

# La gestione della malattia da reflusso gastroesofageo e della dispepsia funzionale alla luce delle Linee Guida italiane: conferme e novità

The management of gastroesophageal reflux disease and functional dyspepsia according to Italian Guidelines: confirmations and updates

Alessandra Belvedere<sup>1</sup>, Floriana Di Bella<sup>1</sup>, Cesare Tosetti<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SIMG macroarea cronicità



## Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

## How to cite this article:

La gestione della malattia del reflusso gastroesofageo e della dispepsia funzionale alla luce delle Linee Guida italiane: conferme e novità Rivista SIMG 2026; 33 (02):8-11.

© Copyright by Società Italiana dei Medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie.



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

## INTRODUZIONE

All'inizio del 2025 sono state presentate le nuove linee guida italiane per la gestione dei pazienti adulti con sintomi riferibili al tratto digestivo superiore, suddivise in due distinte pubblicazioni sulla rivista *Digestive and Liver Disease*.

Le due linee guida sono frutto del lavoro congiunto di un panel di esperti appartenenti a diverse società scientifiche della gastroenterologia con la partecipazione della Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG).

## A • MALATTIA DA REFLUSSO GASTROESOFAGEO (MRGE)

La MRGE è una condizione ad elevata prevalenza nella popolazione, interessando circa il 28% degli adulti in Italia<sup>1</sup>. Un elemento cardine della moderna concezione della MRGE è il superamento del modello fisiopatologico esclusivamente "acido-centrico" a favore di una visione multifattoriale<sup>2</sup>, in grado di spiegare la notevole variabilità clinica e la risposta spesso incompleta alla terapia acido-soppressiva osservata in una quota rilevante di pazienti<sup>3</sup>.

Le recenti linee guida italiane sulla MRGE<sup>4</sup> ribadiscono il ruolo centrale dell'inquadramento clinico iniziale, compito tipico del MMG, basato su un'anamnesi accurata, sull'identificazione dei sintomi tipici (pirosi e rigurgito) e sulla ricerca dei segni di allarme, tenendo presente che i sintomi tipici presentano un'elevata specificità per la MRGE, ma una sensibilità limitata<sup>3</sup>. In presenza di sintomi da sospetta manifestazione extra-esofagea della MRGE, quali tosse, laringite, faringite, otite media e asma, è raccomandata l'esclusione di cause non correlate al reflusso, al fine di evitare sovradiagnosi e trattamenti inappropriati<sup>5</sup>.

Le modifiche dello stile di vita rappresentano l'intervento di prima linea. La perdita di peso nei pazienti sovrappeso o obesi, la cessazione del fumo, l'attività fisica regolare e l'attenzione al timing dei pasti

sono raccomandazioni supportate da solide evidenze<sup>6</sup>. L'approccio dietetico deve essere personalizzato, privilegiando pattern alimentari salutari, come la dieta mediterranea, piuttosto che restrizioni rigide e non individualizzate.

Per quanto riguarda la terapia farmacologica, gli inibitori di pompa protonica (IPP) sono confermati come trattamento di prima scelta nei pazienti con sintomi tipici in assenza di segni di allarme.

È raccomandato un trattamento empirico di 8 settimane a dosaggio standard, con assunzione 30 minuti prima della colazione. Le linee guida considerano anche i bloccanti dell'acidità gastrica competitivi con il potassio (pCAB), caratterizzati da un'inibizione acida più rapida e sostenuta rispetto agli IPP<sup>7</sup>; tuttavia, la loro indisponibilità in Italia mantiene gli IPP come cardine della terapia. Le formulazioni a base di alginato sono raccomandate in gravidanza e allattamento, ma rappresentano anche un'opzione valida nelle forme lievi e come terapia *add-on* agli IPP. I dispositivi di protezione mucosale mostrano efficacia come terapia aggiuntiva, mentre i procinetici possono essere considerati in presenza di sintomi dispeptici associati, limitandone l'impiego a cicli brevi.

Nei pazienti con risposta soddisfacente è raccomandata una progressiva riduzione della terapia fino alla sospensione o all'utilizzo "on demand".

