Love Your Life – Guide

IL CORPO CHE TRATTIENE

Stitichezza, transito intestinale, microbiota e segnali delle feci



Giovanni Chetta

IL CORPO CHE TRATTIENE

Stitichezza, transito intestinale, microbiota e segnali delle feci

Giovanni Chetta

Le Guide Love Your Life

Versione 1.0 – 2026

Sommario

Guida alla lettura 4
PARTE I – CAPIRE LA STIPSI 5
1. Che cosa significa davvero essere stitici 5
2. Anatomia funzionale di colon, retto e pavimento pelvico 6
3. Come nasce lo stimolo: motilità e fisiologia della defecazione 8
PARTE II – NON ESISTE UNA SOLA STIPSI 9
4. Stipsi a transito normale, rallentato e disturbo dell'evacuazione 9
5. Cause secondarie, farmaci e condizioni associate 10
6. Valutazione clinica: quando osservare e quando approfondire 10
PARTE III – IL LINGUAGGIO DELLE FECI 12
7. La scala di Bristol 12
8. Colore, odore, galleggiamento e altri segnali 13
9. Il diario intestinale: trasformare impressioni in informazioni 15
PARTE IV – MICROBIOTA E TERRENO BIOLOGICO 16
10. Microbiota, bifidobatteri, metaboliti e motilità 16
11. Stasi fecale e microbiota: un rapporto bidirezionale 17
PARTE V – RITROVARE LA REGOLARITÀ 19
12. Fibre e alimentazione: quantità, qualità e tolleranza 19
13. Acqua, movimento, postura, sonno e sistema nervoso 20
14. Probiotici, prebiotici e nutraceutica: cosa sappiamo davvero 22
15. Lassativi, farmaci e biofeedback: strumenti, non scorciatoie 25
16. Situazioni particolari: età, gravidanza, neurologia e oppioidi 26
17. Un approccio integrato e personalizzato 27
18. Quando la stipsi diventa refrattaria 28
Messaggi chiave 30
Glossario 31
Bibliografia 34

Guida alla lettura

Stitichezza e stipsi non indicano soltanto una riduzione della frequenza evacuativa. Il problema può presentarsi con feci dure, sforzo eccessivo, sensazione di svuotamento incompleto, difficoltà di espulsione o necessità di manovre manuali anche quando le evacuazioni non sono particolarmente rare. Il volume prende avvio dalla fisiologia del colon e della defecazione e sviluppa poi la lettura dei sintomi, delle caratteristiche delle feci e delle possibili strategie di intervento.

Il volume segue l'impostazione della medicina del terreno e integrata. Alimentazione, idratazione, attività fisica, sonno e ritmi circadiani, sistema nervoso autonomico, microbiota, farmaci, pavimento pelvico e condizioni organiche vengono letti come elementi interdipendenti. Questa prospettiva non sostituisce la diagnosi medica. Aiuta piuttosto a comprendere perché interventi apparentemente logici, come aumentare indiscriminatamente le fibre, possano essere utili in alcune persone e poco adatti in altre.

Forma, consistenza, colore, odore, galleggiamento, muco ed eventuale materiale oleoso vengono considerati segnali clinico-funzionali. Nessuno di questi elementi costituisce, da solo, uno strumento diagnostico. La Bristol Stool Form Scale e l'osservazione delle feci acquistano significato quando vengono messe in relazione con sintomi, alimentazione, farmaci e storia clinica.

Le sigle e i termini tecnici sono spiegati alla prima occorrenza nei capitoli in cui compaiono. Il Glossario finale raccoglie i concetti essenziali e offre un riferimento rapido durante la lettura.

Nota importante — La comparsa di sangue non spiegato, anemia, dimagrimento involontario, dolore importante, vomito, febbre, distensione marcata con impossibilità a emettere feci e gas o un cambiamento persistente e non abituale dell'alvo richiede valutazione medica. Il volume ha finalità divulgative ed educative.

PARTE I – CAPIRE LA STIPSI

1. Che cosa significa davvero essere stitici

Una definizione che va oltre la frequenza

Nella pratica quotidiana la stitichezza viene spesso fatta coincidere con il mancato svuotamento quotidiano. È una semplificazione poco utile. La frequenza normale varia molto da persona a persona e il dato più significativo nasce dall'insieme di frequenza, consistenza, sforzo, facilità di espulsione e sensazione di completo svuotamento.

I criteri Rome V per la stitichezza cronica mantengono un'impostazione multidimensionale. La diagnosi sintomatica richiede almeno due caratteristiche tra sforzo, feci dure o a palline, sensazione di evacuazione incompleta, sensazione di ostruzione anorettale, manovre manuali e meno di tre evacuazioni spontanee alla settimana; le feci liquide devono essere rare in assenza di lassativi e non devono essere soddisfatti i criteri per la sindrome dell'intestino irritabile. I criteri devono essere presenti negli ultimi tre mesi, con esordio dei sintomi almeno sei mesi prima.

Elemento dei criteri Rome V	Soglia orientativa
Sforzo evacuativo	In più del 25% delle evacuazioni
Feci dure o a palline	Bristol 1–2 in più del 25% delle evacuazioni
Svuotamento incompleto	In più del 25% delle evacuazioni
Sensazione di blocco anorettale	In più del 25% delle evacuazioni
Manovre manuali	In più del 25% delle evacuazioni
Evacuazioni spontanee	Meno di 3 alla settimana
Feci liquide	Rare senza lassativi

Il termine «spontanee» merita attenzione: un'evacuazione ottenuta dopo l'assunzione di un lassativo non descrive nello stesso modo la funzione intestinale di base. Allo stesso tempo, chi evacua ogni giorno soltanto con grande sforzo e con feci molto dure può avere una stipsi clinicamente rilevante.

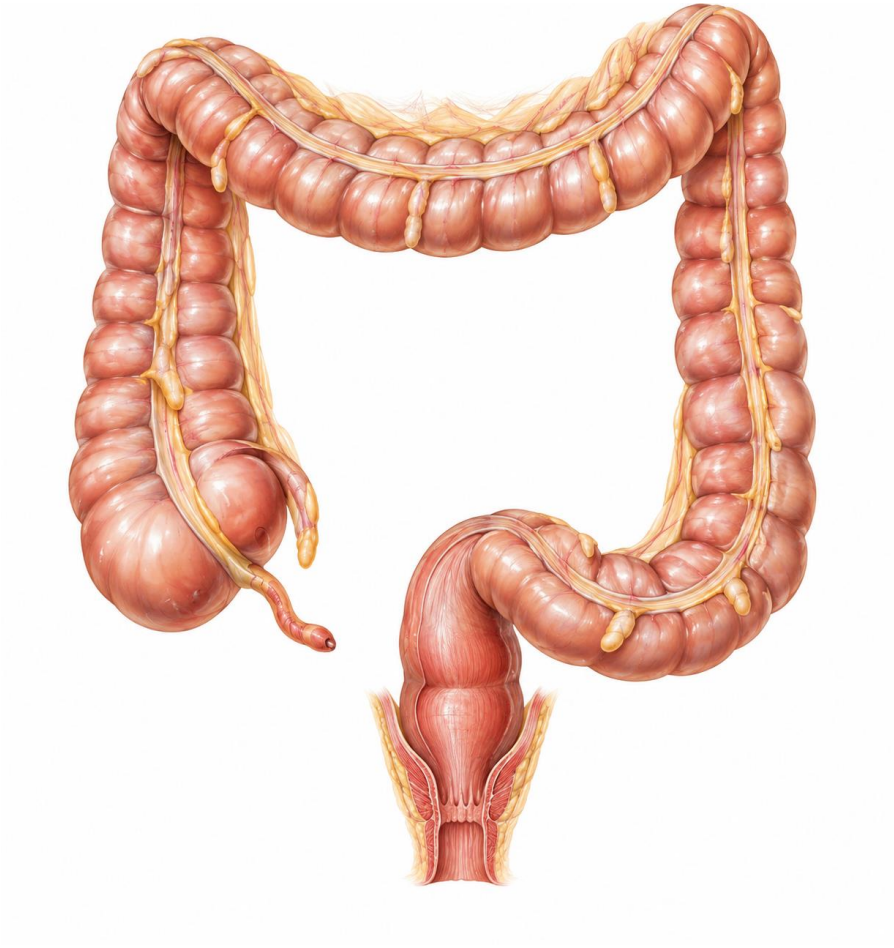
Stipsi e sindrome dell'intestino irritabile

La stitichezza può comparire come disturbo isolato oppure rientrare nella sindrome dell'intestino irritabile con stipsi. In quest'ultimo caso assume particolare rilievo il dolore addominale ricorrente, in relazione con la defecazione e con le modificazioni della frequenza o della forma delle feci. La distinzione orienta sia l'interpretazione dei sintomi sia la scelta degli interventi.

In sintesi — La stipsi non si misura soltanto con il calendario. Feci dure, sforzo, blocco, svuotamento incompleto e necessità di manovre o lassativi possono descrivere il problema meglio del semplice numero di evacuazioni.

2. Anatomia funzionale di colon, retto e pavimento pelvico

Il colon riceve il contenuto proveniente dall'ileo e lo trasforma gradualmente in materiale fecale attraverso assorbimento di acqua ed elettroliti, attività microbica e movimenti di mescolamento e propulsione. Cieco e colon ascendente partecipano in misura importante alla fermentazione; colon trasverso e discendente accompagnano il trasferimento e la progressiva concentrazione del contenuto; sigma e retto sono centrali nell'immagazzinamento e nell'evacuazione.



Anatomia del grosso intestino. L'immagine mette in evidenza cieco e appendice, colon ascendente, trasverso, discendente, sigma, retto e canale anale. Illustrazione anatomica realizzata per questa guida.

