso gastroesofageo: il farmacista, il medico di medicina generale, lo specialista gastroenterologo, con la partecipazione anche del farmacoeconomista per aggiungere la determinante visione economica nell'ambito di una corretta valutazione del problema.

Risale a una decina di anni fa l'osservazione che la MRGE non è associata, nella maggior parte dei pazienti, a *esofagite erosiva*, cioè a presenza di lesioni macroscopicamente rilevabili all'EGDS: la maggioranza dei pazienti (circa il 60%) non presenta erosioni dell'esofago, il 35% mostra erosioni e solo il 5% ha forme complicate, soprattutto esofago di Barrett.<sup>3</sup>

Uno studio italiano ha rilevato una percentuale del 78% per la forma non erosiva e una percentuale di pazienti con complicanze ulteriormente ridotte all'1,3%.<sup>1</sup>

Questi dati fanno comprendere perché le linee guida per la diagnosi della MRGE oggi tendono a limitare molto l'uso dell'endoscopia riservandola ai casi in cui sia rilevato un segno o sintomo di allarme.

La forma erosiva (*erosive reflux disease*, ERD) e quella non erosiva (*non erosive reflux disease*, NERD) sono indistinguibili se ci si basa sui soli sintomi, in particolare sulla severità della piroisi retrosternale.<sup>4</sup> Anche nei soggetti che non hanno lesioni esofagee macroscopiche sono state tuttavia osservate lesioni microscopiche, soprattutto sotto forma di attenuazione delle giunzioni intercellulari<sup>5</sup> con microfissurazioni che favoriscono la penetrazione degli idrogenioni e il loro contatto con le fibre nervose sensitive.

I pazienti con ERD mostrano generalmente buona risposta all'inibizione della secrezione acida mediante IPP, e altrettanto accade in buona parte dei pazienti con NERD.

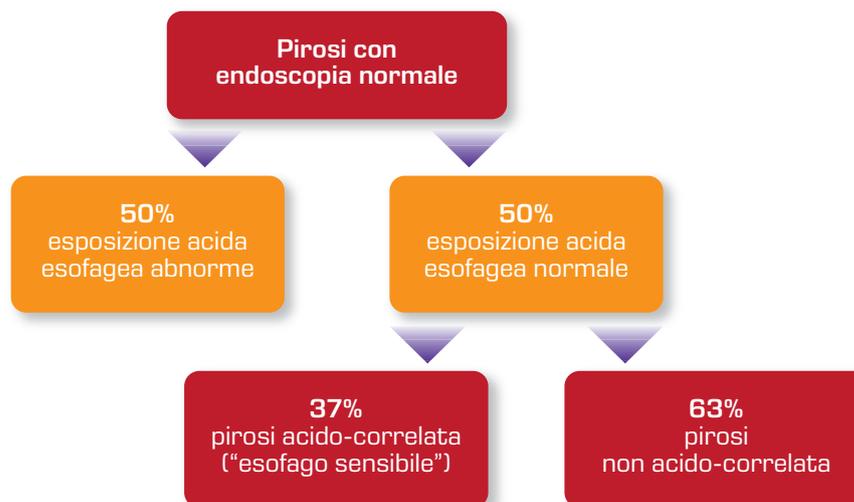
Tuttavia, fra i pazienti con NERD la risposta è più variabile e, in caso di mancata o limitata risposta all'inibizione della secrezione acida, può essere utile la valutazione specialistica per una corretta caratterizzazione di questi pazienti che, in realtà, sono più eterogenei di quanto la sola endoscopia suggerisce.

La pH-metria e la pH-impedenziometria delle 24 ore possono stabilire se nel paziente c'è una sovraesposizione acida dell'esofago e se esiste una reale correlazione tra la comparsa del sintomo e l'episodio di reflusso.

Gli studi con queste indagini funzionali hanno permesso di caratterizzare meglio i pazienti con NERD e di spiegare le eventuali differenti risposte alla terapia con IPP (Figura 1):

- il 50% dei pazienti NERD ha un'esposizione acida dell'esofago superiore a quella normale; il restante 50% non ha esposizione acida aumentata;
- tra i pazienti NERD con esposizione acida normale, il 37% ha sintomi che sono comunque acido-correlati (esofago ipersensibile a reflusso acido);<sup>3</sup> i restanti hanno sintomi non acido-correlati (esofago ipersensibile a reflusso non acido o piroisi funzionale);
- i pazienti con piroisi funzionale secondo i criteri Roma III,<sup>6</sup> in particolare, sono caratterizzati da una normale esposizione acida, non esiste correlazione dei sintomi con l'episodio di reflusso e scarsa o nulla risposta agli IPP.