In caso di risposta parziale è essenziale verificare l'aderenza terapeutica, il corretto timing di assunzione e la persistenza di fattori di rischio modificabili, prima di ottimizzare il trattamento mediante aumento della dose, switch a un diverso IPP o associazione con alginati o protettori mucosali.

Nei pazienti con sintomi persistenti nonostante una terapia con IPP correttamente impostata è indicata una rivalutazione diagnostica finalizzata alla dimostrazione di reflusso patologico (Figura 1). L'EGDscopia è considerata diagnostica per MRGE solo in presenza di esofagite di grado B o superiore, riscontro presente in meno del 40% dei pazienti, con

scarsa correlazione tra gravità endoscopica e intensità dei sintomi. In caso di endoscopia negativa o di esofagite di grado A, sono indicati esami funzionali quali la pH-impedenzometria o la pH-metria wireless con capsula. Queste metodiche consentono di documentare l'esposizione acida patologica e/o la correlazione temporale tra reflusso e sintomi, identificando la MRGE "actionable", cioè i pazienti in cui esistono evidenze oggettive sufficienti a guidare un intervento terapeutico mirato prevalentemente sulla riduzione della secrezione acida gastrica. La MRGE "actionable" viene quindi distinta da ipersensibilità esofagea o piroso funzionale, nelle quali l'uso prolungato degli IPP risulta inefficace e potenzialmente inappropriato<sup>3</sup>. La ricerca di *Helicobacter pylori* non è indicata nella MRGE, poiché l'eradicazione dell'infezione non migliora i sintomi da reflusso<sup>8</sup>.

Nei pazienti con sintomi extra-esofagei associati a sintomi tipici può essere appropriato un trial empirico con IPP, mentre in assenza di sintomi tipici è preferibile una valutazione funzionale preliminare, considerato il beneficio incerto della terapia acido-soppressiva in questo sottogruppo.

### B • DISPEPSIA FUNZIONALE

La dispepsia rappresenta un disturbo gastrointestinale frequente nella pratica quotidiana del MMG<sup>9</sup>. La pubblicazione delle linee guida italiane<sup>10</sup> costituisce un'occasione importante per standardizzare l'approccio clinico, chiarire percorsi diagnostici e razionalizzare l'impiego delle terapie nella dispepsia e nella dispepsia funzionale (DF). I sintomi dispeptici secondo i Criteri di Roma IV sono dolore e/o bruciore epigastrico, sazietà precoce e ripienezza postprandiale. Sintomi quali piroso, rigurgito, nausea, vomito, eruttazioni o meteorismo non rientrano nella definizione di dispepsia. La DF è confermata essere una diagnosi di esclusione, secondo la definizione di "sindrome caratterizzata dalla presenza di

sintomi digestivi ritenuti originare dalla regione gastroduodenale in assenza di patologia organica strutturale"<sup>11</sup>. Viene mantenuta anche la suddivisione in sottotipi: *Epigastric Pain Syndrome* (EPS), caratterizzata da dolore o bruciore epigastrico non correlati esclusivamente ai pasti, e *Post-Prandial Distress Syndrome* (PDS), caratterizzata da sintomi correlati al pasto quali pienezza postprandiale e/o sazietà precoce<sup>11</sup>. Tra gli obiettivi delle linee guida vi è il miglioramento dell'appropriatezza diagnostica, evitando esami strumentali non necessari (Figura 2). Per escludere patologia organica o sistemica, assieme all'esame obiettivo ed a un'accurata anamnesi, è indicato un set limitato di accertamenti di laboratorio<sup>12</sup> che non include test per allergie, intolleranze, marcatori tumorali e, in assenza di sintomi concomitanti dell'addome inferiore, neppure per malattia celiaca<sup>13</sup>. L'EGDscofia con biopsie è raccomandata nei pazienti di età  $\geq 45$  anni, in presenza di "segnali di allarme" (calo ponderale, sanguinamento, anemia, disfagia, vomito persistente, familiarità per neoplasie digestive, ecc.) oppure in caso di mancata risposta alla terapia. Non è raccomandato routinariamente l'uso sistematico di ecografia addominale o test di motilità.