Retto, sfinteri e muscolo puborettale

Il retto svolge una funzione attiva nella fase finale della defecazione. La distensione della sua parete viene rilevata da recettori sensitivi e contribuisce alla comparsa dello stimolo. Lo sfintere anale interno è formato prevalentemente da muscolatura liscia e agisce in modo involontario; lo sfintere

esterno è sottoposto al controllo volontario. Il muscolo puborettale, appartenente al complesso del pavimento pelvico, avvolge la giunzione anorettale come una fionda e contribuisce alla formazione dell'angolo anorettale, importante per la continenza.

Durante un'evacuazione fisiologica il pavimento pelvico e il muscolo puborettale si rilassano mentre la pressione propulsiva aumenta in modo coordinato. Se la muscolatura si contrae nel momento in cui dovrebbe rilasciarsi, oppure se la spinta è insufficiente, le feci possono raggiungere il retto senza essere espulse facilmente. Per questo un disturbo dell'evacuazione richiede una lettura diversa rispetto a una semplice alterazione della consistenza fecale.

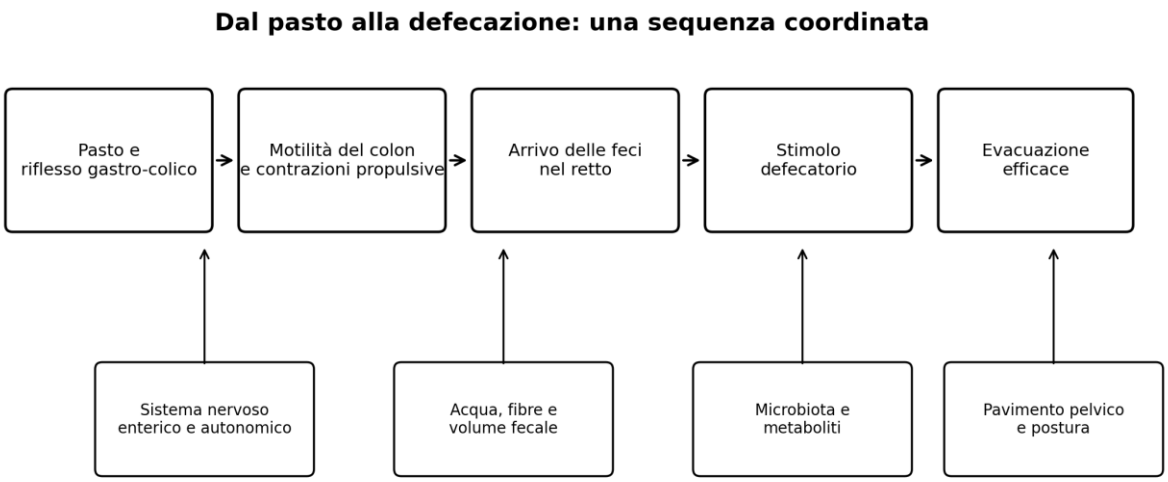


Sezione sagittale anorettale: retto, canale anale, sfinteri, muscolo puborettale e pavimento pelvico. L'angolo anorettale cambia con il rilassamento del puborettale durante l'evacuazione. Illustrazione realizzata per questa guida.

In sintesi — Colon, retto, sfinteri e pavimento pelvico partecipano allo stesso processo. Un transito colico adeguato, da solo, non assicura un'evacuazione efficace.

3. Come nasce lo stimolo: motilità e fisiologia della defecazione

La motilità del colon alterna contrazioni segmentarie, che favoriscono il rimescolamento, e contrazioni propulsive ad alta ampiezza, capaci di spostare il contenuto per tratti più lunghi. Queste ultime tendono ad aumentare al risveglio e dopo i pasti. Il riflesso gastro-colico non implica il passaggio immediato del cibo appena ingerito nel colon: l'ingresso di cibo nello stomaco e nel tratto prossimale attiva risposte neuro-ormonali che aumentano la motilità colica.



Sequenza funzionale che collega pasto, motilità colica, riempimento rettale e defecazione. Il sistema nervoso, la consistenza fecale, il microbiota e il pavimento pelvico modulano l'intero processo.

Sistema nervoso enterico e autonomia intestinale

Il sistema nervoso enterico è la rete neuronale propria della parete gastrointestinale e coordina numerose funzioni locali senza richiedere un controllo cosciente continuo. Il sistema nervoso autonomico modula questa attività. Stati di allerta o stress persistente possono modificare motilità, sensibilità viscerale e comportamento evacuativo. La stipsi non diventa per questo un disturbo «psicologico»: intestino, cervello e comportamento condividono circuiti regolatori che si influenzano reciprocamente.

Ignorare lo stimolo

Rimandare occasionalmente l'evacuazione è normale. Ripetere sistematicamente questo comportamento può invece ridurre l'attenzione allo stimolo e favorire una maggiore permanenza delle feci nel colon e nel retto. Più a lungo il contenuto rimane nel colon, più acqua può essere riassorbita e più le feci tendono a diventare dure e difficili da espellere.

In sintesi — La defecazione nasce dal coordinamento tra riflessi, motilità, stimolo rettale, pressione propulsiva e rilassamento del pavimento pelvico. La sola volontà non basta.

PARTE II – NON ESISTE UNA SOLA STIPSI

4. Stipsi a transito normale, rallentato e disturbo dell'evacuazione

Con il termine stipsi si descrivono quadri che possono avere meccanismi differenti. Riconoscere quello prevalente è essenziale, perché una strategia utile in una forma può risultare poco efficace o persino peggiorare i sintomi in un'altra.

Quadro	Caratteristiche tipiche	Implicazioni pratiche
Stipsi a transito normale	Frequenza talvolta ridotta, sensazione di difficoltà o feci dure ma transito colico nei limiti	Interventi su fibre, consistenza, abitudini e terapia sintomatica possono essere sufficienti
Stipsi a transito rallentato	Evacuazioni rare, scarso stimolo, progressione colica lenta	Può richiedere valutazione del transito e terapia farmacologica mirata; le fibre non sempre bastano
Disturbo dell'evacuazione	Sforzo marcato, blocco anorettale, sensazione di tappo, evacuazione incompleta, manovre manuali	La valutazione anorettale e il biofeedback del pavimento pelvico sono spesso centrali
Sindrome dell'intestino irritabile con stipsi	Stipsi associata a dolore addominale ricorrente e variazioni dell'alvo	Occorre considerare anche sensibilità viscerale e asse intestino-cervello
Stipsi indotta da oppioidi	Insorgenza o peggioramento con terapia oppioide	Richiede prevenzione e trattamento specifici, talvolta con farmaci antagonisti periferici dei recettori oppioidi

Dissinergia della defecazione

Nella dissinergia della defecazione la sequenza muscolare richiesta per espellere le feci è alterata: il pavimento pelvico può non rilassarsi o può contrarsi in modo paradosso durante la spinta. La diagnosi non deriva dai sintomi soltanto. La manometria anorettale, il test di espulsione del palloncino e, quando indicato, la defecografia permettono di documentare un'evacuazione compromessa.

La situazione è frequente nei soggetti che assumono molte fibre e lassativi senza ottenere uno svuotamento soddisfacente. Se il problema principale è l'espulsione, aumentare ulteriormente la massa fecale può accentuare gonfiore, pressione rettale e disagio.

In sintesi — Prima di intensificare il trattamento è utile capire dove si concentra la difficoltà: formazione delle feci, transito nel colon oppure espulsione anorettale.

5. Cause secondarie, farmaci e condizioni associate

La stipsi primaria o idiopatica è frequente ma un cambiamento nuovo o persistente richiede sempre di considerare possibili cause secondarie. La revisione dei farmaci assunti rappresenta una delle prime verifiche utili ed è ancora troppo spesso trascurata.

Categoria	Esempi	Meccanismo possibile
Farmaci	Oppioidi, anticolinergici, alcuni antidepressivi e antipsicotici, integratori di ferro o calcio, verapamil, antiacidi contenenti alluminio e agonisti del recettore del peptide-1 glucagone-simile (GLP-1)	Riduzione della motilità, variazioni della secrezione e dell'assorbimento, effetti sul sistema nervoso o sulla consistenza fecale; per alcuni farmaci l'effetto è dose- e soggetto-dipendente
Endocrino-metaboliche	Ipotiroidismo, ipercalcemia, diabete con neuropatia autonoma	Riduzione della motilità o alterazione neuro-muscolare
Neurologiche	Malattia di Parkinson, sclerosi multipla, lesioni midollari, neuropatie	Alterazione del controllo autonomico e della coordinazione ano-rettale
Strutturali/anorettali	Stenosi, prolasso, rettocele, dolore da ragade	Ostacolo, dolore e comportamento di ritenzione
Stile di vita	Immobilità, scarso apporto di fibre, dieta monotona, disidratazione, soppressione dello stimolo	Riduzione del volume fecale e/o della risposta motoria
Contesto clinico	Gravidanza, età avanzata, post-operatorio, cambi di routine	Fattori ormonali, meccanici, farmacologici e comportamentali

La presenza di una condizione associata non dimostra che essa rappresenti l'unica causa della stipsi. Più fattori possono sommarsi. A esempio, una persona può avere una tendenza al transito lento, assumere un farmaco costipante e sviluppare nel tempo anche un disturbo dell'evacuazione.

In sintesi — La revisione di farmaci, integratori, patologie associate e cambiamenti recenti può chiarire il quadro prima di ricorrere a trattamenti sintomatici più complessi.