**Figura 1.** Caratterizzazione dei pazienti NERD (modificata da Martinez et al. 2003)<sup>3</sup>



I pazienti con piroisi funzionale, considerata un'entità distinta dalla MRGE, rappresentano circa un quarto dei pazienti che in base alla sola gastroscopia sarebbero classificati come NERD.<sup>7,B</sup>

Riferendosi ai soli pazienti che non presentano segni di allarme, dal punto di vista della gestione pratica del sintomo piroisi retrosternale, l'inibizione della secrezione acida con IPP ha un'elevata o buona probabilità di risposta nella maggior parte dei pazienti.

La **Tabella 2** riassume alcuni possibili contesti di utilizzo degli IPP.

**Tabella 2.** Contesti di utilizzo degli IPP

Tipo di paziente	Referente
Paziente con sintomi di insorgenza recente	Farmacista
Paziente con sintomi di lunga data o che non ha risposto agli IPP in automedicazione	MMG o specialista, con test degli IPP e a seguire ciclo terapeutico come da raccomandazioni
Paziente con ERD o NERD (eseguita EGDS)	MMG o specialista
Paziente NERD con esofago ipersensibile al reflusso acido (eseguita EGDS ed eventuali altre indagini)	Specialista

I restanti pazienti NERD (pazienti con esofago ipersensibile al reflusso non acido) e i pazienti con piroisi funzionale sono gestiti dallo specialista con altre strategie di trattamento.

## Un disturbo complesso, tante cause, molte definizioni

Dispepsia:	disturbo localizzato nella parte centrale dell'addome superiore (epigastrio) caratterizzato dalla presenza di sintomi quali dolore epigastrico, bruciore epigastrico, sazietà precoce, ripienezza postprandiale. Il bruciore epigastrico è correlato all'acidità gastrica e viene incluso dagli anglosassoni nella MRGE.
ERD:	<i>erosive reflux disease</i> , condizione caratterizzata dalla presenza di sintomi fastidiosi associati a reflusso e presenza di erosioni della mucosa dell'esofago visibili all'endoscopia.
Esofagite da reflusso:	presenza di erosioni della mucosa dell'esofago visibili all'endoscopia.
Esofago di Barrett:	parziale sostituzione dell'epitelio squamoso dell'esofago, a partire dalla giunzione gastroesofagea, con epitelio colonnare metaplastico. Questa condizione è considerata una lesione precancerosa.
GERD:	<i>gastroesophageal reflux disease</i> (malattia da reflusso gastroesofageo). In letteratura, meno usato, si trova anche GORD, per <i>gastro-oesophageal reflux disease</i> .
Heartburn:	sensazione di bruciore nell'area retrosternale, sintomo tipico della MRGE.
MRGE:	malattia da reflusso gastroesofageo, condizione che si sviluppa quando un reflusso di contenuto gastrico in esofago causa sintomi o complicanze fastidiosi.
NERD:	<i>non erosive reflux disease</i> , condizione caratterizzata dalla presenza di sintomi fastidiosi associati a reflusso e assenza di erosioni della mucosa dell'esofago alla valutazione con endoscopia.
Pirosi:	sensazione di bruciore nella regione retrosternale, sintomo tipico della MRGE.
Pirosi acido-correlata:	sensazione di bruciore nella regione retrosternale in presenza di un'aumentata esposizione acida dell'esofago e di correlazione tra gli episodi di reflusso gastroesofageo acido e la comparsa dei sintomi.
Pirosi non acido-correlata:	sensazione di bruciore nella regione retrosternale in presenza di una normale esposizione acida dell'esofago e di correlazione tra gli episodi di reflusso gastroesofageo non acido e la comparsa dei sintomi. Questa condizione è a volte indicata come ipersensibilità esofagea al reflusso non acido o debolmente acido.
Pirosi funzionale:	sensazione di bruciore nella regione retrosternale in presenza di una normale esposizione acida dell'esofago e in assenza di correlazione tra gli episodi di reflusso gastroesofageo e la comparsa dei sintomi.
Reflusso gastroesofageo:	ritorno di contenuto gastrico in esofago.
Rigurgito:	risalita di contenuto gastrico in faringe o in ipofaringe.

Le definizioni qui riportate sono in accordo con la Montreal Definition and Classification of Gastroesophageal Reflux Disease, 2006<sup>2</sup> e con i criteri Roma III per i disturbi funzionali gastrointestinali,<sup>9</sup> ma non ne rappresentano una traduzione ufficiale.

Il sintomo bruciore retrosternale viene spesso gestito direttamente dal paziente almeno nella fase iniziale.

Un percorso razionale dovrebbe prevedere modifiche dei comportamenti alimentari e di altre abitudini quotidiane con eventuale uso di farmaci di automedicazione a breve termine, preferibilmente con il consiglio e monitoraggio del farmacista di comunità.

