

**Terapia del sonno
nel bambino:
tra luci e ombre
a pag. 27**



Sommario





COSIsiFA

COSIsiFA ora è anche formazione per i cittadini	3
---	---

Editoriale

<i>One Health</i> e resistenza antimicrobica: tre mondi, un solo problema (e una sola via d'uscita)	5
---	---

News

 Vaccinare i bambini aiuta anche a ridurre l'uso di antibiotici	8
Paracetamolo e ibuprofene per la febbre e il dolore	10
 La perdita dei capelli con i farmaci antitumorali	13
Usare i cannabinoidi per la nausea e il vomito da chemioterapia?	16
 Dopo l'intervento di cataratta è utile un collirio a base di antibiotico?	18
Troppi antibiotici nel mondo per gli animali d'allevamento	20
 Ridurre o sospendere i farmaci negli anziani: quali benefici?	22
L'importanza dell'aderenza alle terapie nelle malattie croniche	24

Multimedia

I podcast di COSIsiFA	26
-----------------------	----

Minidossier

Terapia del sonno nel bambino: tra luci e ombre	27
---	----

<i>La produzione di InFarmaco.it</i>	34
--------------------------------------	----

COSIsiFA ora è anche formazione per i cittadini

Come anticipato nel precedente numero del bimestrale InFarmaco in questo mese di dicembre ha visto la luce il primo corso di formazione a distanza rivolto ai cittadini nell'ambito del progetto COSIsiFA. L'obiettivo è di informare e promuovere scelte consapevoli sui farmaci per la salute.

Il corso affronta un tema di grande attualità e rilevanza: le **vaccinazioni in età pediatrica**, un argomento che riguarda tutti, non solo i genitori, ma l'intera comunità.

Accedere al corso è facile, basta collegarsi alla piattaforma Formars (www.formars.it), registrarsi compilando una semplice scheda e poi cliccare sul titolo del corso per ritrovarsi automaticamente al suo interno.

La scelta del tema

Per la formazione del cittadino si è scelto di iniziare dalle vaccinazioni pediatriche.

Le vaccinazioni sono uno degli strumenti più efficaci per prevenire malattie gravi fin dalla prima infanzia, tanto che nel corso degli anni hanno contribuito a salvare milioni di bambini nel mondo. Nonostante la loro comprovata efficacia e sicurezza, circolano spesso informazioni errate o fuorvianti, che possono minare la fiducia nei vaccini. Da qui nasce l'idea di questo corso: fornire informazioni corrette, affidabili e comprensibili, aiutando i cittadini a orientarsi e a compiere scelte informate per la salute dei bambini.

Formazione chiara e coinvolgente

Il corso prevede 7 moduli ciascuno arricchito da schede di approfondimento, videopresentazioni, videoclip animate e giochi enigmistici, pensati per imparare divertendosi. Si capisce così come funzionano le vaccinazioni e perché sono importanti per l'intera comunità, perché occorre fare i richiami e rispettare il calendario vaccinale.



Si chiariscono anche i controlli di sicurezza cui sono sottoposti i vaccini prima della somministrazione e in quali casi ci siano controindicazioni temporanee o permanenti alla vaccinazione.

Ampio spazio è dedicato anche alle domande più frequenti e ai falsi miti sulle vaccinazioni, temi spesso oggetto di dubbi e disinformazione che non devono essere considerati un tabù, ma affrontati in modo trasparente. Tra questi:

- Perché vaccinare i bambini contro malattie che sono quasi scomparse?
- Tanti vaccini tutti insieme? Non è troppo?
- Perché vaccinare i bambini di pochi mesi? Non è meglio aspettare?
- È vero che i vaccini contengono sostanze pericolose?
- Le presunte malefatte dei vaccini: morte in culla e autismo, cosa c'è di vero?
- Vaccini e microchip: qualcuno ci spia?
- Vaccini e *Big Pharma*: chi ci guadagna?

Il corso fornisce infine indicazioni su dove reperire informazioni affidabili e propone uno sguardo ai più recenti progressi della ricerca in ambito vaccinale.

Un lavoro di squadra

La realizzazione del corso è stata possibile grazie al contributo di professionisti dell'IRCCS Materno Infantile Burlo Garofolo di Trieste, del Centro Regionale di Farmacovigilanza e Farmacoepidemiologia della Regione Campania e dell'Università degli Studi di Bari, coordinati dal gruppo di lavoro di COSIsiFA dedicato alla formazione.

Un ringraziamento va anche ai Dipartimenti di Prevenzione della Regione Friuli Venezia Giulia e della Provincia Autonoma di Trento per la revisione dei materiali.

Vaccinare bimbi e bimbe: una scelta consapevole Corso FAD per Cittadini/e

DESCRIZIONE

Perché seguire questo corso sulle vaccinazioni in età pediatrica?

Le vaccinazioni sono uno degli strumenti più efficaci per proteggerci da malattie anche gravi fin dalla prima infanzia. Nonostante la loro comprovata efficacia, periodicamente circolano informazioni errate o fuorvianti che possono minare la fiducia in uno strumento prezioso, che nel corso degli anni ha contribuito a prevenire milioni di morti di bambini nel mondo. Questo corso si propone di fare chiarezza sul tema delle vaccinazioni in età pediatrica, offrendo informazioni affidabili e comprensibili per aiutarvi a prendere decisioni consapevoli sulla salute dei bambini.

Che cosa imparerai seguendo questo corso

Seguendo il corso potrai capire meglio come funzionano le vaccinazioni e perché sono importanti non solo per i tuoi figli o nipoti, ma anche per l'intera comunità.



Corso gratuito: aperto a tutti

[Accedi](#) o [Registrati](#) per accedere al corso



***One Health* e resistenza antimicrobica: tre mondi, un solo problema (e una sola via d'uscita)**

Filippo Drago
Università di Catania

Si ha l'impressione che la resistenza antimicrobica (dopo COVID-19 forse l'emergenza sanitaria più grave per il nostro Paese degli ultimi tempi) venga fronteggiata dagli addetti ai lavori con la stessa leggerezza con cui è stata determinata negli ultimi cinquant'anni con la prescrizione di antibiotici per qualunque banalità sintomatologica, dal sospetto mal di gola al "non si sa mai". Ma la resistenza antimicrobica non è solo una questione clinica. È un fenomeno biologico ed ecologico complessivo, che interessa esseri umani, animali e ambiente con una penetranza che le nostre politiche sanitarie, ancora spesso strutturate a compartimenti stagni, riescono a stento a delimitare.

L'acquisizione ormai condivisa è che la resistenza antimicrobica si sviluppa dove l'impiego di antimicrobici è eccessivo o inappropriato su persone e animali, fondamentalmente a causa di schemi terapeutici basati su una scarsa appropriatezza prescrittiva e la somministrazione di questi farmaci a dosi sub-terapeutiche negli allevamenti di animali per uso alimentare. Le conseguenze non sono teoriche e comprendono infezioni più difficili da trattare, con un

aumento di morbidità e mortalità, degenze ospedaliere più prolungate e costi sanitari più elevati. Ed è oggi ben noto che, nei contesti sociali a più basso reddito, la combinazione di accesso diseguale alle cure, farmaci di qualità variabile e infrastrutture sanitarie insufficienti può persino amplificare l'emergere e la diffusione di resistenze antimicrobiche per un maggiore ricorso ai farmaci antimicrobici come "terapia rifugio".