6. Valutazione clinica: quando osservare e quando approfondire

La valutazione parte da una descrizione concreta del problema: epoca di esordio, numero di evacuazioni spontanee, tipo prevalente di feci, entità dello sforzo, eventuale dolore, sensazione di incompleto svuotamento e prodotti utilizzati. Quando indicato, l'esame obiettivo e una corretta

valutazione rettale possono aggiungere informazioni sulla funzione del pavimento pelvico e su possibili cause locali.

Segnali che richiedono attenzione medica

- sangue nelle feci non chiaramente attribuibile a una causa già nota e valutata;
- anemia, dimagrimento involontario o marcata astenia non spiegata;
- cambiamento recente e persistente dell'alvo, soprattutto se importante rispetto al proprio abituale;
- dolore significativo, febbre, vomito, addome molto disteso o impossibilità a emettere feci e gas;
- familiarità rilevante per neoplasie colorettali o mancato rispetto dei programmi di screening appropriati per età e rischio;
- stipsi resistente nonostante un tentativo ragionevole e ben condotto di trattamento.

Gli esami non sono uguali per tutti

Gli esami vanno scelti in funzione del quadro clinico. Emocromo, glicemia, calcio, funzione tiroidea e altri parametri possono essere indicati quando anamnesi e sintomi fanno sospettare cause metaboliche, endocrine o sistemiche. La colonscopia non è un esame di routine per la sola stipsi in assenza di segnali d'allarme, salvo che sia comunque prevista nell'ambito dello screening colorettale.

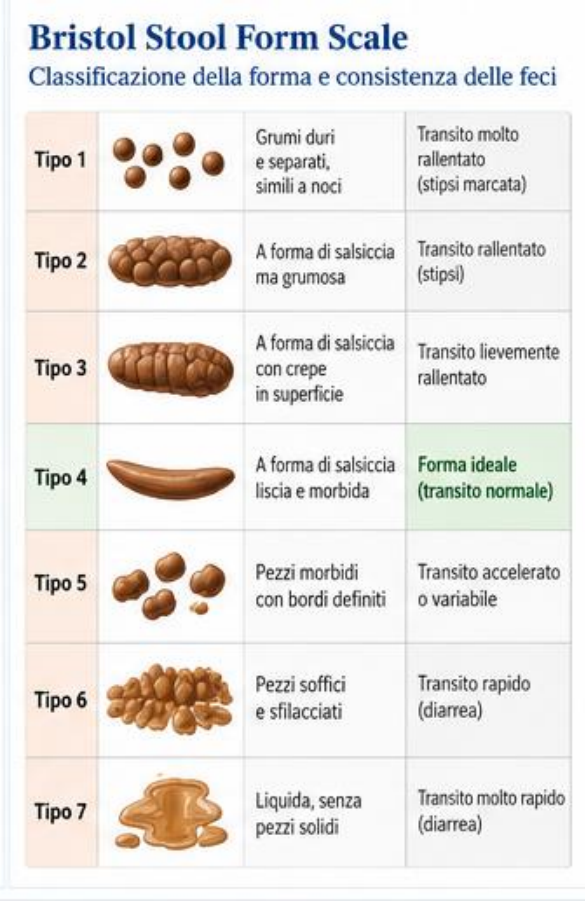
Se lassativi e misure iniziali non risultano efficaci, la manometria anorettale associata al test di espulsione del palloncino può individuare un disturbo dell'evacuazione. Se il disturbo non viene documentato, oppure se i sintomi persistono dopo un trattamento adeguato, si può procedere alla valutazione del transito colico. Le raccomandazioni più recenti sulla stipsi refrattaria insistono sulla necessità di riconoscere e trattare una possibile dissinergia prima di definire il quadro realmente refrattario.

In sintesi — La valutazione cerca il meccanismo prevalente e i fattori che lo sostengono nel tempo, senza forzare il quadro verso una sola causa.

PARTE III – IL LINGUAGGIO DELLE FECI

7. La scala di Bristol

La Bristol Stool Form Scale suddivide le feci in sette tipi in base a forma e consistenza. È nata come strumento semplice per descrivere il transito intestinale e facilita il confronto tra paziente e professionista. La scala descrive un aspetto del problema; la diagnosi richiede sempre il contesto clinico.



Rappresentazione illustrata della Bristol Stool Form Scale. La scala descrive forma e consistenza delle feci; non identifica da sola la causa di un disturbo intestinale.

Tipo Bristol	Descrizione	Interpretazione pratica più comune
1	Palline separate e dure, simili a noci	Spesso associato a transito lento e disidratazione del contenuto fecale
2	Forma a salsiccia ma grumosa	Tendenza alla stipsi; feci compatte e difficili da espellere
3	Salsiccia con crepe sulla superficie	Spesso compatibile con un transito abbastanza regolare

Tipo Bristol	Descrizione	Interpretazione pratica più comune
4	Salsiccia o serpente liscio e morbido	Generalmente considerato un profilo di consistenza favorevole
5	Pezzi morbidi con margini netti	Transito più rapido o ridotta formazione di feci compatte
6	Pezzi soffici con margini frastagliati, feci pastose	Transito rapido e minore riassorbimento di acqua
7	Acquose, senza parti solide	Diarrea o transito molto rapido; il contesto clinico è essenziale

I tipi 1 e 2 sono quelli che meglio corrispondono alla componente «feci dure» dei criteri per stitichezza. Il tipo 4 non rappresenta però un obiettivo obbligatorio quotidiano e un singolo episodio ha scarso valore interpretativo. Sono più utili il profilo abituale e le variazioni che persistono nel tempo.

Forma e frequenza non coincidono

La frequenza evacuativa e la forma delle feci raccontano aspetti diversi. Una persona può evacuare ogni giorno feci di tipo 1 e presentare comunque una stipsi clinicamente rilevante; un'altra può evacuare tre o quattro volte alla settimana feci morbide, senza sforzo e con piena sensazione di svuotamento, senza essere stitica. La scala di Bristol migliora la descrizione del quadro quando viene letta insieme agli altri parametri.

In sintesi — La scala di Bristol descrive soprattutto la consistenza e offre un'indicazione indiretta sul transito. Il significato clinico emerge quando viene associata a frequenza, sforzo, dolore e completezza dell'evacuazione.

8. Colore, odore, galleggiamento e altri segnali

Le feci contengono acqua, residui alimentari, batteri, cellule desquamate, sali, pigmenti biliari e prodotti del metabolismo microbico, quindi una certa variabilità è fisiologica. Più che attribuire un significato patologico a ogni cambiamento, è utile riconoscere le caratteristiche persistenti o associate ad altri segnali clinici.

Osservazione	Spiegazioni frequenti	Quando merita approfondimento
Marrone, tonalità variabili	Pigmenti derivati dalla bile e dieta	In genere fisiologico
Verde	Transito più rapido, verdure, coloranti	Se persistente con diarrea o altri sintomi
Molto chiaro, grigio-argilla	Ridotto arrivo di pigmenti biliari	Se persistente, soprattutto con urine scure o ittero

Osservazione	Spiegazioni frequenti	Quando merita approfondimento
Nero	Ferro, bismuto, alcuni alimenti; sangue digerito	Se catramoso, lucido, maleodorante o non spiegato da prodotti noti: valutazione urgente
Rosso	Barbabietola o coloranti; sangue distale	Sangue non spiegato o ricorrente richiede valutazione
Giallastro/untuoso	Dieta; eccesso di grassi; possibile maldigestione o malassorbimento	Se persistente, oleoso, difficile da sciacquare, con calo ponderale o altri sintomi
Muco visibile	Può comparire in piccole quantità	Se abbondante, persistente o associato a sangue/dolore

Galleggiano o affondano?

Il galleggiamento viene spesso interpretato come indice di grassi non assorbiti. La densità delle feci dipende però in larga misura anche dal contenuto di gas. Studi classici hanno mostrato che feci galleggianti di soggetti sani possono affondare dopo compressione o eliminazione del gas. Il solo galleggiamento non costituisce quindi un test di malassorbimento.

Il quadro cambia quando le feci sono persistentemente galleggianti, voluminose, untuose, difficili da sciacquare e particolarmente maleodoranti, soprattutto in presenza di dimagrimento o carenze nutrizionali. In quel contesto il medico può valutare una possibile steatorrea o altre cause di maldigestione e malassorbimento.

Odore

L'odore dipende da numerose molecole volatili prodotte durante la digestione e la fermentazione microbica. Alimentazione, quota proteica, velocità di transito, antibiotici e composizione del microbiota possono modificarlo. Un odore molto intenso isolato ha scarso valore diagnostico; acquista maggiore significato quando si associa a diarrea persistente, feci untuose, sangue, febbre o perdita di peso.

Quantità, residui e superficie

Il volume fecale tende ad aumentare con l'apporto di fibre e con la massa microbica. Residui vegetali riconoscibili possono essere del tutto fisiologici, soprattutto dopo alimenti ricchi di strutture fibrose. Una superficie molto secca e fessurata suggerisce un ridotto contenuto d'acqua. Piccole striature di sangue rosso vivo sulla carta possono derivare da ragadi o emorroidi ma, se nuove o ricorrenti, richiedono una valutazione adeguata prima di essere attribuite automaticamente a queste cause.

Calibro delle feci

Il calibro varia fisiologicamente in rapporto a consistenza, quantità, tono anorettale e modalità dell'evacuazione. Feci occasionalmente sottili o appiattite non consentono, da sole, di diagnosticare un restringimento del colon. Una variazione nuova e persistente, soprattutto se

associata a sangue, anemia, dimagrimento, dolore o altri segnali d'allarme, merita invece una valutazione medica.

In sintesi — Forma, colore, galleggiamento e odore sono indizi. La persistenza del cambiamento e l'associazione con altri sintomi hanno più valore del singolo episodio.