La mancata risoluzione in tempi brevi (nell'ordine di due-tre settimane) dovrebbe portare al consulto dal medico di medicina generale che deciderà i successivi interventi, inclusa eventualmente la valutazione specialistica.

### **Perturbazione del percorso di cura**

Il modello di questo movimento lineare del cittadino lungo un percorso in cui operano tre figure sanitarie differenti è di fatto più ideale che reale. Nell'affrontare il disturbo pirosi retrosternale il cittadino spesso non segue il percorso più razionale: si affida a rimedi di efficacia non dimostrata sulla base di informazioni non attendibili, utilizza trattamenti già noti anche non appropriati, aggira il ruolo della medicina generale, ricorre alla medicina specialistica di propria iniziativa o con forti pressioni sul medico di medicina generale anche senza una necessità oggettiva. Diverse spiegazioni sembrano compatibili con questa "perturbazione", sostenute dalle numerose indagini che rivelano criticità sempre maggiori nel rapporto tra cittadino e sanità.

*Sovrabbondanza informativa* - Una sovrabbondante offerta di informazione sulla salute induce il cittadino a decidere da solo nella modalità di accesso al sistema sanitario e nel rimedio da utilizzare, frammentando il percorso e aumentando gli esborsi impropri, sia da parte pubblica sia da parte privata.

*Il deficit di fiducia* - Una seconda spiegazione è il fatto che il cittadino ha una scarsa fiducia nel servizio sanitario, o sicuramente ne ha meno rispetto al passato. Si tratta di un calo di fiducia in parte nelle figure sanitarie come "istituzione" (il camice o il titolo non costituiscono più un motivo sufficiente a determinare la fiducia, che invece il cittadino tende ad accordare dopo la conoscenza e l'esperienza personale), in parte nel modello organizzativo (lunghe liste di attesa, esperienza di inefficienza) e in parte nel farmaco come primo e immediato "strumento" della salute. Essendo inoltre il sistema percepito come un insieme, ogni calo di fiducia verso una delle componenti o delle figure sanitarie tende a ripercuotersi sulle altre.

Intervenire su questi profondi cambiamenti di percezione non è semplice, in quanto sono gli stessi attori del sistema sanitario (medici e farmacisti) a percepire una crisi del loro ruolo professionale con minore autonomia, minori prospettive di sviluppo e minore valore del lavoro in sé, nonché una crisi che si ripercuote sugli aspetti finanziari della loro professione.

È un dato di fatto che nel 2012 l'11% dei pazienti ha rinunciato a una prestazione del servizio sanitario nazionale pur avendone bisogno (di questi la metà per ragioni economiche e il 35% per ragioni di accessibilità) e che il 4% dei pazienti ha rinunciato all'acquisto di farmaci.<sup>10</sup>

## L'evoluzione dei ruoli dei professionisti sanitari nella gestione del paziente con sintomi da reflusso

È proprio nella farmacia di comunità – primo luogo di contatto del cittadino con i servizi per la salute – che è possibile porre le basi per recuperare un percorso razionale; la gestione della pirosi retrosternale ha le caratteristiche ideali per essere un buon campo di prova di un modello di cura che ricolloca l'automedicazione nella giusta accezione come autogestione responsabile di un problema di salute con farmaci e altri interventi di efficacia dimostrata e nella giusta posizione all'interno di questo percorso.

Il farmacista di comunità – come è nelle sue prerogative – si trova nella posizione per svolgere un'importante funzione di counselling per la terapia farmacologica iniziale dei pazienti con sintomatologia da reflusso, per gli interventi comportamentali, per il tempestivo invio al medico quando sia necessario, nonché di filtro per i livelli successivi di valutazione da parte del medico di medicina generale o dello specialista.

Per i soggetti con una storia di malattia cronica, peraltro, il farmacista può conservare un ruolo importante di counselling riguardo ai comportamenti e di monitoraggio per la corretta assunzione dei farmaci.

Il pieno e convinto coinvolgimento della categoria può avvenire tuttavia fornendo al farmacista strumenti decisionali chiari e condivisi: è importante che questa figura professionale si senta rassicurata sul fatto che i criteri che guidano il suo operato siano in pieno accordo con le linee guida di gestione clinica.

A questo scopo possono essere utili documenti di consenso e strumenti simili elaborati congiuntamente da medici e farmacisti, ma è sicuramente indispensabile declinare questi interventi in modo che siano il più possibile vicini alle esigenze del territorio. Occorre cioè che medici di medicina generale e farmacisti che operano in uno specifico ambito territoriale si incontrino per condividere e scambiare opinioni sulle esigenze, sulle possibili risposte e sulle strategie di applicazione pratica di un intervento in uno specifico territorio: questo incontro non può essere affidato all'occasionalità ma dovrebbe avvenire in modo strutturato, con periodicità e con un metodo codificato.