L'impatto sull'ambiente non è meno preoccupante. Per decenni abbiamo trattato il nostro *habitat* come una scenografia passiva, senza tenere in conto che invece esso costituisce un enorme serbatoio di microrganismi sottoposti a continue pressioni mutazionali che inducono resistenza agli antimicrobici. Suolo e acqua, inoltre, ricevono continue sollecitazioni inquinanti per l'uso indiscriminato di questi farmaci in ambito clinico e zootecnico, e da scarichi civili e industriali. Basti pensare alla quantità di antibiotici e altri prodotti farmaceutici che si ritrova nelle acque reflue e nei fiumi che attraversano le principali città del nostro Paese. Questo significa che la pressione mutazionale sui batteri patogeni non avviene solo in ospedale o in stalla, ma anche in fiumi, laghi, coste e sistemi di trattamento delle acque.

Un caso molto inquietante è quello della plastisfera. I rifiuti plastici che ormai si ritrovano in diversi *setting* ambientali favoriscono la formazione di *biofilm* e possono funzionare da vettori fisici che favoriscono lo sviluppo di batteri resistenti all'interno di ecosistemi acquatici. La chimica superficiale delle plastiche e il loro "invecchiamento" possono aumentare l'adsorbimento di antibiotici, sostenendo la selezione di geni di resistenza agli antibiotici (*antibiotic resistance genes*).

Il quadro diventa ancora più allarmante se si considera il ruolo della temperatura e del cambiamento climatico nell'accelerare questi processi. Una visione nuova che si propone come approccio globale del problema è quella di *One Health*, una cornice concettuale e operativa nata per riconoscere e studiare una realtà biologica elementare: la salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi è interdipendente e non può essere mantenuta con operazioni a compartimenti stagni. La definizione più efficace è quella proposta dall'One Health High-Level Expert Panel, il Comitato composto dalle quattro organizzazioni che hanno competenza in materia: la FAO, il Programma delle Nazioni Unite per l'Ambiente (UNEP), l'OMS e l'Organizzazione Mondiale per la Salute Animale.



One Health si qualifica come un approccio integrato e unificante volto a bilanciare e ottimizzare in modo sostenibile la salute di persone, animali e ambiente.

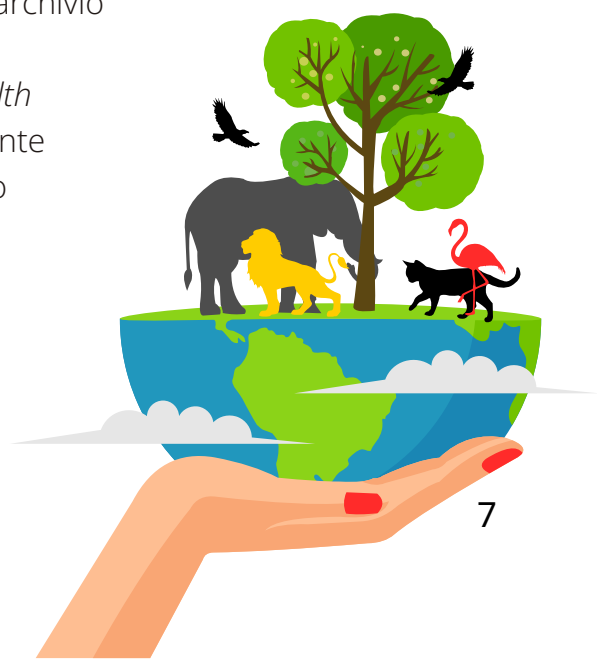
La lezione più utile che ci proviene da *One Health* è quella di spostare la logica d'intervento sul problema della resistenza antimicrobica da una strategia reattiva ad una strategia preventiva: non basta cercare di riparare i danni quando si manifestano, ma serve intervenire sulle cause a monte che favoriscono l'emergere delle minacce sanitarie, inclusa la resistenza antimicrobica.

Questo allinea *One Health* a una visione moderna di sicurezza sanitaria, dove la sorveglianza non riguarda soltanto i patogeni noti ma anche i fattori che rendono probabile la loro diffusione e trasformazione. Sul piano operativo, infatti, la sorveglianza *One Health* richiede la collaborazione reale tra operatori della salute umana e veterinaria, della sicurezza alimentare, della tutela dell'ambiente e, in ultima analisi, della biosfera. A questo proposito, vale ricordare che l'UE ha maturato una tradizione strutturata nel monitoraggio di zoonosi e resistenze antimicrobiche, avendo stabilito vari livelli di obbligatorietà nella raccolta di dati e rapporti trasversali tra agenzie competenti.

Se vogliamo che *One Health* sia più di una dichiarazione d'intenti, serve che i responsabili della sanità pubblica intervengano con determinazione sui sistemi reali per attuare una gestione responsabile e coordinata delle risorse in medicina umana e veterinaria con obiettivi misurabili e controlli rigorosi. È anche urgente concretizzare una sorveglianza ambientale integrata su acque, suoli, siti industriali e agricoli, e quindi promuovere una ricerca orientata alle interfacce biologiche come quella di plastica-geni di resistenza-biofilm-clima, che oggi rappresentano moltiplicatori silenziosi di rischio.

One Health diventerà realmente efficiente solo quando ammetteremo che la resistenza antimicrobica non si sviluppa per errori consumati in un solo luogo: l'ospedale è un nodo del problema, non l'intera rete; la zootecnia è un sistema moltiplicatore, non il punto di origine; l'ambiente è un archivio dinamico di pressioni selettive e trasferimenti genetici, non lo sfondo del problema. Se vogliamo che *One Health* sia una strategia e non un'etichetta, dobbiamo finalmente misurare e governare la resistenza antimicrobica lungo tutta la filiera uomo-animale-ambiente.

Vedi anche la News Troppi antibiotici nel mondo per gli animali da allevamento a pag. 20



Pediatria 

Vaccinare i bambini aiuta anche a ridurre l'uso di antibiotici



Una buona copertura vaccinale non protegge solo i bambini da malattie potenzialmente pericolose, ma contribuisce anche a ridurre l'uso degli antibiotici e quindi a contrastare il fenomeno della resistenza agli antibiotici.

I dati su vaccinazioni e uso di antibiotici

Uno studio condotto negli Stati Uniti su quasi sette milioni di bambini sotto i cinque anni d'età ha analizzato l'andamento delle vaccinazioni e dell'uso degli antibiotici tra il 2000 e il 2019.

In questo arco di tempo, la percentuale di bambini vaccinati contro alcune malattie comuni dell'infanzia – come

influenza, pertosse, difterite, polmonite e *Haemophilus influenzae* – è aumentata dal 32,5% al 66,8%.

Parallelamente l'uso degli antibiotici si è significativamente ridotto.

Il calo è stato particolarmente marcato per alcune classi di farmaci molto utilizzate, come i macrolidi, il cui impiego si è quasi dimezzato, e gli antibiotici ad ampio spettro. Anche le infezioni respiratorie trattate con antibiotici nel bambino, come sinusiti e faringiti, sono diminuite sensibilmente.