9. Il diario intestinale: trasformare impressioni in informazioni

La memoria delle proprie evacuazioni è meno precisa di quanto si pensi. Un diario di due o tre settimane aiuta a distinguere le impressioni dai pattern reali e rende più informativa anche un'eventuale visita. Non occorre registrare ogni dettaglio della giornata: pochi dati, annotati con continuità, sono sufficienti.

Dato	Come registrarlo
Data e ora	Momento dell'evacuazione
Spontanea o indotta	Senza aiuto / dopo lassativo, supposta, clistere o altro
Bristol	Tipo 1–7
Sforzo	Assente / lieve / moderato / marcato
Svuotamento	Completo / parziale / sensazione di blocco
Sintomi	Dolore, gonfiore, nausea, urgenza
Fattori contestuali	Viaggi, cambi di dieta, ciclo mestruale, farmaci nuovi, giornate sedentarie, stress marcato

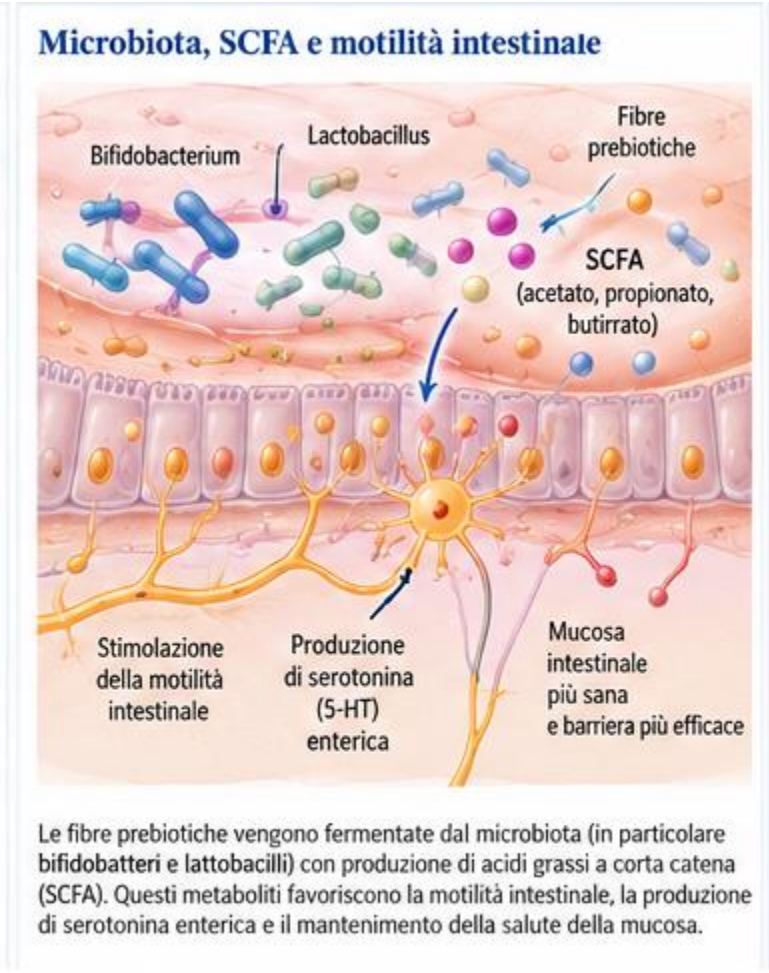
Il diario acquista particolare utilità quando si modifica un elemento alla volta. Cambiare nello stesso giorno alimentazione, integratori, lassativi e orari rende difficile capire quale intervento abbia prodotto un beneficio oppure un effetto indesiderato.

In sintesi — Un'osservazione strutturata aiuta a riconoscere l'andamento reale e rende più facile valutare l'effetto di una modifica alla volta.

PARTE IV – MICROBIOTA E TERRENO BIOLOGICO

10. Microbiota, bifidobatteri, metaboliti e motilità

Il microbiota colico partecipa alla trasformazione dei substrati che sfuggono alla digestione nel tenue. La fermentazione di fibre e altri carboidrati disponibili produce, tra gli altri metaboliti, acidi grassi a corta catena (SCFA, Short-Chain Fatty Acids), soprattutto acetato, propionato e butirrato. Queste molecole interagiscono con epitelio, sistema immunitario e rete neuroendocrina intestinale e possono contribuire alla regolazione dell'ambiente luminale e della motilità.



Microbiota e transito si influenzano reciprocamente. La permanenza delle feci modifica il substrato disponibile ai microrganismi; i metaboliti microbici possono a loro volta modulare mucosa e motilità.

Bifidobatteri: importanti ma non una spiegazione unica

I bifidobatteri appartengono a un gruppo microbico coinvolto nella fermentazione dei carboidrati, nella produzione di metaboliti e nelle interazioni con l'ecosistema intestinale. Alcuni studi sulla stipsi hanno rilevato differenze nella composizione microbica rispetto ai controlli, senza individuare una firma universale valida per ogni persona. Va inoltre ricordato che il microbiota fecale non coincide

perfettamente con quello aderente alla mucosa e che la sua composizione varia con dieta, età, farmaci e velocità di transito.

Anche per i probiotici la risposta dipende dal ceppo. Bifidobacterium animalis subsp. lactis HN019, dove HN019 identifica lo specifico ceppo probiotico, offre un esempio significativo: studi precedenti avevano suggerito possibili benefici in alcuni sottogruppi, mentre un ampio studio randomizzato pubblicato nel 2024 non ha mostrato un vantaggio clinicamente significativo rispetto al placebo nell'aumento delle evacuazioni spontanee complete. L'espressione generica «bifidobatteri contro la stipsi» risulta quindi troppo ampia rispetto alle evidenze disponibili.

Metano e intestinal methanogen overgrowth

In una parte dei soggetti con stipsi si osserva una produzione elevata di metano. La definizione intestinal methanogen overgrowth (IMO, sovracrescita intestinale di metanogeni) è più precisa rispetto a small intestinal bacterial overgrowth (SIBO, sovracrescita batterica del piccolo intestino) «da metano», perché i principali produttori di metano appartengono agli Archaea e non ai batteri. Studi recenti e meta-analisi associano l'IMO a una maggiore prevalenza e severità della stipsi e a un transito più lento, senza dimostrare che il metano rappresenti l'unico meccanismo coinvolto.

In sintesi — Microbiota e transito si condizionano reciprocamente. Questa relazione rende poco plausibili sia le spiegazioni monocausali sia i protocolli probiotici validi per tutti.

11. Stasi fecale e microbiota: un rapporto bidirezionale

Quando il transito rallenta, il contenuto colico rimane più a lungo a contatto con la comunità microbica. I carboidrati fermentabili facilmente disponibili possono ridursi progressivamente e aumenta il tempo disponibile per le trasformazioni proteolitiche e per il metabolismo degli acidi biliari. Si modificano anche pH, disponibilità di acqua e consistenza del contenuto. Una stipsi cronica può quindi modificare il microbiota anche quando la disbiosi non era presente all'inizio.

Questo rapporto bidirezionale impone prudenza nell'interpretazione delle analisi del microbiota. Una composizione alterata può precedere il transito rallentato, esserne una conseguenza oppure rappresentarne un semplice correlato. Il dato diventa più informativo quando viene letto insieme a sintomi, dieta, farmaci, antibiotici recenti e caratteristiche dell'alvo.

Conseguenze della stipsi prolungata

Le complicanze più frequenti derivano soprattutto dallo sforzo evacuativo e dalla durezza delle feci: ragadi anali, peggioramento delle emorroidi, dolore, fecaloma e, in alcuni casi, incontinenza da sovrariempimento. Una spinta eccessiva mantenuta nel tempo può contribuire a disfunzioni del pavimento pelvico e al prolasso nei soggetti predisposti. Ulcerazioni stercoracee e perforazione sono rare ma mostrano come una stipsi molto grave non debba essere considerata sempre un disturbo banale.

Fecaloma e incontinenza da sovrariempimento

Il fecaloma è una massa di feci molto dure e compattate, spesso localizzata nel retto o nel colon distale. Può comparire dopo stipsi severa o prolungata, immobilità, disidratazione, malattie neurologiche o uso di farmaci costipanti. Può causare dolore, senso di peso, difficoltà a evacuare e, nei quadri importanti, distensione o ostruzione.

Un segno che può trarre in inganno è la cosiddetta incontinenza o diarrea da sovrariempimento: materiale liquido filtra attorno al fecaloma e può simulare una diarrea. In questa situazione l'aumento empirico dei farmaci antidiarroici può essere controproducente. Il sospetto di fecaloma, soprattutto nell'anziano o nel soggetto neurologico, richiede una valutazione clinica e un trattamento appropriato.

Gonfiore, senso di peso, timore di evacuare fuori casa e dipendenza da rituali o lassativi possono incidere anche sulla qualità di vita, modificando alimentazione, attività fisica e vita sociale. Il trattamento dovrebbe quindi mirare a un'evacuazione prevedibile, non traumatica e compatibile con la quotidianità, oltre che al semplice aumento della frequenza.

In sintesi — Migliorare il transito può modificare anche l'ecosistema intestinale. L'approccio di terreno considera perciò il sistema nel suo insieme e non un singolo dato microbiologico.

PARTE V – RITROVARE LA REGOLARITÀ

12. Fibre e alimentazione: quantità, qualità e tolleranza

Le fibre aumentano il volume fecale, trattengono acqua e forniscono substrati al microbiota ma differiscono molto per struttura ed effetti. Le fibre solubili e viscose, come lo psillio, possono migliorare consistenza e regolarità in modo più prevedibile rispetto ad alcune fibre molto fermentabili. Crusca e altre fibre insolubili aumentano la massa fecale e, nelle persone sensibili, possono accentuare gonfiore e discomfort.