Se da una parte le evidenze sull'efficacia degli IPP per un problema come la MRGE devono avere una valenza generale, dall'altra la loro applicazione nella realtà deve tenere conto dei contesti locali: basti pensare al counselling sui comportamenti alimentari che non può essere identico per i pazienti in contesto urbano e per quelli in un contesto rurale, soprattutto in un territorio così eterogeneo come quello italiano per tipo e qualità dei cibi consumati, orari del consumo e perfino aspetti psicologici legati al consumo dei pasti.

## Criteria generali e suggerimenti per la raccolta delle informazioni e il counselling da parte del farmacista

Gestire i sintomi da reflusso gastroesofageo nell'ambito della farmacia di comunità significa saper maneggiare in sicurezza un set minimo di strumenti di indagine e di orientamento che permettano di:

- **riconoscere** i sintomi tipici del reflusso gastroesofageo;
- **sospettare** eventuali condizioni di gestione medica;
- **fare counselling** in modo appropriato.

Questo set minimo potrebbe per esempio includere:

- un breve questionario di indagine sui sintomi;
- una lista di segni d'allarme e fattori di rischio che consigliano l'invio immediato al medico;
- una lista di consigli comportamentali.

Di seguito si riportano alcune considerazioni condivise e alcuni possibili suggerimenti pratici a uso del farmacista in accordo con le evidenze di letteratura oggi disponibili sulla malattia da reflusso.

### Riconoscere il sintomo

Il riconoscimento dei sintomi da reflusso gastroesofageo, principalmente del bruciore retrosternale, passa attraverso il racconto del paziente, che tuttavia può presentare ambiguità che il farmacista dovrebbe saper cogliere. Per quanto riguarda il bruciore retrosternale, mancando nella lingua italiana un termine analogo all'inglese *heartburn*, il racconto utilizza spesso termini che possono avere significati diversi per l'operatore sanitario e per il soggetto che riferisce il disturbo.

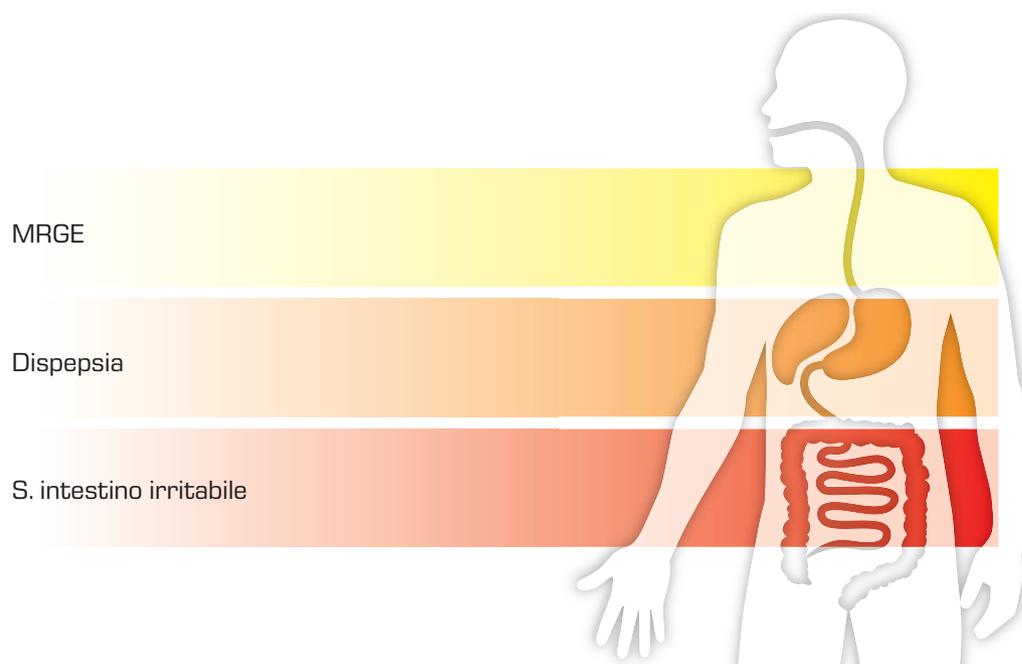
La presenza di un rigurgito rende più facile individuare quanto riferito dal paziente come sintomo da reflusso gastroesofageo.

Allo scopo di individuare correttamente la sintomatologia, un questionario costituito da poche brevi domande può essere d'aiuto al farmacista per identificare i pazienti eleggibili per l'automedicazione (**Tabella 3**).