Il valore predittivo positivo dell'ecografia addominale superiore risulta limitato se identifichiamo i pazienti dispeptici secondo i Criteri di Roma, poiché il riscontro di calcoli o dismorfismi colecistici in assenza di coliche biliari non è ritenuta correlabile ai sintomi dispeptici<sup>14</sup>. È raccomandato sottoporre il paziente dispeptico a test per la ricerca di infezione gastrica da *Helicobacter pylori*<sup>15</sup> e in caso di positività eradicare l'infezione, con successivo test di controllo. L'*Urea Breath Test* è il più accurato tra i test non invasivi, il test fecale è un'alternativa valida.

Questi criteri offrono al MMG un percorso decisionale chiaro, che permette di evitare sovradiagnosi ed esami non necessari, e nello stesso tempo di individuare i casi in cui è prudente un approfondimento rapido o la condivisione con uno specialista.

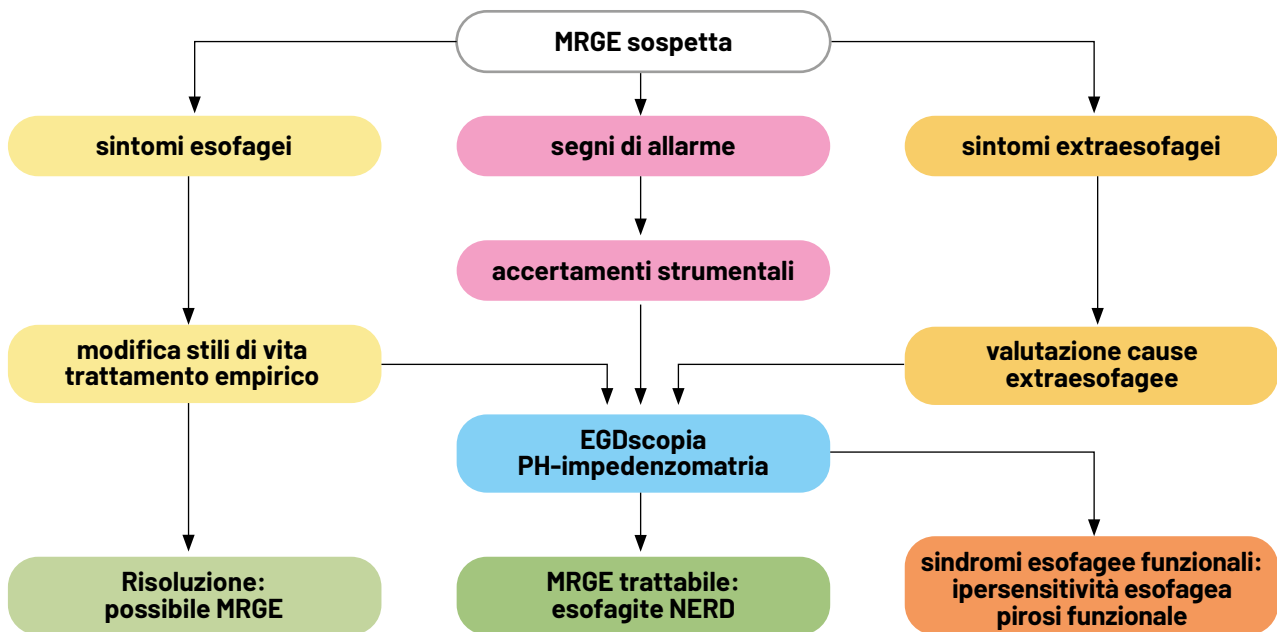


Figura 1 - Approccio al paziente con sospetta MRGE

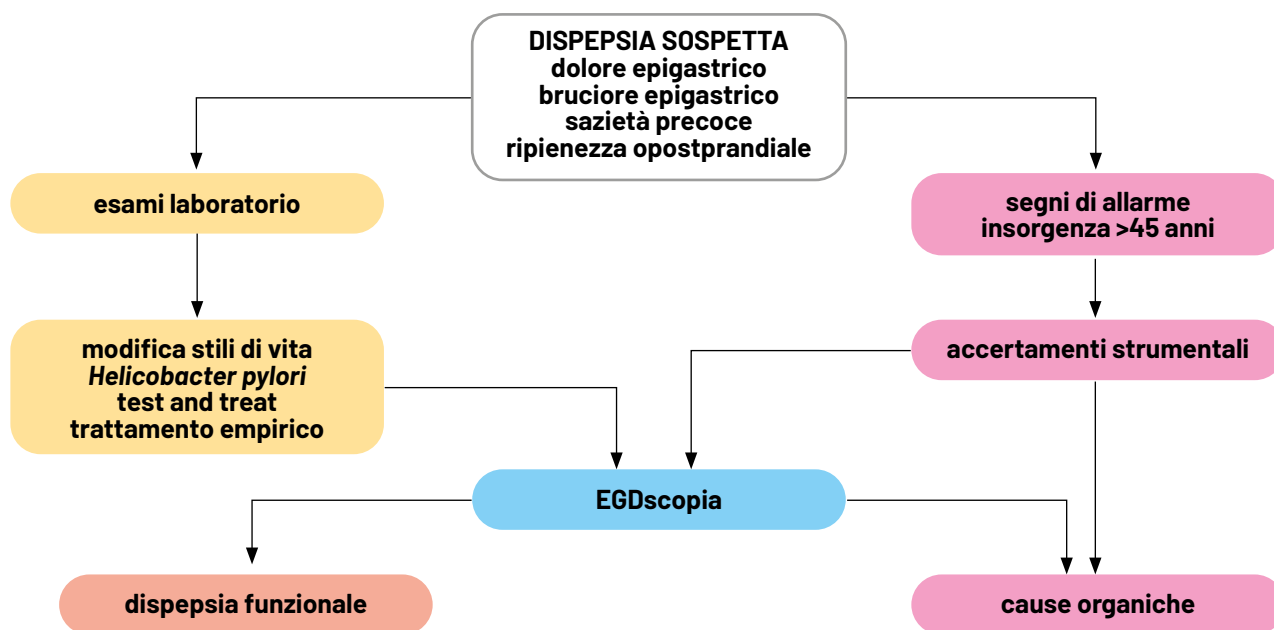


Figura 2 - Gestione iniziale del paziente con sintomi dispeptici

Le linee guida propongono un approccio terapeutico lineare che prevede l'intervento correttivo sugli stili di vita, riducendo consumo di alcol e fumo, seguendo un'alimentazione regolare e attività sportiva. Non è indicata nessuna dieta standardizzata o di privazione: i consigli alimentari devono quindi essere