Aumentare gradualmente

Un passaggio brusco da una dieta povera di fibre a grandi quantità di crusca, semi e legumi è una causa frequente di scarsa tolleranza. Intestino e microbiota richiedono tempo per adattarsi. Un incremento progressivo consente di valutare la risposta individuale; un aumento rapido può invece provocare gas e distensione e far sembrare inefficace un intervento che, introdotto diversamente, potrebbe essere meglio tollerato.

Intervento alimentare	Perché può aiutare	Limiti o attenzioni
Psillio	Fibra solubile viscosa, aumenta acqua e massa fecale	Introdurre gradualmente e con liquidi adeguati; può dare gonfiore
Kiwi	Fibre, acqua e componenti che possono favorire la funzione intestinale	Studi clinici suggeriscono beneficio in alcuni soggetti; non è una “cura” universale
Prugne	Fibre e sorbitolo con effetto osmotico	Possono aumentare gas e crampi in persone sensibili
Legumi	Fibre e substrati fermentabili	Ottimi alimenti ma la dose va adattata alla tolleranza
Verdura e frutta varia	Volume, acqua, fibre e micronutrienti	La varietà conta più dell’ossessione per un singolo alimento
Cereali integrali	Fibre e struttura alimentare meno raffinata	Non sempre ben tollerati in grandi quantità; aumentare progressivamente

Quando più fibre possono peggiorare

Nella stipsi a transito molto rallentato e nei disturbi dell’evacuazione, l’aumento della massa fecale non migliora sempre l’espulsione. Se compaiono sensazione di tappo, svuotamento incompleto e maggiore gonfiore dopo l’incremento delle fibre, è più utile rivalutare il meccanismo del disturbo che continuare ad aumentare la dose.

Anche una dieta molto restrittiva può ridurre il residuo fecale. Accade, a esempio, nelle persone che eliminano numerose categorie alimentari nel tentativo di controllare il gonfiore. La riduzione del substrato e del volume può finire per attenuare ulteriormente lo stimolo evacuativo.

In sintesi — Le fibre sono uno strumento da dosare in base al tipo, alla quantità, alla progressione e al meccanismo prevalente della stipsi.

13. Acqua, movimento, postura, sonno e sistema nervoso

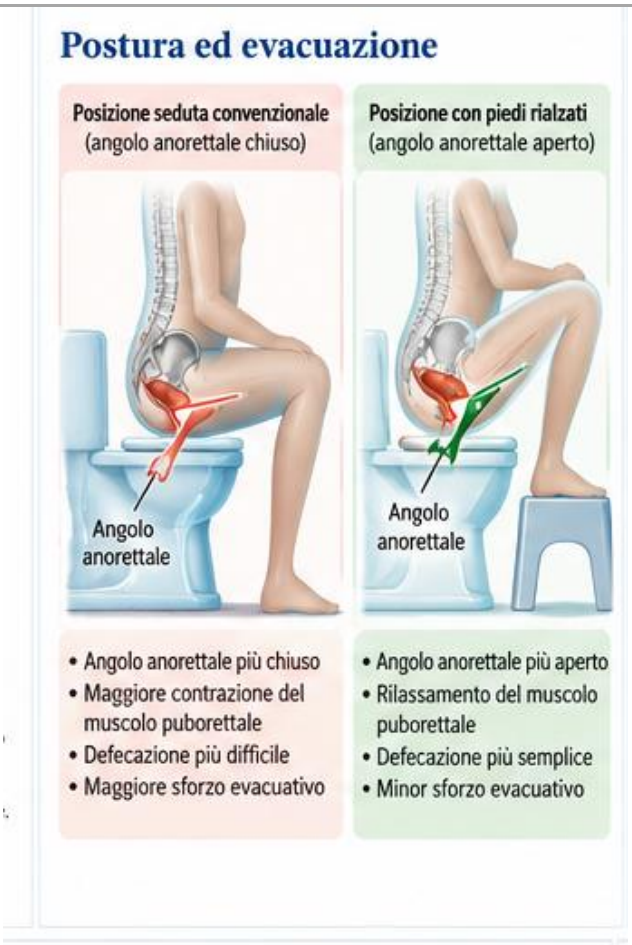
Idratazione: correggere la carenza, non inseguire litri

Un'idratazione adeguata aiuta le fibre a svolgere la loro funzione e limita l'eccessiva disidratazione del contenuto fecale. Bere quantità molto elevate di acqua non risolve però automaticamente la stipsi quando l'idratazione è già sufficiente. Ha più senso correggere un eventuale deficit e distribuire i liquidi nella giornata in rapporto a clima, attività fisica, alimentazione e condizioni cliniche.

Movimento e sedentarietà

L'attività fisica regolare si associa a una migliore funzione intestinale in molte persone. Camminare, alternare le posture e mantenere una buona mobilità del tronco riduce anche il tempo trascorso in immobilità. Nessun esercizio è in grado di «spingere» meccanicamente le feci lungo tutto il colon; il movimento contribuisce piuttosto al contesto autonomico, circadiano e metabolico che sostiene la motilità.

Postura sul water



Confronto anatomico-funzionale tra seduta convenzionale e posizione con piedi rialzati. Una maggiore flessione delle anche può facilitare l'apertura dell'angolo anorettale e ridurre lo sforzo in alcune persone; non corregge da sola una dissinergia del pavimento pelvico.

Una posizione stabile, con i piedi appoggiati, il tronco leggermente inclinato in avanti e una respirazione libera, può facilitare l'evacuazione. Un piccolo rialzo sotto i piedi aumenta la flessione delle anche e può essere utile. Lo sforzo prolungato e ripetuto aumenta invece la pressione sul pavimento pelvico e non compensa una coordinazione alterata.

Sonno, ritmi circadiani e rituale mattutino

Il colon segue una marcata organizzazione circadiana: l'attività propulsiva si riduce durante il sonno e aumenta al risveglio e dopo i pasti. Sonno irregolare, turni e pasti disordinati possono quindi spostare il momento in cui compare lo stimolo. Sfruttare il periodo successivo alla colazione o a un altro pasto, senza forzare, aiuta alcune persone a ricostruire una routine coerente con il riflesso gastro-colico.

Massaggio addominale

Una meta-analisi pubblicata nel 2025 ha osservato che il massaggio addominale può aumentare la frequenza evacuativa e migliorare alcuni sintomi negli adulti con stipsi cronica. Gli studi disponibili sono però eterogenei. Il massaggio può essere considerato un supporto non invasivo, senza sostituire la diagnosi o i trattamenti necessari nei quadri più severi.

In sintesi — La regolarità dipende anche da orari, movimento, postura, risposta allo stimolo e qualità del sonno. L'alimentazione è importante ma non esaurisce il problema.

14. Probiotici, prebiotici e nutraceutica: cosa sappiamo davvero

«Probiotico» non identifica una terapia unica. Un risultato ottenuto con un determinato ceppo, a una certa dose e per una specifica durata non può essere trasferito automaticamente a prodotti differenti. Nella stipsi questa distinzione è particolarmente importante, perché gli studi mostrano risultati variabili.

Probiotici

Alcuni ceppi di Bifidobacterium e Lactobacillus sono stati studiati per frequenza evacuativa, consistenza e tempo di transito. Nel complesso, alcuni prodotti sembrano aiutare una parte dei soggetti, mentre l'effetto medio resta modesto e non tutti i trial sono positivi. La scelta dovrebbe quindi basarsi sul ceppo e sull'evidenza specifica più che sul numero complessivo di miliardi di microrganismi riportato in etichetta.

Prebiotici

Inulina, frutto-oligosaccaridi e altri substrati fermentabili possono aumentare i bifidobatteri e la produzione di metaboliti; nelle persone sensibili possono però accentuare gas e distensione. In presenza di stipsi associata a gonfiore importante, la tolleranza individuale conta quanto il potenziale effetto prebiotico.

Magnesio e altri strumenti

I sali di magnesio condividono un possibile effetto osmotico ma non sono intercambiabili. Contano la quota che rimane nel lume, la dose e la formulazione. Nella stipsi idiopatica cronica le prove randomizzate considerate dalle linee guida congiunte dell'American Gastroenterological Association e dell'American College of Gastroenterology (AGA-ACG) riguardano soprattutto il magnesio ossido. Citrato e solfato sono invece impiegati soprattutto come lassativi salini nella stitichezza occasionale. I risultati ottenuti con una forma non vanno dunque estesi automaticamente alle altre.

Oli, tisane, aloe, cascara e miscele depurative vengono spesso assunti in autonomia. Composizione e potenza possono variare e alcuni preparati contengono sostanze stimolanti. Nella scelta contano la prevedibilità dell'effetto, le evidenze disponibili e la sicurezza nel singolo soggetto più dell'origine «naturale» del prodotto.

Citrato di magnesio: uso lassativo e limiti

Nelle formulazioni lassative orali il citrato di magnesio richiama acqua nel lume intestinale e favorisce l'idratazione delle feci. Può facilitare l'evacuazione in tempi relativamente brevi ed è indicato soprattutto nella stitichezza occasionale e per periodi brevi. Questo impiego va distinto dalla normale integrazione di magnesio: dosi, concentrazioni e finalità sono differenti. Nella stipsi idiopatica cronica le linee guida si basano invece soprattutto sugli studi condotti con magnesio

ossido. Il citrato conserva dunque un ruolo pratico importante quando serve un intervento osmotico occasionale, senza rappresentare una terapia di riferimento per ogni forma di stipsi cronica.