**Tabella 3.** Riconoscere i sintomi da reflusso gastroesofageo: raccolta delle informazioni

Domanda	Obiettivo
Che cosa le dà principalmente fastidio?	È importante individuare il sintomo prevalente e le sue caratteristiche (tipicamente bruciore retrosternale)
Indichi dove è localizzato il suo fastidio o dolore	È importante che il paziente riferisca e indichi dove è localizzato il dolore: il linguaggio può essere utilizzato in modo discordante rispetto al farmacista ( <b>Figura 2</b> )
Ci sono altri disturbi che si presentano insieme a questo?	Individuare se è presente rigurgito
Quando compaiono i sintomi?	Stabilire se sono correlati all'assunzione dei pasti, se compaiono anche di notte
Con che frequenza compaiono i sintomi?	Stabilire se si tratta di episodi sporadici o ricorrenti più volte durante la settimana

**Figura 2.** Localizzazione dei principali disturbi digestivi



### Individuare la necessità di consulto medico

Se ci si riferisce ai pazienti con diagnosi certa di malattia da reflusso (MRGE), i dati epidemiologici indicano che solo in una piccola minoranza dei casi (tra il 5% e l'1,5% secondo i diversi studi) la MRGE si associa a complicanze rilevanti, rappresentate essenzialmente da lesioni precancerose della mucosa dell'esofago (esofago di Barrett).<sup>1,3</sup>

È ragionevole pensare che tra i soggetti con sintomi di recente insorgenza come quelli che generalmente si rivolgono agli operatori sanitari del territorio – farmacista e MMG – la quota di casi complicati da esofago di Barrett possa essere ancora più bassa per la breve esposizione al rigurgito.<sup>11</sup>

La gestione a breve termine secondo criteri di automedicazione responsabile, pertanto, non comporta sostanziali rischi di mascherare o ritardare in modo rilevante per la prognosi una diagnosi di lesioni cancerose o precancerose dell'esofago né dello stomaco (queste ultime peraltro sono generalmente asintomatiche nella fase iniziale).

Quanto ad altre patologie organiche che potrebbero manifestarsi con sintomi simili al reflusso gastroesofageo, c'è un accordo esteso sui segni di allarme che possono farne sospettare la presenza: la rilevazione di questi segni può essere facilmente condotta anche nel setting della farmacia di comunità attraverso una breve serie di domande (Tabella 4).

La positività ad almeno un segno d'allarme o a un fattore di rischio deve indurre il farmacista a inviare subito il soggetto al consulto medico.<sup>12</sup>

**Tabella 4.** Segni di allarme e fattori di rischio: come individuarli

<b>Segni d'allarme</b> Perdita di peso non volontaria/perdita di appetito Ematemesi (vomito con sangue) Melena (feci nere/sangue nelle feci) Disfagia (difficoltà a deglutire; sintomo caratteristico di stenosi organica dell'esofago) Odinofagia (deglutizione dolorosa) Dolore forte (per esempio, se si pensa di andare al pronto soccorso) Altri sintomi gravi I sintomi sono indotti dall'esercizio fisico	<b>Suggerimento per formulare la domanda</b> Ha perso peso nelle ultime settimane senza cambiare la sua alimentazione? Ha una perdita dell'appetito? Le è successo di vomitare e vedere sangue nel vomito? Le è successo di vedere le feci nere? Ha difficoltà a deglutire il cibo?  Ha dolore a deglutire il cibo? Il suo dolore è così forte che ha valutato l'idea di andare al pronto soccorso? Ha altri sintomi oltre al dolore nel torace? Il dolore compare quando fa uno sforzo?
<b>Fattori di rischio</b> Età >50-55 anni Uso cronico di FANS  Uso cronico di altri farmaci potenzialmente gastrolesivi Presenza di malattia grave Mancata risposta a precedente trattamento con IPP o H <sub>2</sub> RA	<b>Suggerimento per formulare la domanda</b> Inquadrare l'età del paziente Assume spesso antinfiammatori (farmaci per il dolore) o prende acido acetilsalicilico a bassa dose per la prevenzione delle malattie cardiovascolari? Quali farmaci assume?  Ha altre malattie importanti? Prima di rivolgersi a questa farmacia ha già usato farmaci per il suo bruciore/il suo reflusso senza avere benefici?

### Criteria per i suggerimenti terapeutici

Compete ovviamente al farmacista anche la parte di counselling sull'approccio farmacologico iniziale, considerando che al momento per il cittadino è possibile accedere senza obbligo di prescrizione a tutte le classi di farmaci indicate per controllare i sintomi acido-correlati, inclusi gli IPP a basso dosaggio.

Il suggerimento dovrà tenere conto anche delle aspettative del paziente, quali la facilità nell'assumere il farmaco, che può influenzare anche l'aderenza terapeutica, la preferenza di una forma farmaceutica e l'esigenza di risolvere più o meno rapidamente il problema.