personalizzati, mentre le "diete di esclusione" generiche non sono supportate. Sia nel caso di dispepsia non investigata in paziente giovane senza sintomi di allarme che di DF è indicato l'uso in prima linea di IPP a dose standard per almeno quattro settimane, indipendentemente dal sottotipo di malattia EPS o PDS. Non è raccomandato l'uso di dosi elevate di IPP in quanto non aumenta significativamente il tasso di risposta nella dispepsia funzionale. I procinetici pur non presentando raccomandazioni forti per mancanza di evidenze solide sono considerati un'opzione ragionevole nella forma PDS qualora le prime settimane di terapia con IPP abbiano mostrato efficacia parziale. In casi scarsamente responsivi alla terapia sia nella forma EPS che PDS i farmaci indicati sono i neuromodulatori a basse dosi, associati a terapie psicologiche, in particolare quando una componente ansioso-somatica è evidente. È importante la rivalutazione clinica dopo 4-8 settimane di terapia. I sintomi che mutano, peggiorano o si associano a nuovi segnali di allarme richiedono rivalutazione diagnostica.

#### LE RACCOMANDAZIONI DELLE LINEE GUIDA E LA PRATICA QUOTIDIANA: COMPETENZE DEL MMG

Queste linee guida nazionali, sviluppate con il contributo della Medicina Generale, rappresentano un importante strumento operativo per la gestione dei pazienti nel contesto della medicina del territorio.