In presenza di insufficienza renale, rischio di disidratazione, dolore addominale non spiegato, nausea, vomito o sospetta occlusione l'uso dei sali di magnesio richiede particolare cautela. Le formulazioni lassative possono inoltre interferire con l'assorbimento di altri farmaci; per il citrato le indicazioni del prodotto raccomandano spesso di distanziare gli altri medicinali di almeno due ore. Se l'impiego diventa frequente o prolungato, è più utile rivalutare la causa della stipsi che aumentare semplicemente la frequenza del lassativo.

Ossido e solfato di magnesio

Per il magnesio ossido esistono studi randomizzati specifici nella stipsi idiopatica cronica. Le linee guida AGA-ACG formulano una raccomandazione condizionale e richiamano il rischio di ipermagnesemia nei pazienti con insufficienza renale. Il solfato di magnesio, noto anche come sale inglese o sale di Epsom quando destinato a questo impiego, agisce anch'esso come lassativo salino osmotico nelle formulazioni orali dedicate. Il suo spazio è soprattutto nella stitichezza occasionale; non va confuso con una normale integrazione minerale né trasformato in un uso quotidiano protratto.

PHGG, gomma d'acacia e semi di lino

La PHGG (Partially Hydrolyzed Guar Gum, gomma di guar parzialmente idrolizzata) è una fibra solubile a bassa viscosità, fermentabile e con attività prebiotica. Alcuni studi hanno rilevato miglioramenti della consistenza, del transito o dei sintomi in persone con stipsi o sindrome dell'intestino irritabile con stipsi; altri non hanno mostrato un ulteriore aumento della frequenza evacuativa rispetto a una dieta già ricca di fibre. Dal punto di vista pratico si disperde facilmente e può essere introdotta con gradualità anche quando fibre più viscose o molto fermentabili sono poco tollerate.

La gomma d'acacia, o gomma arabica, è una fibra solubile a fermentazione relativamente lenta con proprietà prebiotiche. In uno studio randomizzato condotto in persone con sindrome dell'intestino irritabile con stipsi, 10 g al giorno per quattro settimane hanno aumentato la frequenza evacuativa rispetto al placebo; nello stesso studio non sono emerse modificazioni significative della consistenza o della massa fecale. Può quindi rappresentare una fibra complementare, soprattutto quando si vuole intervenire anche sull'ecosistema microbico, senza considerarla un sostituto universale dello psillio.

I semi di lino macinati forniscono fibre solubili e insolubili, mucillagini e lipidi. Studi randomizzati hanno riportato miglioramenti della frequenza evacuativa e di alcuni sintomi di stipsi, anche se quantità impiegate e popolazioni studiate non sono uniformi. La macinazione ne rende più semplice l'utilizzo rispetto al seme intero. Conviene introdurli progressivamente e associarli a un apporto adeguato di liquidi. In presenza di transito molto rallentato o di un disturbo dell'espulsione, l'aumento della massa fecale richiede la stessa cautela indicata per le altre fibre.

Sostanza / forma	Meccanismo prevalente	Dati utili	Limiti e attenzioni
Magnesio citrato	Lassativo salino osmotico; richiama acqua nel lume.	Soprattutto per stitichezza occasionale e uso breve; effetto relativamente rapido nelle formulazioni lassative.	I trial sulla stipsi cronica riguardano soprattutto l'ossido. Prudenza nell'insufficienza renale e attenzione alle distanze dagli altri farmaci.
Magnesio ossido	Effetto osmotico della quota che rimane nel lume.	Forma studiata in trial randomizzati sulla stipsi idiopatica cronica e considerata nelle linee guida AGA-ACG.	Prove non numerose; nell'insufficienza renale aumenta il rischio di ipermagnesemia.
Magnesio solfato	Lassativo salino osmotico; richiama acqua nel lume.	Può essere usato per la stitichezza occasionale nelle formulazioni orali dedicate.	Non è una terapia cronica di prima scelta; attenzione a funzione renale, equilibrio idro-elettrolitico e interazioni.
Psillio	Fibra solubile viscosa che trattiene acqua e aumenta la massa fecale.	Tra le fibre meglio documentate per regolarità e consistenza.	Aumentare gradualmente e assumere con liquidi adeguati; può accentuare gonfiore o senso di blocco.
PHGG	Fibra solubile a bassa viscosità, fermentabile e prebiotica.	Spesso studiata intorno a 10-11 g/die; possibili benefici su transito, consistenza o sintomi.	Risultati non uniformi; non tutti gli studi mostrano maggiore frequenza evacuativa.
Gomma d'acacia	Fibra solubile a fermentazione relativamente lenta con attività prebiotica.	In uno studio su IBS-C, 10 g/die per quattro settimane hanno aumentato la frequenza evacuativa.	Nello stesso studio consistenza e massa fecale non sono cambiate in modo significativo; prove ancora limitate.
Semi di lino macinati	Fibre e mucillagini aumentano ritenzione di acqua e volume fecale.	Alcuni trial riportano miglioramenti di frequenza e sintomi; quantità studiate variabili.	Introdurre gradualmente; nell'evacuazione ostruita troppa massa fecale può aumentare il disagio.
Inulina / frutto-oligosaccaridi (FOS)	Fibre fermentabili con attività prebiotica.	Aumentano i substrati fermentabili e possono favorire alcuni gruppi microbici.	Gas e distensione possono limitarne la tollerabilità.

Il criterio di scelta non dovrebbe essere l'origine «naturale» del prodotto. Occorre prima chiarire l'obiettivo: ammorbidire feci dure, aumentare la massa, sostenere il microbiota, ottenere un effetto occasionale relativamente rapido oppure correggere un disturbo dell'espulsione. Quest'ultimo problema, in particolare, non si risolve semplicemente aggiungendo fibre o lassativi osmotici.

In sintesi — Sali di magnesio, fibre funzionali, prebiotici e probiotici possono essere utili quando la scelta parte dal meccanismo della stipsi. Il citrato di magnesio trova spazio soprattutto come lassativo salino nella stitichezza occasionale; l'ossido è la forma con studi randomizzati specifici nella stipsi idiopatica cronica. PHGG, gomma d'acacia e semi di lino sono opzioni differenti per caratteristiche, tollerabilità e solidità delle prove.

15. Lassativi, farmaci e biofeedback: strumenti, non scorciatoie

I lassativi vengono talvolta evitati per principio. In realtà possono essere strumenti efficaci e sicuri quando la scelta tiene conto del meccanismo, delle condizioni cliniche e della durata necessaria. L'uso intermittente e disordinato di prodotti diversi può invece favorire l'alternanza tra feci dure e diarrea senza affrontare il problema prevalente.

Classe	Esempi	Ruolo generale
Formanti massa	Psillio e altre fibre	Aumentano volume e acqua fecale; richiedono tolleranza e liquidi adeguati
Osmotici	Polietilenglicole (PEG), lattulosio, magnesio ossido	Richiamano o trattengono acqua nel lume; il polietilenglicole (PEG) ha una forte raccomandazione nelle linee guida congiunte dell'American Gastroenterological Association e dell'American College of Gastroenterology (AGA-ACG) per la stipsi idiopatica cronica
Stimolanti	Bisacodile, sodio picosolfato, senna	Aumentano secrezione e attività propulsiva; bisacodile/picosolfato sono fortemente raccomandati per uso breve o di salvataggio
Secretagoghi	Linaclotide, plecanatide, lubiprostone	Aumentano secrezione intestinale attraverso specifici bersagli; impiego su prescrizione
Procinetici selettivi	Prucalopride	Prucalopride è un agonista del recettore serotoninergico 5-idrossitriptamina di tipo 4 (5-HT4), farmaco procinetico utilizzato in casi appropriati dopo il fallimento di opzioni da banco
Terapie per stipsi da oppioidi	Antagonisti periferici dei recettori μ-oppioidi in casi selezionati	Agiscono sul meccanismo farmacologico della stipsi da oppioidi

Supposte, microclismi, clisteri e irrigazione transanale

Gli interventi rettali agiscono sul segmento terminale e possono essere utili quando le feci sono già presenti nel retto, come trattamento di salvataggio oppure all'interno di programmi strutturati. Supposte e microclismi hanno in genere un'azione locale e relativamente rapida; i clisteri impiegano volumi maggiori e richiedono maggiore attenzione alla composizione e alla frequenza d'uso.

L'irrigazione transanale è una procedura più strutturata, riservata soprattutto a casi selezionati di disfunzione intestinale neurogena o di stipsi refrattaria dopo valutazione specialistica e addestramento. Supposte, microclismi, clisteri e irrigazione transanale non sono strumenti equivalenti e l'uso cronico o intensivo richiede una chiara indicazione, una tecnica corretta e la conoscenza di controindicazioni ed effetti indesiderati.

Biofeedback del pavimento pelvico

Nel disturbo della defecazione il biofeedback interviene direttamente sulla coordinazione muscolare. Attraverso sensori e addestramento guidato, il soggetto impara a sincronizzare la spinta addominale con il rilassamento del pavimento pelvico. Le linee guida lo preferiscono ai lassativi quando è presente una dissinergia, perché agisce sul meccanismo che ostacola l'espulsione.

Il mito della dipendenza

Il timore che qualunque lassativo renda inevitabilmente «pigro» l'intestino porta alcune persone a convivere per anni con evacuazioni dolorose o fecalomi. Il rischio reale dipende dal tipo di sostanza, dalla dose, dalla durata e dal contesto clinico. È più razionale utilizzare il minimo intervento efficace, rivalutarne periodicamente l'indicazione e correggere le cause modificabili, evitando sia l'abuso sia il rifiuto pregiudiziale della terapia farmacologica.

In sintesi — Lassativi e farmaci possono rientrare pienamente in un approccio integrato. La loro utilità dipende dalla corretta indicazione, dal meccanismo d'azione e dal livello di supervisione necessario.