Non è superfluo ricordare che il farmacista, prima di suggerire qualsiasi medicamento, deve accertare la presenza di eventuali allergie nonché l'eventuale gravidanza.

*Percezioni sui diversi antisecretivi* - Il farmacista ha talvolta una maggiore familiarità con i tradizionali prodotti da banco per la cura del bruciore di stomaco o re-strosternale, ossia gli alginati e gli antiacidi. È indubbio che la dimestichezza con gli IPP, da poco approdati alla dispensazione senza obbligo di ricetta, è ancora iniziale e questo induce talvolta un atteggiamento di istintiva cautela nel consiglio.

Ciò rappresenta da un lato una sorta di rispetto per una classe farmacologica nota per l'elevata capacità di inibizione della secrezione acida, ma dall'altro limita un'opportunità terapeutica di efficacia alta e immediata, considerato anche l'elevato profilo di sicurezza garantito dall'assunzione del farmaco ai dosaggi più bassi (Esomeprazolo 20 mg) e per la durata autorizzata (massimo due settimane).

Compare talvolta anche una percezione timorosa legata all'assioma secondo cui i farmaci più efficaci sono legati a effetti indesiderati più seri: nel nostro caso taluni professionisti attribuiscono pertanto agli IPP una maggiore potenza d'azione associata a un maggiore rischio. Nella realtà tale assioma è sconfessato, in particolare nell'ambito protetto della dispensazione in farmacia, essendo il dosaggio di 20 mg e l'assunzione iniziale limitata a 14 giorni di fatto ben tollerata.

Pertanto, quando sono stati esclusi i già citati segnali di allarme, l'uso degli IPP a breve termine (14 giorni) e a bassi dosaggi è da considerare appropriato e sicuro;<sup>13,14</sup> anche la dose minima è sufficiente a ottenere una inibizione profonda della secrezione acida. Anche in questo caso è compito del farmacista inquadrare correttamente il contesto di utilizzo del farmaco riconducendo in modo specifico ogni classe all'indicazione e alle modalità di uso che le sono proprie.

*Feedback terapeutico* - Quando possibile, il farmacista può invitare l'utente a fornirgli un feedback al termine del breve ciclo di cura di 14 giorni con IPP.

*Ruolo educativo* - Il ruolo del farmacista non può esaurirsi nella dispensazione di un farmaco, ma deve includere anche la corretta educazione al suo utilizzo.

Nel caso dei sintomi da reflusso gastroesofageo la non completa risoluzione del problema può derivare da un utilizzo non adeguato dei farmaci antiacidi e/o anti-secretivi per il periodo indicato, con il conseguente mancato ripristino delle condizioni fisiologiche e la mancata risoluzione dei sintomi: per esempio, è importante che il soggetto acquisisca il concetto che un IPP non va inteso come un farmaco da assumere al bisogno, ma bensì da assumere regolarmente per tutto il tempo previsto dalle indicazioni riportate in etichetta, indipendentemente dall'intensità dei sintomi. È inoltre importante il follow-up del paziente a opera del farmacista, che può in questo modo verificare il miglioramento dei sintomi e inviare al medico il paziente in caso di insuccesso della terapia.

Il farmacista può e deve continuare ad avere un ruolo di supporto anche per quei pazienti che sono stati valutati e sono seguiti dal medico di medicina generale o dallo specialista.

### **Counselling sui comportamenti rivolti ai pazienti**

Il consiglio del farmacista – e lo stesso vale in ambito medico – deve estendersi anche ad alcune modifiche del comportamento che possono contribuire ad alleviare i sintomi (Tabella 5). Alcune di tali modifiche trovano raccomandazione anche nelle linee guida sulla gestione della MRGE, mentre altre non sono ancora state sufficientemente indagate ma meritano di essere valutate anche sulla base del racconto del singolo paziente.<sup>15</sup>

La coerenza delle informazioni rivolte al paziente, veicolate sia dal medico sia dal farmacista, rafforza i messaggi aumentando la probabilità che vengano accolti e messi in pratica dal cittadino.