Macrolidi e antibiotici ad ampio spettro

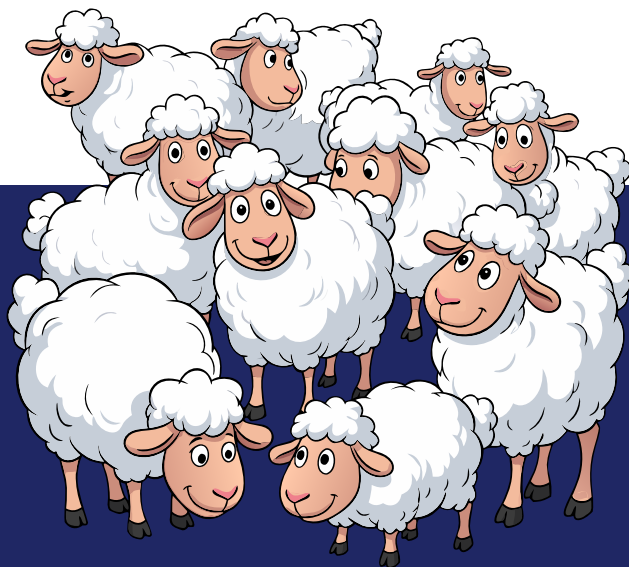
I macrolidi e gli antibiotici ad ampio spettro sono tra i farmaci più usati,

ma anche tra quelli che più facilmente favoriscono la comparsa di batteri resistenti. Per questo l'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda di utilizzarli solo quando strettamente necessari.

I risultati dello studio d'oltreoceano suggeriscono che la vaccinazione contribuisca concretamente a contrastare l'antibiotico resistenza, un problema che riguarda la salute di tutti.

In pratica

L'importanza di vaccinare i bambini piccoli va al di là del beneficio per il singolo. Oltre a ridurre il rischio di contrarre malattie infettive gravi e al vantaggio di difendere in questo modo anche i bambini fragili che non possono essere vaccinati si ottiene anche una riduzione dell'uso degli antibiotici. Ciò contrasta la diffusione dell'antibiotico resistenza. L'adesione al Piano di prevenzione vaccinale è quindi fondamentale.



Bibliografia

Eiden A, Liu Q, et al. Temporal trends in vaccination and antibiotic use among young children in the United States, 2000-2019. Antimicrob Steward Health Epidemiol 2025; <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-025-13109-6#Fun>

Conflitti di interesse: Presenza di lievi conflitti di interesse



Paracetamolo e ibuprofene per la febbre e il dolore

Sebbene la febbre sia una condizione frequente nel bambino, è spesso fonte di preoccupazione per i genitori, che si rivolgono al pediatra per sapere come gestirla al meglio.

Lo stesso vale per il dolore, che può presentarsi in forme più o meno intense e soprattutto nei bambini più piccoli è difficile comprenderne l'intensità.

Secondo la Società Italiana di Pediatria, i pediatri di famiglia si trovano ogni giorno a fornire indicazioni pratiche ai genitori per queste due condizioni che spesso richiedono la somministrazione di farmaci.

Per rendere più appropriate le prescrizioni sono state elaborate linee

guida e raccomandazioni specifiche (vedi le linee guida per la gestione della febbre e le linee guida per la gestione del dolore acuto nel bambino).

Linee guida e consigli degli specialisti

Ma le indicazioni che i pediatri danno ogni giorno ai genitori sono sempre coerenti con quanto raccomandato nelle linee guida? Uno studio italiano ha provato a verificare l'operato dei pediatri somministrando loro un questionario anonimo.

Sono stati coinvolti, tra luglio e ottobre 2024, 900 pediatri di famiglia, di questi hanno risposto 244 specialisti fornendo indicazioni sulle proprie abitudini prescrittive e sulla percezione di efficacia

e di sicurezza dei farmaci più utilizzati. È stata quindi valutata la coerenza del loro comportamento con quanto raccomandato dalle linee guida.

I farmaci più usati per la febbre e il dolore

Coerentemente con le linee guida paracetamolo e ibuprofene sono i due principi attivi che vengono più prescritti dai pediatri di famiglia in Italia sia per la febbre sia per il dolore.

In particolare in caso di febbre nel bambino il 96% dei medici opta come prima scelta per il paracetamolo, in quanto viene percepito come più sicuro (82% dei rispondenti), in caso di dolore la prima scelta rimane il paracetamolo, ma cresce la percentuale di pediatri che preferisce somministrare come prima scelta l'ibuprofene (26%),



soprattutto in caso di dolore moderato-grave o in presenza di malattie infiammatorie.

Dosaggi e correttezza nella prescrizione

Il 64% dei pediatri prescrive dosaggi corretti per entrambi i farmaci, ma il 40% non modifica il dosaggio a seconda che si tratti di febbre o dolore contrariamente a quanto indicato nelle linee guida. Per il dolore infatti le linee guida raccomandano di iniziare con una dose iniziale maggiore, pari a 20 mg/kg, a differenza dei 10 mg/kg raccomandati per la febbre. Inoltre, i pediatri che lavorano nelle aree rurali sembrano più propensi a prescrivere dosaggi più alti di quanto viene raccomandato. In un terzo dei casi i pediatri preferiscono alternare i due farmaci a disposizione, paracetamolo e ibuprofene per la febbre, pratica non raccomandata dalle linee guida, mentre il 15% utilizza l'alternanza anche per trattare il dolore.





In pratica

La maggioranza dei pediatri di famiglia italiani si attiene alle raccomandazioni delle linee guida, tuttavia ci sono anche comportamenti non sempre aderenti a quanto consigliato, suggerendo l'importanza di interventi formativi mirati, con l'obiettivo di ridurre il rischio di errori terapeutici e garantire un'assistenza pediatrica più sicura e uniforme.

Bibliografia

Biasucci G, Capra M, et al. Fever and pain in Italian children: what pediatrician really do. Life 2025; <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12300738/>

Conflitti di interesse: Assenza di conflitti di interesse

Oncologia 

La perdita dei capelli con i farmaci antitumorali



La perdita dei capelli (scientificamente chiamata alopecia) è una delle conseguenze più evidenti di molte terapie antitumorali, con impatto sulla salute mentale, sull'autostima, sulla propria immagine corporea, sulla sessualità e sulla vita sociale della persona. Si può fare qualcosa per prevenirla e per favorire la ricrescita dei capelli una volta terminata la terapia? Le risposte vengono da una revisione della letteratura scientifica condotta da un gruppo di medici statunitensi.

I farmaci chemioterapici che causano alopecia

I chemioterapici sono i farmaci antitumorali che più spesso causano la perdita parziale o completa dei capelli.

Si stima che si verifichi nel 65% dei casi, e in particolare:

- i taxani (come il paclitaxel e il docetaxel), usati per molti tipi di cancro, da quello dell'endometrio al tumore del polmone, dal tumore della mammella al tumore della vescica, dal tumore della prostata al tumore dello stomaco, sono i farmaci che più spesso causano una alopecia, con una frequenza superiore all'80% dei casi
- le antracicline (come la doxorubicina e la daunorubicina), usate per molti tipi di cancro, dalle leucemie ai sarcomi, dal tumore della mammella al tumore della vescica, causano frequentemente alopecia, si stima che si verifichi tra il 60 e il 100% dei casi

- gli agenti alchilanti (come la ciclofosfamide), usati per molti tipi di cancro, dal tumore della mammella alle leucemie, dai linfomi al mieloma, dal cancro dell'ovaio al retinoblastoma, causano alopecia nel 60% dei casi e più
- gli antimetaboliti (come il 5-fluorouracile e la capecitabina), usati per molti tipi di cancro, dal tumore della mammella al tumore dell'esofago, dai tumori genito-urinari a quelli gastrointestinali, causano alopecia nel 10-50% dei casi
- in caso di chemioterapia con più farmaci il rischio di alopecia aumenta ulteriormente.