16. Situazioni particolari: età, gravidanza, neurologia e oppioidi

Età avanzata

Con l'età aumentano diversi fattori che favoriscono la stipsi: minore attività fisica, comorbilità, politerapia, ridotta percezione dello stimolo e disturbi neurologici. La stipsi non va comunque considerata una conseguenza inevitabile dell'invecchiamento. La revisione di farmaci, dieta, idratazione, mobilità e capacità evacuativa può far emergere elementi modificabili.

Gravidanza

La gravidanza può favorire stipsi attraverso modificazioni ormonali, riduzione della motilità, cambi dietetici, supplementi di ferro e, nelle fasi più avanzate, fattori meccanici. La scelta di farmaci o integratori deve essere concordata con il professionista che segue la gravidanza, evitando il fai-da-te con prodotti stimolanti o miscele erboristiche.

Patologie neurologiche

Nelle lesioni midollari, nelle neuropatie e in alcune malattie neurodegenerative, la stipsi può rientrare in una disfunzione intestinale neurogena. La gestione può richiedere orari programmati, stimolazione rettale, supposte, microclismi o altri interventi strutturati. In questo contesto il solo consiglio di aumentare le fibre risulta spesso insufficiente.

Oppioidi

Gli oppioidi riducono la motilità e la secrezione intestinale e aumentano il tono degli sfinteri. La stipsi può comparire rapidamente e spesso persiste, perché la tolleranza intestinale agli effetti degli oppioidi è limitata. Nei pazienti che devono proseguire la terapia analgesica è opportuno prevenire il problema e ricorrere, quando necessario, a trattamenti mirati.

In sintesi — Età, gravidanza, patologie neurologiche e uso di oppioidi modificano il contesto clinico e richiedono strategie più personalizzate rispetto alla stipsi occasionale.

17. Un approccio integrato e personalizzato

La medicina del terreno cerca di ricostruire le condizioni biologiche e comportamentali nelle quali il sintomo compare e di individuare quelle modificabili. Nella stipsi il terreno comprende consistenza fecale, motilità, coordinazione anorettale, dieta, microbiota, farmaci, idratazione, attività fisica, ritmi circadiani e percezione dello stimolo. La lettura integrata permette di evitare sia spiegazioni monocausali sia interventi applicati in modo indistinto.

Una sequenza pratica

1. Definire il problema: frequenza, Bristol, sforzo, incompleto svuotamento, blocco, manovre e durata.
2. Cercare segnali d'allarme, cambiamenti recenti e possibili cause secondarie o farmacologiche.
3. Distinguere, per quanto possibile, feci dure da transito rallentato e da difficoltà di espulsione.
4. Correggere gradualmente alimentazione, fibre, idratazione, movimento, routine e risposta allo stimolo.
5. Utilizzare, quando indicato, lassativi o altri farmaci con una logica di meccanismo e non per tentativi casuali.
6. Considerare valutazione anorettale e biofeedback se predominano blocco, sforzo e incompleto svuotamento o se la terapia standard fallisce.
7. Integrare microbiota e nutraceutica solo con obiettivi realistici, specificando ceppi, sostanze e criteri di risposta.
8. Rivalutare il risultato: un trattamento è utile se rende l'evacuazione più facile e sostenibile, non solo se aumenta il numero di scariche.

Che cosa significa "regolarità"

La regolarità non richiede necessariamente un'evacuazione quotidiana. Conta piuttosto una frequenza compatibile con la fisiologia individuale, associata a feci di consistenza adeguata, sforzo

limitato, assenza di dolore e una ragionevole sensazione di svuotamento. Questa impostazione evita sia di banalizzare la stipsi sia di trasformare l'alvo in un parametro da controllare in modo ossessivo.

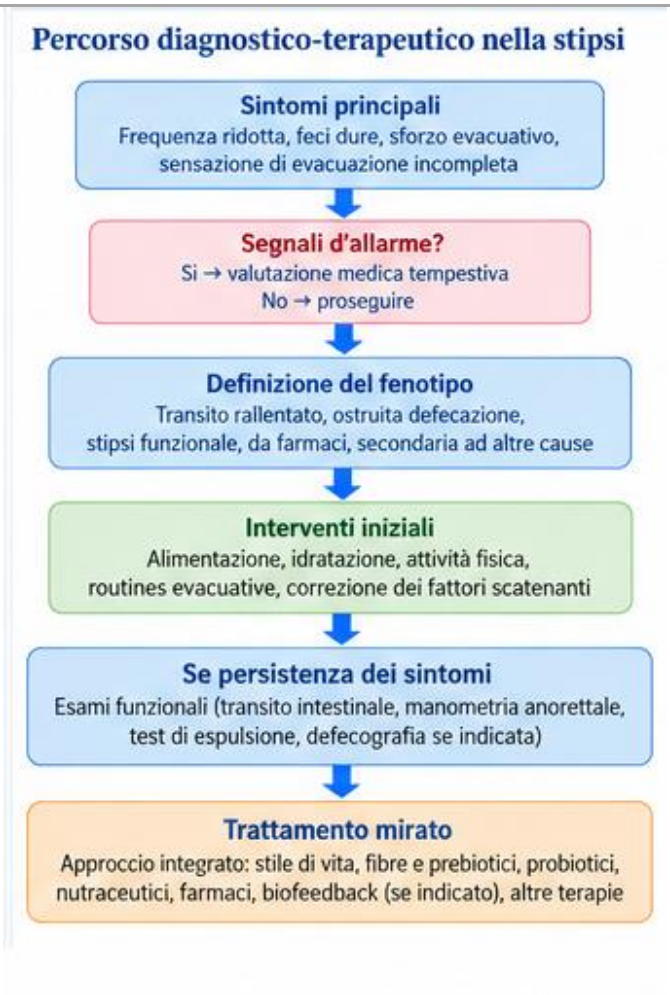
In sintesi — Una strategia funziona quando corrisponde al meccanismo prevalente ed è sostenibile nel tempo. La regolarità descrive una funzione, non un numero fisso.

18. Quando la stipsi diventa refrattaria

La definizione di stipsi refrattaria si applica, in termini pratici, quando i sintomi persistono nonostante interventi adeguati, sufficientemente prolungati e coerenti con il fenotipo clinico. Prima di aggiungere nuovi rimedi occorre verificare aderenza, dosi, durata, presenza di farmaci costipanti, possibili disturbi dell'evacuazione e correttezza della diagnosi.

Quando prevalgono sforzo, senso di blocco o incompleto svuotamento, la manometria anorettale e il test di espulsione del palloncino aiutano a individuare una dissinergia. Se il quadro rimane poco chiaro, in casi selezionati possono essere indicati la defecografia e lo studio del transito colico. Nei pazienti con transito molto rallentato e sintomi severi, la documentazione oggettiva del rallentamento deve precedere qualsiasi strategia invasiva.

La gestione segue una progressione: correzione delle cause secondarie e dello stile di vita, terapia farmacologica adeguata, biofeedback quando indicato e successiva valutazione delle opzioni avanzate. Procedure invasive o chirurgiche appartengono a percorsi specialistici e richiedono una selezione rigorosa, perché la presenza contemporanea di disfunzione del pavimento pelvico, dolore o altri disturbi può modificare in modo sostanziale il risultato.



Percorso orientativo nella stipsi persistente: identificare segnali d'allarme, definire il fenotipo, utilizzare interventi iniziali coerenti e ricorrere agli esami funzionali quando i sintomi persistono.

In sintesi — La refrattarietà emerge dopo il fallimento di un percorso ben condotto, non dopo una semplice successione di prodotti. Prima di intensificare la terapia vanno ricontrollati meccanismo, aderenza, cause secondarie e funzione anorettale.

Messaggi chiave

- La stipsi è definita da un insieme di sintomi; la frequenza da sola non basta.
- Feci dure, transito lento e difficoltà di espulsione sono problemi diversi e richiedono strategie diverse.
- La scala di Bristol aiuta a descrivere la consistenza delle feci ma non sostituisce una diagnosi.
- Feci che galleggiano dipendono spesso dal gas. Il sospetto di malassorbimento nasce soprattutto quando galleggiamento, untuosità, odore molto intenso e altri sintomi sono persistenti e associati.
- Microbiota e transito hanno una relazione bidirezionale: la stasi modifica l'ecosistema e l'ecosistema può influenzare la motilità.
- I bifidobatteri sono biologicamente rilevanti ma i probiotici devono essere valutati ceppo per ceppo; non esiste un prodotto universalmente efficace.
- Aumentare le fibre è spesso utile ma può peggiorare gonfiore e difficoltà in caso di transito molto lento o disturbo dell'evacuazione.
- Il pavimento pelvico è parte centrale della defecazione. Quando è dissinergico, il biofeedback può essere più importante dei lassativi.
- Acqua, movimento, sonno, routine e risposta allo stimolo fanno parte della terapia del terreno ma non sostituiscono le terapie necessarie.
- Lassativi e farmaci sono strumenti terapeutici: la scelta dipende da meccanismo, efficacia, sicurezza e supervisione necessaria.
- La finalità non è "andare ogni giorno" ma evacuare in modo efficace, non traumatico e compatibile con la fisiologia individuale.