#### **Tabella 5. Modifiche comportamentali da suggerire ai pazienti**

---

- Perdere peso: vale per i pazienti in sovrappeso o per quelli che hanno avuto la comparsa dei sintomi dopo un recente aumento ponderale
- Moderare il consumo di alcol
- Regolare il consumo di cibi acidi (succo di agrumi, aceto), bevande gassate, caffè e cioccolato in base all'esperienza personale (se si nota associazione tra consumo di uno di questi cibi e comparsa dei sintomi)
- Evitare di consumare pasti abbondanti o ricchi di grassi a meno di 2-3 ore dal momento di coricarsi (anticipare il momento della cena)
- Rialzare il materasso in corrispondenza della testa per non favorire il reflusso nella posizione distesa
- Ridurre o abolire il fumo
- Evitare l'attività fisica intensa subito dopo i pasti

#### **Esempi di coinvolgimento attivo del farmacista**

---

Iniziative destinate a valorizzare il ruolo del farmacista sono state attivate dalla Società Italiana di Farmacia Clinica (Sifac), società scientifica di istituzione recente che, in collaborazione con l'Università degli Studi di Milano, l'Università degli Studi di Cagliari e l'Università di Granada, ha attivato nel 2012 un master internazionale di Farmacia Clinica.

Lo scopo è formare professionisti che siano in grado di effettuare un corretto inquadramento clinico delle patologie minori e sappiano consigliare la terapia razionale attraverso farmaci, dispositivi medici e raccomandazioni secondo la medicina dell'evidenza. In breve farmacisti clinici che spostino l'attenzione dal farmaco al paziente, che diventa così punto focale della pratica professionale in stretta collaborazione con il medico.

Proprio in tema di gestione dei disturbi del tratto digestivo superiore, un gruppo di lavoro Sifac è attualmente impegnato in un raffronto delle più autorevoli linee guida pubblicate che riguardano la gestione dei sintomi più frequenti, inclusa la piroso retrosternale: il lavoro prevede di raffrontare le linee guida e di estrarre da esse i contenuti attinenti anche alla competenza del farmacista affinché possano diventare strumenti pratici di lavoro per questa figura professionale.

L'obiettivo finale è la redazione di documenti di indirizzo, basati sull'evidenza scientifica, che siano utilizzabili dal farmacista nel momento di contatto con il cittadino-paziente.

Un esempio virtuoso di coinvolgimento della farmacia di comunità nella gestione di problemi di salute rilevanti per la loro diffusione è stato quello del Progetto Cefalee. Si tratta di una *survey* organizzata dagli Ordini dei Farmacisti di diverse province piemontesi, dall'Università di Torino e da alcune società scientifiche neurologiche, che ha raccolto dati sugli atteggiamenti dei pazienti di fronte al problema cefalea e sulle loro scelte nell'affrontarlo. I dati sono stati raccolti mediante questionari nelle farmacie di comunità, che hanno ricevuto un compenso per l'adesione al progetto e per il tempo speso nella formazione del personale. Parte dei dati della *survey*, in particolare sull'argomento emicrania, sono stati pubblicati da *Neurological Sciences*.<sup>16</sup>

## Conclusioni

---

Un'integrazione maggiore tra il lavoro delle figure sanitarie, soprattutto quelle operanti sul territorio (farmacista e medico di famiglia) potrebbe avere vantaggi su diversi piani.

Se ci si riferisce allo specifico problema dei sintomi da reflusso, area attualmente ad alto rischio di inappropriatazza, si possono ipotizzare conseguenze favorevoli in primo luogo per il cittadino-paziente: la possibilità di essere indirizzati subito verso gli approcci più efficaci, un minore dispendio di risorse economiche *out of pocket* per cure di efficacia non provata e per visite specialistiche in regime privato non necessarie, un minore grado di ansia del cittadino-paziente grazie all'acquisita capacità del farmacista di interpretare e gestire correttamente i sintomi.

La finalità del risparmio economico sanitario, consentita anche solo da una migliore organizzazione, può essere sensibile, soprattutto in termini di riduzione di indagini diagnostiche attualmente eccessive.

Dal punto di vista dell'organizzazione del lavoro dei professionisti e della sostenibilità del sistema sanitario nazionale, riportare il cittadino sul percorso razionale partendo dall'automedicazione responsabile significa potenzialmente diminuire gli accessi impropri allo studio del medico di medicina generale, ridurre conflittualità e pressioni, per esempio da parte del paziente per ottenere la prescrizione di una visita specialistica o di un'endoscopia non necessarie, selezionare meglio i pazienti che giungono alla valutazione di secondo livello e persino limitare gli accessi impropri al pronto soccorso.

Dal punto di vista del farmacista, a cui viene richiesto soltanto un lieve maggiore impegno nel colloquio con l'utente, si può immaginare con certezza un ritorno favorevole dal punto di vista della fidelizzazione del paziente in termini di gratificazione e rispetto della figura professionale. In termini semplici, il farmacista incrementa la sua immagine di professionista autorevole, capace e soprattutto efficace nella rapida soluzione di un problema.

Infine, nel contatto con il cittadino-paziente, a qualunque livello (farmacia, cure primarie o specialistiche), vale sempre il principio del coinvolgimento e piena condivisione del percorso: una proposta di cura ha minori probabilità di successo se non viene compresa e fatta propria a un livello che sia più profondo della semplice annotazione mentale di uno schema terapeutico.