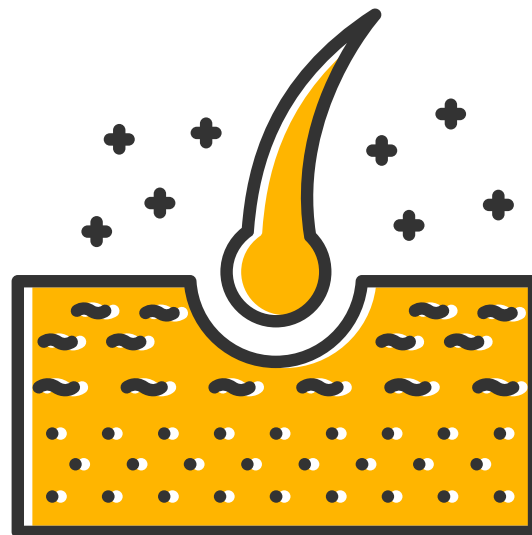
La perdita dei capelli da farmaci chemioterapici è reversibile, con una graduale ricrescita a partire da tre a sei mesi dopo l'ultimo ciclo di terapia. C'è la possibilità che i capelli ricresciuti abbiano una diversa consistenza o siano di colore diverso dal precedente.

Gli altri farmaci antitumorali

I trattamenti ormonali usati per il trattamento dei tumori della mammella, dell'ovaio, dell'endometrio e della prostata possono causare alopecia, anche se meno spesso rispetto ai farmaci chemioterapici. A differenza dell'alopecia da chemioterapici, la perdita di capelli con i farmaci endocrini si presenta come un diradamento graduale e diffuso piuttosto che una perdita improvvisa

e raramente causano una calvizie completa.

La frequenza dell'alopecia è mediamente attorno al 5% dei casi, ma è maggiore (25% dei casi) con il tamoxifene e con gli inibitori dell'aromatasi (come l'anastrozolo). Anche le terapie antitumorali più recenti, come gli inibitori del checkpoint immunitario o le terapie con anticorpi possono causare la perdita dei capelli ma con frequenze molto inferiori.



Che cosa si può fare

L'unica prevenzione che ha mostrato qualche efficacia è il raffreddamento del cuoio capelluto (*scalp cooling*):

- l'applicazione di una cuffia o un casco refrigerante causa una vasocostrizione, in questo modo si riduce la quantità di farmaco antitumorale che arriva ai follicoli piliferi, riducendo il rischio della perdita dei capelli

- i risultati migliori si hanno con l'applicazione di dispositivi che mantengano la temperatura sotto lo zero per almeno 30 minuti prima dell'infusione e per un'ora e mezza dopo l'infusione stessa
- l'effetto è diverso a seconda dei farmaci impiegati, il raffreddamento del cuoio capelluto sembra essere più efficace in caso di chemioterapie con taxani o antracicline

- il raffreddamento non comporta particolari problemi, ma può causare mal di testa e un senso di fastidio.

Per favorire la ricrescita dei capelli dopo che sono caduti si può invece usare una lozione di un farmaco, il minoxidil a varia concentrazione, che sembra poter ridurre la durata dell'alopecia e rallentarne la progressione. I rimedi "naturali", come la biotina o altri supplementi, non servono, perché non hanno alcuna efficacia.

In pratica

Prima di affrontare un trattamento anti tumorale la persona va messa a conoscenza di tutti gli effetti avversi, compresa la perdita dei capelli. Spesso è utile un supporto psicologico offerto dall'*équipe* di cura. Il raffreddamento dello scalpo, ove disponibile, può ridurre ma non azzerare il rischio di alopecia e l'uso della lozione di minoxidil può aiutare per la ricrescita dei capelli.



Bibliografia

Kaufman L, Valentic L, et al. Cancer-related alopecia risk and treatment. Current Treat Options Oncol 2025; ; <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12408754/>

Conflitti di interesse: Assenza di conflitti di interesse



Usare i cannabinoidi per la nausea e il vomito da chemioterapia?

Per contrastare la nausea e il vomito da chemioterapia, uno degli effetti avversi più frequenti e disturbanti delle terapie antitumorali, l'uso dei derivati della *cannabis* non è raccomandato perché non ci sono ancora studi sufficienti che ne dimostrino l'efficacia maggiore rispetto alle altre terapie disponibili.

La nausea e il vomito da chemioterapia

La nausea e il vomito sono effetti collaterali molto comuni durante la chemioterapia e possono compromettere la qualità della vita, l'alimentazione e l'aderenza alla terapia stessa.

Dagli anni Novanta per controllare questi sintomi sono disponibili farmaci efficaci,

che agiscono su diversi meccanismi molecolari:

- gli antagonisti dei recettori della serotonina
- gli antagonisti dei recettori della neurochina
- gli antagonisti dei recettori della dopamina

A questi si aggiungono i più datati, ma pur sempre efficaci, corticosteroidi.

Questi farmaci, somministrati nei vari momenti della chemioterapia (prima per prevenire il disturbo, durante e dopo il ciclo di trattamento per ridurre la nausea e il vomito) nella maggior parte dei casi in combinazione riescono a controllare bene questi disturbi, ma non lo fanno sempre in modo completo.

I cannabinoidi per la nausea e il vomito da chemioterapia

Negli ultimi anni si è discusso dell'uso dei cannabinoidi, principi attivi derivati dalla cannabis, come possibile alternativa o integrazione alla terapia antiemetica tradizionale. I principali composti studiati sono il THC (delta-9-tetraidrocannabinolo) e il CBD (cannabidiolo), oltre a versioni sintetiche come il nabilone e il dronabinolo. Una revisione sistematica della letteratura scientifica ha analizzato oltre 30 studi clinici che hanno coinvolto quasi 2.000 persone in chemioterapia per valutare l'efficacia dei cannabinoidi nel prevenire nausea e vomito. In effetti rispetto alla somministrazione

di un placebo l'uso di cannabinoidi riduceva la frequenza e la gravità di nausea e vomito da chemioterapia, ma in un solo studio sono stati confrontati questi composti con la terapia antiemetica (cioè anti nausea e vomito) abituale, oggi basata sull'uso in combinazione di antagonisti della serotonina, antagonisti della neurochinina e steroidi. In quest'ultimo confronto è emersa una efficacia leggermente superiore dei cannabinoidi ad alto dosaggio, ma a fronte di più effetti collaterali come sonnolenza, vertigini, euforia e ansia.