Le Linee Guida propongono un percorso centrato sulla gestione iniziale da parte del MMG. La valutazione anamnestica e clinica

iniziale deve essere indirizzata anche ad escludere patologie organiche gravi, con l'aiuto di semplici esami biochimici. In caso di sospetta MRGE con sintomi extra-esofagei è opportuno escludere tutte le possibili cause non esofagee. È fondamentale allineare la definizione di dispepsia ai Criteri di Roma IV, in modo da applicare correttamente le evidenze terapeutiche specifiche. Secondo questa definizione, i sintomi dispeptici includono esclusivamente dolore o bruciore epigastrico, sazietà precoce e senso di ripienezza postprandiale<sup>11</sup>.

Nei pazienti giovani (<45 anni) senza segni di allarme è ribadita l'indicazione di adottare un approccio empirico basato su modifiche dello stile di vita e, nei pazienti dispeptici ma non nei casi di sospetta MRGE, sulla ricerca dell'infezione gastrica da *H.pylori* con test non invasivi. In questa fase, in caso di sintomi tipici da MRGE possono essere utilizzati trattamenti non basati sulla inibizione della secrezione acida gastrica.

In tutti i pazienti con sintomi riferibili al tratto digerente superiore in caso di risposta non soddisfacente a questi primi tentativi terapeutici è indicato un ciclo di durata adeguata (4-8 settimane) con IPP, in mancanza in Italia di disponibilità dei nuovi farmaci acido-soppressori P-CABs (Tabella 1). Questo approccio, che trae forza dal rapporto continuativo e fiduciario tra MMG e paziente, è considerato efficace, limitando accertamenti non necessari.

Se i sintomi persistono, le linee guida indicano ulteriori accertamenti. In presenza di sospetta MRGE, poiché l'endoscopia può rilevare alterazioni diagnostiche in meno del 30-40% dei pazienti, le linee guida enfatizzano la dimostrazione di reflusso patologico attraverso indagini funzionali, al fine di evitare trattamenti acido-soppressivi prolungati in pazienti inidonei. La difficoltà di ottenere studi funzionali in tempi rapidi richiede una collaborazione locale tra MMG e specialisti, ma la gestione moderna della MRGE pone come obiettivo fondamentale la

**Tabella 1 - Trattamento iniziale di MRGE e dispepsia in giovane adulto senza segni d'allarme secondo le Linee Guida italiane.**

	MODIFICHE STILI DI VITA E DIETA	<i>H. pylori</i> TEST AND TREAT	IPP	ANTIACIDI SUCRALFATO	ALGINATO	PROTETTORI MUCOSALI	PROCINETICI
SOSPETTA MRGE	Indicati	non indicato	Indicati	Indicati	indicato	terapia aggiuntiva a IPP	Indicati se concomitanti sintomi di PDS
DISPEPSIA	indicati	indicato	indicati	non indicati	non indicato	non indicati	indicati in PDS

**MRGE = Malattia da Reflusso Gastroesofageo; IPP = Inibitori di Pompa Protonica; PDS = Postprandial Distress Syndrome, caratterizzata da prevalente sazietà precoce e/o ripienezza postprandiale rispetto al dolore/bruciore epigastrico.**

dimostrazione di un reflusso acido patologico e quindi gestibile/trattabile ("actionable")<sup>3</sup>. Nei pazienti dispeptici con sintomi persistenti l'endoscopia rappresenta l'esame fondamentale. Il valore predittivo positivo dell'ecografia addominale superiore risulta limitato se identifichiamo i pazienti dispeptici secondo i Criteri di Roma IV.

Pertanto, l'ecografia ambulatoriale resta uno strumento diagnostico prezioso per il MMG, ma nel contesto della dispepsia non è consigliato l'uso routinario, e la sua prescrizione deve essere valutata caso per caso, condividendo con il paziente il significato prevalentemente predittivo negativo.