In termini generali, infine, è esperienza di ogni professionista sanitario che, quando il paziente ha la percezione di essere accompagnato e sostenuto in un percorso secondo criteri chiari e condivisi, il suo grado di fiducia nei confronti del professionista aumenta sensibilmente; se ciò è accompagnato dalla consapevolezza che il sanitario svolge un lavoro in modo coordinato con gli altri professionisti, in un progetto che coinvolge più figure, di questo aumento della fiducia possono beneficiare tutti i soggetti coinvolti e l'intero Sistema Sanitario Nazionale.

La disponibilità come farmaci di automedicazione degli IPP offre oggi un'opportunità in più per migliorare soprattutto la fase iniziale di gestione del diffuso sintomo del bruciore retrosternale: per diverse ragioni quest'area si presta a diventare un modello in cui sperimentare forme di integrazione dei ruoli professionali di farmacista, medico di medicina generale e specialista, a vantaggio della salute del cittadino, ma anche dell'organizzazione del lavoro dei professionisti.

## Bibliografia

---

1. Zagari RM, Fuccio L, Wallander MA, Johansson S, Fiocca R, Casanova S, Farahmand BY, Winchester CC, Roda E, Bazzoli F. Gastro-oesophageal reflux symptoms, oesophagitis and Barrett's oesophagus in the general population: the Loiano-Monghidoro study. *Gut* 2008;57:1354-9.
2. Vakil N, van Zanten SV, Kahrilas P, Dent J, Jones R; Global Consensus Group. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol* 2006;101:1900-20.
3. Martinez SD, Malagon IB, Garewal HS, Cui H, Fass R. Non-erosive reflux disease (NERD) - acid reflux and symptom patterns. *Aliment Pharmacol Ther* 2003;17:537-45.
4. Venables TL, Newland RD, Patel AC, Hole J, Wilcock C, Turbitt ML. Omeprazole 10 milligrams once daily, omeprazole 20 milligrams once daily, or ranitidine 150 milligrams twice daily, evaluated as initial therapy for the relief of symptoms of gastro-oesophageal reflux disease in general practice. *Scand J Gastroenterol* 1997;32:965-73.
5. Tobey NA, Carson JL, Alkiek RA, Orlando RC. Dilated intercellular spaces: a morphological feature of acid reflux-damaged human esophageal epithelium. *Gastroenterology* 1996;111:1200-5.
6. Drossman DA. Rome III: the functional gastrointestinal disorders. 3<sup>rd</sup> ed. McLean, VA: Degnon Associates 2006.
7. Savarino E, Zentilin P, Tutuian R, Pohl D, Casa DD, Frazzoni M, Cestari R, Savarino V. The role of non acid reflux in NERD: lessons learned from impedance-pH monitoring in 150 patients off therapy. *Am J Gastroenterol* 2008;103:2685-93.
8. Savarino E, Zentilin P, Savarino V. NERD: an umbrella term including heterogeneous subpopulations. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2013;10:371-80.
9. Galmiche JP, Clouse RE, Bálint A, Cook IJ, Kahrilas PJ, Paterson WG, Smout AJ. Functional esophageal disorders. *Gastroenterology* 2006;130:1459-65.
10. OCPS (Osservatorio sui consumi privati in sanità), SDA Bocconi, dati anno 2014.
11. Thrift AP, Kramer JR, Qureshi Z, Richardson PA, El-Serag HB. Age at onset of GERD symptoms predicts risk of Barrett's esophagus. *Am J Gastroenterol* 2013;108:915-22.
12. Haag S, Andrews JM, Katelaris PH, Gapasin J, Galmiche JP, Hunt R, Layer P, Malfertheiner P, Holtmann G. Management of reflux symptoms with over-the-counter proton pump inhibitors: issues and proposed guidelines. *Digestion* 2009;80:226-34.
13. Holtmann G, Bigard MA, Malfertheiner P, Pounder R. Guidance on the use of over-the-counter proton pump inhibitors for the treatment of GERD. *Int J Clin Pharm* 2011;33:493-500.
14. Tytgat GN, McColl K, Tack J, Holtmann G, Hunt RH, Malfertheiner P, Hungin AP, Batchelor HK. New algorithm for the treatment of gastro-oesophageal reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2008;273:249-56.
15. Katz PO, Gerson LB, Vela MF. Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol* 2013;108:308-28. Erratum in: *Am J Gastroenterol* 2013;108:1672.
16. Brusa P, Allais G, Bussone G, Rolando S, Giaccone M, Aguggia M, Benedetto C. Migraine attacks in the pharmacy: a survey in Piedmont, Italy. *Neurol Sci* 2014;35(suppl 1):5-9.