In pratica

Le conclusioni della revisione sono chiare: nell'attesa di avere studi più ampi che confrontino i cannabinoidi con le terapie attualmente raccomandate dalle linee guida, le prove attuali su efficacia e sicurezza di questi composti sono insufficienti per consigliarne l'uso. Va comunque ricordato che la normativa italiana ([Ministero della Salute. Allegato tecnico per la produzione nazionale di sostanze e preparazioni di origine vegetale a base di cannabis per uso medico — Gazzetta Ufficiale, Serie Generale, 30 novembre 2015](#)) ne consente l'utilizzo qualora in un paziente le altre terapie indicate dalle linee guida non siano efficaci. In ogni caso non bisogna ricorrere al fai da te, ma sempre rivolgersi al medico, che può prescrivere nel caso le formulazioni farmaceutiche di cannabinoidi che sono approvate per l'uso.

Bibliografia

Kemmer S, Dörfler J, et al. Cannabinoids for the prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting in oncological therapy: a systematic review. J Cancer Survivorship 2025; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40797063/>

Conflitti di interesse: Assenza di conflitti di interesse

Antibiotico resistenza



Dopo l'intervento di cataratta è utile un collirio a base di antibiotico?

Gli antibiotici vanno usati quando servono e l'idea che dosi aggiuntive rispetto a quanto previsto dalle linee guida internazionali possano comunque essere utili è quasi sempre errata. Lo dimostra una revisione sistematica della letteratura scientifica che è stata condotta da un gruppo di ricercatori italiani che hanno deciso di valutare se sia veramente necessaria la somministrazione locale di antibiotici dopo un intervento di cataratta.

L'intervento più diffuso al mondo

Si stima che la chirurgia per risolvere il problema della cataratta nell'anziano sia la procedura chirurgica più praticata al mondo, di sicuro è una delle più diffuse

negli ultimi decenni.

L'intervento, che viene eseguito ambulatorialmente in pochi minuti e non richiede il ricovero in ospedale, prevede la rimozione del cristallino, la lente dell'occhio che con il passare degli anni si opacizza rendendo difficile la visione, e la sua sostituzione con una lente intraoculare, il cristallino artificiale.

L'intervento è sicuro, anche se ci sono possibili complicanze, non frequenti, la più grave delle quali è l'infezione dell'occhio (endoftalmite). Per ridurne il rischio, durante l'intervento si procede all'iniezione di antibiotici nella camera anteriore dell'occhio.

È pratica comune, però, prescrivere



anche la somministrazione di colliri a base di antibiotico nelle settimane successive all'intervento con l'intento di ridurre ulteriormente il rischio infettivo. Ma è davvero utile il ricorso ai colliri o è sufficiente la somministrazione degli antibiotici durante l'intervento?

Meno antibiotici è meglio

La revisione risponde proprio a questa domanda, fornendo una risposta chiara.

Analizzando gli esiti relativi a oltre un milione e duecentomila persone operate di cataratta trattate anche con i colliri antibiotici dopo l'intervento oppure soltanto con gli antibiotici durante la procedura, è emerso che il rischio successivo di infezione dell'occhio era analogo nei due gruppi di pazienti. Il numero di casi era bassissimo in entrambi i gruppi (attorno a 4 casi ogni 10.000 operazioni).

In pratica

Il ricorso ai colliri antibiotici dopo un intervento di cataratta sembra non ridurre il rischio di infezione rispetto alla somministrazione degli antibiotici nell'occhio al momento dell'intervento chirurgico.

Quanto emerso da questo studio è importante perché la riduzione del consumo di antibiotici non necessari è una delle azioni più importanti per cercare di diminuire il consumo di questi farmaci e la conseguente diffusione della resistenza alle terapie da parte dei batteri. Sarà comunque il medico di volta in volta a decidere se prescrivere o meno il collirio antibiotico dopo l'operazione di cataratta anche in base alle caratteristiche del paziente.



Bibliografia

Passaro M, Posarelli M, et al. Evaluating the efficacy of postoperative topical antibiotics in cataract surgery: a systematic review and meta-analysis. Acta Ophthalmologica 2025; <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aos.17469>

Conflitti di interesse: Assenza di conflitti di interesse

Antibiotico resistenza



Troppi antibiotici nel mondo per gli animali d'allevamento



L'uso degli antibiotici negli animali rimane un grosso problema di salute pubblica che incide pesantemente sulla diffusione delle resistenze batteriche e quindi sulla scarsa efficacia degli antibiotici disponibili per la cura delle infezioni umane. Ma quanto è diffuso questo uso e quanti antibiotici si ritrovano nei derivati animali (carni, latte, uova) che arrivano sulle nostre tavole? Una revisione analitica della letteratura scientifica ha scattato una fotografia della situazione mondiale.

Le norme dell'Unione Europea

Rispetto alle altre regioni del mondo l'Europa ha cercato di arginare l'uso degli antibiotici negli animali d'allevamento, emanando prima norme

che impediscono l'uso di questi farmaci per promuovere la crescita degli animali, uso molto diffuso un tempo e ancora presente in molte aree del mondo, e successivamente, nel 2019 (con un regolamento entrato in vigore nel 2022), limitando ulteriormente l'uso degli antibiotici negli animali d'allevamento proibendo l'uso di molti antibiotici per la prevenzione delle malattie nell'animale.



Ciò garantisce il consumatore europeo, e in effetti indagini condotte sul territorio italiano hanno fornito dati confortanti al riguardo. Ma come noto i prodotti che arrivano sulle nostre tavole possono giungere da varie parti del mondo dove non ci sono regole così stringenti.

La situazione mondiale

Le concentrazioni di antibiotici nei cibi di origine animale variano tantissimo nei vari continenti, si passa da livelli record nel SudAmerica (125,19 µg/kg), ai 58,76 µg/kg dell'Asia agli 8,41 µg/kg dell'Europa.

Differenze dovute alle diverse normative più o meno garantiste. Per esempio né in Cina né in Brasile è vietato l'uso degli antibiotici nell'animale da allevamento con lo scopo di aumentarne la crescita. Gli antibiotici più spesso ritrovati negli alimenti di derivazione animale sono quelli più usati anche nell'uomo e cioè i betalattamici (penicillina e derivati), gli aminoglicosidi, le sulfonamidi e i chinoloni.

I cibi più a rischio sono risultati i pesci, seguiti dalle uova, dalla carne di pollo e dal latte di mucca.

In pratica

Nel mondo c'è ancora un uso smodato di antibiotici negli allevamenti di bestiame, somministrati non solo per curare eventuali infezioni nell'animale, ma anche a scopo preventivo per ridurre il rischio di infezioni diffuse o ancora a scopo di stimolo della crescita. Se è vero che la normativa europea è stringente al riguardo, è altrettanto vero che nelle altre parti del mondo è molto più lassa, consentendo così la diffusione delle resistenze batteriche che si riflettono pesantemente quando si devono curare infezioni gravi nell'uomo. Il fenomeno dell'antimicrobica resistenza va visto a livello globale, in una visione unitaria (*One health*) in cui la salute umana, animale e ambientale sono un tutt'uno.



Bibliografia

Angeles-Hernandez J, del Castillo D, et al. Multivariate approach to antimicrobial residue concentrations in animal-derived products: an analytical review. Vet Med Sci 2025; <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11920730/>

Conflitti di interesse: Assenza di conflitti di interesse



Cronicità e polifarmacia



Ridurre o sospendere i farmaci negli anziani: quali benefici?