Glossario

Termine	Definizione
5-HT4	5-idrossitriptamina di tipo 4: sottotipo di recettore della serotonina coinvolto anche nella motilità gastrointestinale; è il bersaglio procinetico della prucalopride.
AGA-ACG	American Gastroenterological Association – American College of Gastroenterology: società scientifiche che hanno pubblicato linee guida congiunte sulla terapia farmacologica della stipsi idiopatica cronica.
Alvo	Insieme delle caratteristiche delle evacuazioni: frequenza, consistenza, quantità e modalità.
Biofeedback	Tecnica riabilitativa che fornisce un segnale visivo o acustico sull'attività muscolare per migliorare il controllo e la coordinazione, particolarmente utile nella dissinergia del pavimento pelvico.
Bristol Stool Form Scale	Scala in sette tipi che descrive forma e consistenza delle feci; viene utilizzata come indicatore pratico del transito.
CSBM	Complete Spontaneous Bowel Movement: evacuazione spontanea completa, cioè senza lassativo immediatamente precedente e con sensazione di completo svuotamento.
Dissinergia della defecazione	Alterata coordinazione tra spinta e rilassamento del pavimento pelvico durante il tentativo di evacuazione.
Fecaloma	Massa di feci dure e compattate, spesso localizzata nel retto o nel colon distale.
FOS	Frutto-oligosaccaridi: carboidrati a corta catena fermentabili, utilizzati anche come fibre prebiotiche; in soggetti sensibili possono aumentare gas e distensione.

Termine	Definizione
GLP-1	Glucagon-Like Peptide-1, peptide-1 glucagone-simile. Gli agonisti del suo recettore sono farmaci metabolici che, in alcuni soggetti, possono rallentare la motilità gastrointestinale e favorire stipsi.
HN019	Designazione di uno specifico ceppo probiotico di Bifidobacterium animalis subsp. lactis studiato anche in relazione alla funzione intestinale.
IMO	Intestinal Methanogen Overgrowth: eccessiva presenza/attività di microrganismi metanogeni intestinali, appartenenti agli Archaea; associata in diversi studi a stipsi e transito più lento.
Manometria anorettale	Esame che misura pressioni, riflessi e coordinazione di retto e canale anale.
Microbiota	Insieme dei microrganismi che colonizzano un ambiente; nel colon comprende batteri, Archaea, virus e altri microrganismi.
Pavimento pelvico	Complesso muscolare e fasciale che sostiene gli organi pelvici e partecipa a continenza e defecazione.
PEG	Polietilenglicole: lassativo osmotico che trattiene acqua nel lume intestinale.
PHGG	Partially Hydrolyzed Guar Gum, gomma di guar parzialmente idrolizzata: fibra solubile a bassa viscosità, fermentabile e con attività prebiotica, studiata anche nella stipsi e nella sindrome dell'intestino irritabile con stipsi.
Peristalsi	Sequenza coordinata di contrazioni che contribuisce alla progressione del contenuto nel tubo digerente.

Termine	Definizione
Puborettale	Muscolo del pavimento pelvico che avvolge la giunzione anorettale e contribuisce all'angolo anorettale e alla continenza.
SBM	Spontaneous Bowel Movement: evacuazione spontanea, non immediatamente indotta da un lassativo.
SCFA	Short-Chain Fatty Acids, acidi grassi a corta catena prodotti soprattutto dalla fermentazione microbica, tra cui acetato, propionato e butirrato.
SIBO	Small Intestinal Bacterial Overgrowth: sovracrescita batterica del piccolo intestino. Non coincide con l'IMO, che riguarda microrganismi metanogeni appartenenti soprattutto agli Archaea.
Steatorrea	Eccessiva presenza di grassi nelle feci, che possono apparire untuose, voluminose e difficili da sciacquare; richiede valutazione delle possibili cause.
Stipsi a transito rallentato	Forma di stipsi caratterizzata da progressione colica lenta.
Tenesmo/evacuazione incompleta	Sensazione persistente di dover evacuare o di non avere svuotato completamente il retto.
Transito colico	Tempo e modalità con cui il contenuto percorre il colon.

Bibliografia

1. Rome Foundation. Rome V Criteria. Chronic Constipation and Dyssynergic Defecation criteria. 2026. theromefoundation.org.
2. Chang L, Chey WD, Imdad A, et al. AGA-ACG Clinical Practice Guideline: Pharmacological Management of Chronic Idiopathic Constipation. American Journal of Gastroenterology. 2023;118:936-954.
3. Staller K, Neshatian L, Lembo A, Bharucha AE. AGA Clinical Practice Update on Evaluation and Management of Refractory Constipation. Gastroenterology. 2026.
4. Lewis SJ, Heaton KW. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. Scandinavian Journal of Gastroenterology. 1997;32:920-924.
5. Probert CJ, Emmett PM, Heaton KW. Intestinal transit time in the population calculated from self-made observations of defecation. Journal of Epidemiology and Community Health. 1993;47:331-335.
6. Bharucha AE, Dorn SD, Lembo A, Pressman A. American Gastroenterological Association medical position statement on constipation. Gastroenterology. 2013;144:211-217.
7. Ibarra A, Latreille-Barbier M, Donazzolo Y, Pelletier X, Ouwehand AC. Effects of 28-day Bifidobacterium animalis subsp. lactis HN019 supplementation on colonic transit time and gastrointestinal symptoms in adults with functional constipation. Gut Microbes. 2018;9:236-251.
8. Cheng J, et al. Eight-Week Supplementation With Bifidobacterium lactis HN019 and Functional Constipation: A Randomized Clinical Trial. JAMA Network Open. 2024;7:e2436888.
9. Mehravar S, Takakura W, Wang J, Pimentel M, Nasser J, Rezaie A. Symptom Profile of Patients With Intestinal Methanogen Overgrowth: A Systematic Review and Meta-analysis. Clinical Gastroenterology and Hepatology. 2025;23:1111-1122.e9.
10. Talamantes S, Steiner F, Spencer S, Neshatian L, Sonu I. Intestinal Methanogen Overgrowth Is Associated with Delayed Small Bowel and Colonic Transit Time on the Wireless Motility Capsule. Digestive Diseases and Sciences. 2024;69:3361-3368.
11. Huang S-Y, Chiao C-Y, Chien L-Y. Effectiveness of abdominal massage on chronic constipation in adults: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Nursing Studies. 2025;161:104936.
12. British Dietetic Association. Guidelines for the Dietary Management of Chronic Constipation in Adults. 2025.
13. Levitt MD, Duane WC. Floating Stools—Flatus versus Fat. New England Journal of Medicine. 1972;286:973-975.
14. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Constipation and digestive health information resources. NIH.
15. American College of Gastroenterology. Constipation & Defecation Problems; evidence-based clinical resources.
16. U.S. National Library of Medicine. MedlinePlus Drug Information. Magnesium Citrate. 2026.
17. U.S. National Library of Medicine. DailyMed. Magnesium citrate oral solution and magnesium sulfate USP (Epsom salt): OTC saline laxative labeling. 2026.
18. Russo L, Andreozzi P, Zito FP, et al. Partially hydrolyzed guar gum in the treatment of irritable bowel syndrome with constipation: effects of gender, age, and body mass index. Saudi Journal of Gastroenterology. 2015;21:104-110.
19. Takahashi H, Wako N, Okubo T, Ishihara N, Yamanaka J, Yamamoto T. Influence of partially hydrolyzed guar gum on constipation in women. Journal of Nutritional Science and Vitaminology. 1994;40:251-259.

20. JanssenDuijghuijsen L, van den Belt M, Rijnaarts I, et al. Acacia fiber or probiotic supplements to relieve gastrointestinal complaints in patients with constipation-predominant IBS: a randomized double-blind placebo-controlled trial. European Journal of Nutrition. 2024;63:1983-1994.

21. Sun J, Bai H, Ma J, et al. Effects of flaxseed supplementation on functional constipation and quality of life in a Chinese population: a randomized trial. Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition. 2020;29:61-67.

22. Soltanian N, Janghorbani M. A randomized trial of the effects of flaxseed to manage constipation, weight, glycemia, and lipids in constipated patients with type 2 diabetes. Nutrition & Metabolism. 2018;15:36.

L'Autore



Giovanni Chetta

Biochimico, fisiologo e biofisico, con una formazione multidisciplinare nelle scienze biomediche e numerosi percorsi di alta specializzazione nell'ambito della fisiologia, nutrizione, nutraceutica, fitoterapia, biomeccanica.

L'intero percorso professionale si è sviluppato in ambito medico, in costante collaborazione con medici specialisti e altri professionisti sanitari. Questa esperienza gli ha consentito di coniugare il rigore delle scienze di base con le esigenze della pratica clinica, sviluppando una visione integrata dei meccanismi fisiologici e fisiopatologici che regolano l'organismo umano.

Dal 1988 si dedica allo studio del metabolismo, dell'infiammazione cronica, della bioenergetica cellulare e delle interazioni tra i sistemi che mantengono l'omeostasi.

La sua attività è orientata a integrare le conoscenze della fisiologia classica con le più recenti evidenze della ricerca scientifica, promuovendo un approccio che considera la terapia farmacologica e gli interventi sul terreno biologico come strumenti complementari di un'unica strategia terapeutica.

«Biochimica, fisiologia e biofisica compongono il linguaggio della medicina: comprenderne i meccanismi aumenta la consapevolezza riguardo salute, malattia e cura.»

giovannichetta.com

Copyright e note legali

Versione 1.0 – 2026

© 2026 Giovanni Chetta. Tutti i diritti riservati.

È vietata la riproduzione, anche parziale, del presente documento senza preventiva autorizzazione scritta dell'Autore, salvo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di diritto d'autore.

Le informazioni contenute in questa guida hanno finalità esclusivamente divulgative ed educative e non sostituiscono il parere del medico o di altri professionisti sanitari qualificati. Ogni decisione diagnostica o terapeutica deve essere presa nell'ambito di una valutazione clinica individuale.

Questa guida potrà essere periodicamente aggiornata alla luce delle nuove evidenze scientifiche. La versione riportata in copertina o frontespizio e/o in questa pagina identifica il testo di riferimento.