La gestione dei pazienti non responsivi al primo approccio terapeutico e che risultano privi di patologie organiche significative agli accertamenti, cioè i pazienti con dispepsia e/o pirosi funzionale, rappresenta una sfida significativa per il MMG e spesso richiede un approccio multidisciplinare con gastroenterologo, nutrizionista e psichiatra. Un rapporto consolidato con la Gastroenterologia di riferimento territoriale consente di condividere percorsi terapeutici personalizzati, con utilizzo di terapie generalmente meno maneggevoli o meno consuete per il MMG.

Le nuove linee guida italiane su MRGE e DF offrono pertanto al MMG uno strumento chiaro, pragmatico e applicabile nella pratica quotidiana, confermando e rafforzando il ruolo centrale del MMG dal sospetto diagnostico all'approccio diagnostico-terapeutico. La definizione dei criteri diagnostici, la semplificazione dell'approccio terapeutico e la razionalizzazione dell'uso degli esami risulta coerente con i principi delle cure primarie e consente una gestione efficiente, personalizzata e basata sulle evidenze.

## Bibliografia

- Bert F, et al. Prevalence of gastro-oesophageal reflux symptoms: an Italian cross-sectional survey focusing on knowledge and attitudes towards lifestyle and nutrition. *Int J Clin Pract* 2021;75:e13758.
- Savarino V, et al. Pathophysiology, diagnosis, and pharmacological treatment of gastro-esophageal reflux disease. *Expert Rev Clin Pharmacol* 2020;13:437-49.
- Gyawali CP, et al. Updates to the modern diagnosis of GERD: Lyon

consensus 2.0. *Gut* 2024;73:361-71.

- Savarino EV, et al. Italian guidelines for the diagnosis and management of gastro-esophageal reflux disease: Joint consensus from the Italian Societies of: Gastroenterology and Endoscopy (SIGE), Neurogastroenterology and Motility (SINGEM), Hospital Gastroenterologists and Endoscopists (AIGO), Digestive Endoscopy (SIED), and General Medicine (SIMG). *Dig Liver Dis* 2025;57:1550-77.
- Kahrilas PJ, et al. Chronic Cough Due to Gastroesophageal Reflux in Adults: CHEST Guideline and Expert Panel Report. *Chest* 2016;150:1341-60.
- Ness-Jensen E, et al. Lifestyle Intervention in Gastroesophageal Reflux Disease. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2016;14:175-82.e1-3.
- Scarpignato C, et al. Potassium-competitive Acid Blockers: Current Clinical Use and Future Developments. *Curr Gastroenterol Rep* 2024;26:273-93.
- Qian B, et al. Effects of Helicobacter pylori eradication on gastroesophageal reflux disease. *Helicobacter* 2011;16:255-65.
- Ualdi E. Epidemiologia ed approccio diagnostico del paziente con Dispepsia in Medicina Generale. *HS-Newsletter* 2021;28:2-8
- Sarnelli G, et al. Italian guidelines for the diagnosis and treatment of functional dyspepsia - joint consensus from the Italian societies of gastroenterology and endoscopy (SIGE), Neurogastroenterology and motility (SINGEM), hospital gastroenterologists and endoscopists (AIGO), digestive endoscopy (SIED) and general medicine (SIMG). *Dig Liver Dis* 2025;57:1730-47.
- Stanghellini V, et al. Gastrointestinal Disorders. *Gastroenterology* 2016;150:1380-92
- Wauters L, et al. United European Gastroenterology (UEG) and European Society for Neurogastroenterology and Motility (ESNM) consensus on functional dyspepsia. *United European Gastroenterol J* 2021;9:307-31.
- Ford AC, et al. Meta-analysis: yield of diagnostic tests for coeliac disease in dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther* 2009;30:28-36.
- Berger MY, et al. Abdominal symptoms: do they predict gallstones? A systematic review. *Scand J Gastroenterol* 2000;35:70-6.
- Duggan AE, et al. Clinical trial: a randomized trial of early endoscopy, Helicobacter pylori testing and empirical therapy for the management of dyspepsia in primary care. *Aliment Pharmacol Ther* 2009;29:55-68.