Per molti anziani, la polifarmacoterapia, ovvero l'assunzione quotidiana di cinque o più farmaci è una realtà. Non tutti i farmaci presi nella giornata sono però sempre necessari, per cui il medico può valutarne una riduzione della dose o addirittura la sospensione.

Questa pratica, chiamata deprescrizione, può aiutare a ridurre i farmaci diventati superflui e, di conseguenza, il rischio di effetti collaterali.

Negli anziani che vivono a casa, la deprescrizione però può risultare più complessa soprattutto per la tendenza di alcune persone a gestire autonomamente le proprie terapie.

I benefici della deprescrizione

Un gruppo di ricercatori si è chiesto se in questa popolazione la deprescrizione porti benefici concreti in termini di riduzione dei farmaci assunti giornalmente.

Analizzando 17 studi, è emerso che, in media, ogni anziano che vive a domicilio e che partecipa a un programma di deprescrizione riduce, anche



se di poco, il proprio consumo di farmaci, ma non in tutti i casi.

Non è invece cambiata in modo significativo la percentuale di persone

che assumono farmaci potenzialmente inappropriati, cioè quei farmaci che potrebbero essere evitati o sostituiti con alternative più sicure.

In pratica

La deprescrizione sembra avere benefici contenuti in termini di riduzione dei farmaci assunti tra gli anziani che vivono a casa, ma il suo impatto potrebbe comunque contribuire a ridurre gli eventi avversi e i ricoveri legati ai farmaci. La decisione di ridurre o sospendere un farmaco non va comunque mai presa da soli autonomamente: è fondamentale parlarne con il medico, che valuterà insieme se e quali farmaci possono essere sospesi o ridotti di dose.



Bibliografia

Linsky A, Motala A, et al. Deprescribing in community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. JAMA Netw Open 2025; <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2833713>

Conflitti di interesse: Presenza di lievi conflitti di interesse

Cronicità e polifarmacia



L'importanza dell'aderenza alle terapie nelle malattie croniche

Il glaucoma è una malattia cronica degli occhi che danneggia lentamente il nervo ottico, la via che porta le immagini dall'occhio al cervello.

Spesso è legato a un aumento della pressione oculare e, se non curato in modo corretto e continuo, può portare a una perdita della vista, fino alla cecità.

Nel mondo oltre 70 milioni di persone convivono con il glaucoma e si stima che entro il 2040 possano diventare più di 110 milioni. Oggi sono disponibili terapie farmacologiche efficaci (per esempio gli analoghi delle prostaglandine e i betabloccanti), ma il successo del trattamento dipende in larga misura dalla regolarità

con cui vengono seguite le indicazioni del medico. La scarsa aderenza e l'interruzione della terapia si associano infatti a risultati clinici peggiori, tra cui un aumento del rischio di progressione del danno visivo e di cecità.



Uno studio lombardo conferma la scarsa aderenza alla terapia anti glaucoma

Uno studio condotto in Lombardia su oltre 10.000 persone con glaucoma di età superiore ai 50 anni ha evidenziato che solo quattro persone su dieci seguono la terapia anti glaucoma in modo corretto.

Oltre 7 su 10 hanno invece interrotto la terapia o cambiato il farmaco nel corso del tempo.

Le persone più anziane e quelle che assumono molti altri farmaci (in polifarmacoterapia) sono quelle che hanno mostrato maggiori difficoltà a mantenere la terapia nel tempo.

In pratica

In caso di glaucoma saltare le dosi o interrompere il trattamento può compromettere la cura della malattia e portare a nuovi danni al nervo ottico. Per questo motivo è fondamentale non interrompere mai la cura senza aver prima parlato con il proprio medico, ed è bene anzi seguirla sempre con precisione secondo le indicazioni ricevute. In caso di effetti collaterali o difficoltà nel seguire la terapia, i motivi per cui si decide di interrompere la cura, è importante parlarne subito con il proprio medico che potrà proporre soluzioni pratiche per semplificare la gestione dei farmaci e non dimenticare le dosi, oppure per cambiare il trattamento.



Bibliografia

Novella A, Quaranta L, et al. Drug utilization, adherence and predictors of drug-changes and discontinuation of glaucoma drug therapies. Adv Ther 2025; <https://link.springer.com/article/10.1007/s12325-025-03247-y>

Conflitti di interesse: Presenza di lievi conflitti di interesse



Anziano e politerapia: quando si possono ridurre i farmaci?

Con l'avanzare dell'età aumenta anche il numero dei farmaci che si devono prendere. Ma questa *escalation* terapeutica è sempre necessaria?

E soprattutto: tutti i farmaci devono essere mantenuti o alcuni potrebbero essere rivalutati e, in sicurezza, ridotti o addirittura sospesi su indicazione del medico?

In questa puntata parliamo di revisione della terapia e di deprescrizione:

quando e come rivalutare i farmaci, ridurli o sospenderli in sicurezza, sempre su indicazione del medico.

Ne discutiamo con Luca Pasina, responsabile del Laboratorio di farmacologia clinica e appropriatezza dell'Istituto Mario Negri di Milano, e con Pier Mannuccio Mannucci, professore emerito di Medicina interna dell'Università degli Studi di Milano.

[Clicca qui per ascoltare il podcast](#)



Terapia del sonno nel bambino: tra luci e ombre

Clarissa Capodieci

Dipartimento di Scienze del Farmaco, Università degli Studi del Piemonte Orientale "Amedeo Avogadro", Novara. Centro Regionale di Farmacovigilanza del Piemonte

Sarah Cargnin

Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi del Piemonte Orientale "Amedeo Avogadro", Novara. Centro Regionale di Farmacovigilanza del Piemonte

Armando Genazzani, Arianna Carolina Rosa

Dipartimento di Scienza e Tecnologia del Farmaco (DSTF), Università degli Studi di Torino. Centro Regionale di Farmacovigilanza del Piemonte

Gli autori dichiarano di non avere conflitti di interesse in relazione all'argomento trattato

Questo documento è stato prodotto nell'ambito del progetto COSIsIFA (Cittadini e Operatori Sanitari sempre informati sul Farmaco) finanziato con i fondi regionali di farmacovigilanza gestiti dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). Le informazioni e le opinioni contenute in questo documento sono quelle degli autori e non riflettono necessariamente l'opinione ufficiale dell'AIFA. L'AIFA non garantisce l'accuratezza dei dati inclusi in questo documento e declina ogni responsabilità per l'uso che potrebbe essere fatto delle informazioni qui contenute.



Introduzione

I disturbi del sonno nei bambini, in particolare l'insonnia, sono più comuni di quanto si pensi: un bambino su due li sperimenta infatti già nei primi anni di vita. L'insonnia si manifesta con difficoltà ad addormentarsi e risvegli frequenti. Se non riconosciuta e gestita correttamente, può diventare un problema cronico, con ripercussioni sul benessere del bambino e sull'equilibrio di tutta la famiglia.¹

Nel 20% dei casi, l'insonnia è legata a condizioni più complesse, come epilessia, disturbi dello spettro autistico o sindrome del bambino iperattivo (ADHD), per le quali è indispensabile una valutazione specialistica. Al contrario, nel rimanente 80% dei casi si parla di "insonnia comportamentale", cioè di un disturbo del sonno non correlato ad altre patologie, ma ad abitudini serali poco adeguate. In questi casi il primo passo è lavorare proprio su tali abitudini errate, creando una routine dell'addormentamento serena e costante, caratterizzata da orari regolari e un ambiente rilassante dove addormentarsi.² Quando queste strategie non bastano o non possono essere messe in atto, è comprensibile che le famiglie cerchino altre soluzioni. È proprio in questi casi che si rischia il "fai da te", affidandosi a rimedi naturali nella speranza che siano sicuri. È importante, tuttavia, ricordare che "naturale" non significa innocuo.

Alla luce di ciò, questo minidossier vuole fare un po' di chiarezza sui potenziali benefici e rischi dei rimedi più utilizzati per gestire i disturbi del sonno in età pediatrica.

I dati

A oggi non disponiamo di linee guida internazionali universalmente accettate che guidino la scelta della terapia più adatta per l'insonnia comportamentale nei bambini. Gli interventi si basano su raccomandazioni locali che, pur diverse tra loro, concordano sul fatto che il trattamento dovrebbe iniziare sempre con strategie non farmacologiche, che includono lo stabilire sane abitudini del sonno attraverso una routine serale rassicurante, con orari regolari, un ambiente silenzioso e il non uso di dispositivi elettronici prima di dormire.^{3,4}

I farmaci sono indicati solo quando le strategie comportamentali non funzionano o non possono essere applicate. Ma quali sono le opzioni disponibili? Le linee guida nazionali si concentrano sull'insonnia secondaria, cioè quella legata ad altre condizioni mediche, come l'ADHD o l'epilessia.

Quando, invece, si tratta di insonnia primaria, non associata ad altre malattie, le indicazioni sono limitate. Le più recenti raccomandazioni europee ammettono in quest'ultimo caso l'uso della I farmaci sono indicati solo quando le strategie comportamentali non funzionano o non possono essere applicate.



Ma quali sono le opzioni disponibili? Le linee guida nazionali si concentrano sull'insonnia secondaria, cioè quella legata ad altre condizioni mediche, come l'ADHD o l'epilessia.

Quando, invece, si tratta di insonnia primaria, non associata ad altre malattie, le indicazioni sono limitate. Le più recenti raccomandazioni europee ammettono in quest'ultimo caso l'uso della melatonina solo per un periodo di tempo breve, non superiore alle 3-4 settimane, e a dosaggi ben precisi:

- 0,5-1 mg per i bambini da 1 a 3 anni
- 1-2 mg in età prescolare
- 3-5 mg per gli adolescenti.⁴

Non viene fatto, invece, nessun accenno ad altri rimedi spesso usati per favorire il sonno, soprattutto tra i più piccoli, che includono per esempio integratori a base di valeriana, oli essenziali nebulizzati nell'ambiente o tisane rilassanti contenenti piante come lavanda, camomilla e melissa.

Trattandosi di prodotti che si acquistano in farmacia, online, al supermercato e in erboristeria, è difficile stimarne con precisione i consumi nella popolazione generale e, ancor di più, nei bambini.

Tuttavia, uno studio pubblicato su *JAMA Pediatrics* nel 2024 riporta che negli Stati Uniti circa il 20% dei bambini in età scolare e il 6% in età prescolare fa uso regolare di melatonina.⁵

La questione

Quando parliamo di rimedi per aiutare i bambini a dormire meglio ci sono almeno tre domande che dobbiamo porci:

1. Qual è il vero rapporto tra benefici e rischi di questi trattamenti?
2. Ci sono prove scientifiche robuste per giustificarne l'uso in età pediatrica?
3. Che cosa sappiamo davvero degli effetti a lungo termine, della melatonina in primis, ma anche di tutti gli altri prodotti di origine naturale largamente commercializzati per favorire il sonno nei più piccoli?

A questi interrogativi, che meritano risposte fondate sui dati della letteratura scientifica, si aggiungono ulteriori motivi di preoccupazione. Se da un lato l'uso di questi rimedi è sempre più diffuso tra bambini e adolescenti, dall'altro alcuni studi riportano un aumento dei casi di sovradosaggio accidentale, in particolare nei più piccoli.⁶



A complicare ulteriormente il quadro, analisi di laboratorio hanno rilevato che, in alcuni casi, la quantità effettiva di principio attivo presente nei prodotti non corrisponde a quella dichiarata in etichetta.⁷ Tutti questi elementi sollevano dubbi importanti sulla sicurezza, sull'efficacia e sulla qualità di questi rimedi, rendendo indispensabile una valutazione attenta e informata prima di proporli o utilizzarli.

Dalla letteratura

La melatonina

La maggior parte degli studi che valutano l'uso della melatonina in età pediatrica ne considera gli effetti in bambini con disturbo del neurosviluppo. Proprio alla luce di tali evidenze è stato approvato in Europa nel 2024 l'unico farmaco a base di melatonina autorizzato per il trattamento dell'insonnia in bambini e adolescenti con disturbo dello spettro autistico o da ADHD, da usare solo quando le strategie comportamentali risultino inefficaci.⁸

Al contrario, sono molto limitate le evidenze disponibili nei bambini sani affetti da insonnia comportamentale. Dai pochi studi condotti emerge che in questi bambini la melatonina somministrata mezz'ora prima di dormire riduce i tempi di addormentamento e migliora la qualità del sonno. Tuttavia, i benefici sono spesso modesti e variano da bambino a bambino. Gli studi esistenti sono, inoltre, eterogenei per disegno, durata e dosaggio della melatonina, e non sono sempre condotti in maniera rigorosa. A preoccupare è soprattutto la scarsità di dati sugli effetti a lungo termine.

Per quanto riguarda la tossicità, la melatonina è generalmente ben tollerata se usata per brevi periodi, con reazioni avverse solitamente lievi come mal di testa, vertigini e nausea. Tuttavia, nel decennio 2012-2021, l'*American Association of Poison Control Centers* ha raccolto 260.435 segnalazioni di intossicazioni pediatriche da melatonina di cui il 94,3% a carico di bambini entro i cinque anni d'età. Di questi, il 17,2% lamentava disturbi gastrointestinali, cardiovascolari o del sistema nervoso centrale e il 14,7 % ha dovuto essere ricoverato in ospedale, con 287 casi per cui è stato necessario il ricovero in terapia intensiva. Cinque bambini hanno dovuto essere sottoposti alla ventilazione meccanica assistita e due di età inferiore ai due anni sono morti a casa.⁶ In molti casi si trattava di prodotti in formulazione gommosa aromatizzata, simili a caramelle, che attirano i più piccoli e aumentano perciò il rischio di una ingestione accidentale di alte dosi.⁹



Questi numeri hanno spinto la *Food and Drug Administration*, insieme ai *Centers for Disease Control and Prevention* e al *National Poison Data System* statunitensi a emanare dal 2019 periodici avvisi di sicurezza sugli integratori contenenti melatonina, per raccomandarne un uso consapevole e sempre sotto sorveglianza medica.

A preoccupare non è solo il rischio di sovradosaggio, ma anche la discrepanza tra la melatonina dichiarata in etichetta e quella effettivamente presente. Secondo uno studio americano recente, 22 su 25 delle caramelle gommose a base di melatonina analizzate contenevano una quantità di principio attivo che variava dal 74% al 347% rispetto a quanto indicato in etichetta.¹¹

Gli altri rimedi

Se già conosciamo relativamente poco sulla melatonina, ancora meno sappiamo degli altri rimedi naturali usati per favorire il sonno. Prendiamo la valeriana: seppur diversi studi ne abbiano valutato l'efficacia nell'insonnia, la stragrande maggioranza dei dati è disponibile nell'adulto e non nel bambino. I dati in ambito pediatrico rimangono quindi insufficienti per giustificare l'uso anfronte di effetti collaterali noti come vertigini, senso di stordimento e mal di testa.¹²

La lavanda, usata soprattutto in aromaterapia, è considerata sicura. Tuttavia mancano dati sufficienti sulla sua efficacia nei bambini, in particolare nei neonati. È noto come alcuni suoi componenti abbiano effetti estrogenici e antiandrogeni, per cui se ne sconsiglia l'uso nei più piccoli.¹³

Attenzione anche all'uso della camomilla, tradizionalmente usata per favorire il sonno, ma che è riconosciuta avere proprietà emollienti, calmanti, e antinfiammatorie a livello gastrointestinale.

Nel complesso, non vi sono prove robuste nella letteratura scientifica a sostegno della sua efficacia nell'indurre il sonno, per cui il suo utilizzo a questo scopo è da considerarsi improprio.

Inoltre, appartenendo alla famiglia delle Asteracee, come l'ambrosia, potrebbe scatenare reazioni allergiche crociate, soprattutto nei soggetti allergici ai pollini di queste piante.¹⁴

Se questo è il profilo di singoli componenti, non bisogna infine tralasciare la possibilità di un'aumentata tossicità complessiva nel caso in cui essi vengano assunti insieme. Per esempio, sono disponibili integratori multicomponenti, contenenti melatonina e altri estratti naturali, come valeriana, sambuco, passiflora o melissa.⁷ Non bisogna, poi, trascurare il rischio di possibili interazioni tra questi prodotti e i farmaci. Si pensi per esempio al rischio di eccessiva sedazione se un bambino assume melatonina in concomitanza a un antistaminico prescritto per un'allergia, entrambi in grado di indurre sonnolenza. Per evitare effetti indesiderati è quindi sempre opportuno consultare il medico prima di somministrare prodotti naturali insieme a terapie farmacologiche.



È necessario infine sottolineare che anche il ricorso a farmaci da banco può costituire un rischioso “fai da te”.

Nel contesto del sonno in pediatria, i farmaci che possono destare maggiore rischio sono rappresentati dagli antistaminici. A fronte del loro uso, pochi studi clinici ne dimostrano l'efficacia nell'insonnia pediatrica e non sono scevri da rischi, con effetti collaterali che oltre alla sedazione eccessiva comprendono: visione offuscata, stitichezza, ritenzione urinaria, bocca secca, tachicardia. Queste problematiche valgono anche per la niaprazina, di frequente usata in passato e oggi disponibile in Italia solo come galenico e al dosaggio di 1 mg/kg.^{15,16} Viene indicata per favorire l'induzione del sonno in soggetti con agitazione psicomotoria, ma il suo uso è basato su pochi studi clinici.

Ricadute pratiche

In definitiva, le prove attuali dalla letteratura scientifica indicano che sappiamo ancora troppo poco sull'efficacia e sulla sicurezza, soprattutto a lungo termine, dei prodotti usati per favorire il sonno nei bambini.

Il fatto che un rimedio sia “naturale” non significa che sia sicuro: anche gli estratti vegetali o i preparati erboristici possono causare effetti collaterali e avere un impatto negativo sulla salute del bambino.

Per questo è fondamentale affidarsi a figure sanitarie competenti – pediatri, medici di medicina generale e farmacisti – che, anche attraverso percorsi di formazione continua, possono promuovere l'uso della terapia cognitivo-comportamentale per i disturbi del sonno e riservare l'impiego di melatonina, altri rimedi naturali o farmaci da banco ai casi di effettiva necessità.



Bibliografia

1. Deshpande P, Salcedo B, et al. Common sleep disorders in children. Am Fam Physician 2022;105:168-76. ○○○
2. Owens J, Moturi S. Pharmacologic treatment of pediatric insomnia. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2009;18:1001-16. ●○○
3. Brown , Malow B. Pediatric insomnia. Chest 2016;149:1332-9. ●○○
4. Bruni O, Breda M, et al. European expert guidance on management of sleep onset insomnia and melatonin use in typically developing children. Eur J Pediatr 2024;183:205-64. ●○○
5. Hartstein LE, Garrison M, et al. Characteristics of melatonin use among US children and adolescents. JAMA Pediatr 2024;178:91-3. ○○○
6. Lelak K, Vohra V, et al. Pediatric melatonin ingestions - United States, 2012-2021. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2022;71:725-9. ○○○
7. Pawar R, Coppin J, et al. A survey of melatonin in dietary supplement products sold in the United States. Drug Test Anal 2025;17:1176-85. ○○○
8. European Medicines Agency. Slenyto: assessment report. EMA/48257/2025 - EMEA/H/C/004425. Amsterdam, Netherlands: EMA; 2025. ○○○
9. Freeman D, Lind J, et al. Notes from the field: Emergency Department visits for unsupervised pediatric melatonin ingestion - United States 2019-2022. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2024;73:215-7.
10. <https://www.fda.gov/ph/?s=melatonin> ○○○
11. Cohen P, Avula B, et al. Quantity of melatonin and CBD in melatonin gummies sold in the US. JAMA 2023;329:1401-2. ○○○
12. Shinjyo N, Waddell G, et al. Valerian root in treating sleep problems and associated disorders - A systematic review and meta-analysis. J Evid Based Integr Med 2020;DOI:2515690X20967323.
13. Drugs and Lactation Database (LactMed). Bethesda, MD: National Library of Medicine (US); 2006. Lavender. Last revision November 15, 2024. ○○○
14. McKay D, Blumberg J. A review of the bioactivity and potential health benefits of chamomile tea (Matricaria recutita L.). Phytother Res 2006;20:519-30. ●○○
15. Esposito D, Belli A et al. Sleeping without prescription: management of sleep disorders in children with autism with non-pharmacological interventions and over-the-counter treatments. Brain Sci 2020;10:441.○○○
16. Altun H, Cömertoğlu Arslan S. Current pharmacological treatment for sleep disorders in children and adolescents with autism spectrum disorder. Eur J Ther 2024;30(2):227-239. ○○○

Legenda

- assenza di conflitti di interesse
- presenza di lievi conflitti di interesse
- presenza di conflitti di interesse dichiarati e/o fondi da aziende farmaceutiche
- presenza di importanti conflitti di interesse (per esempio firmatari dell'articolo dipendenti di aziende farmaceutiche)
- ND conflitti non dichiarati

**Tutti i link ai materiali informativi pubblicati su InFarmaco
dal 1 ottobre 2025 al 30 novembre 2025**

Pediatria



[Vaccinare i bambini aiuta anche a ridurre l'uso di antibiotici](#)

[Cartelle elettroniche per controllare l'uso degli antibiotici in pediatria](#)

[Paracetamolo e ibuprofene per la febbre e il dolore nel bambino](#)

[L'uso degli antibiotici macrolidi per bocca nel bambino](#)

[I farmaci per non bagnare il letto](#)

[Farmaci amari per i bambini](#)

[Ridurre il disagio, non solo la temperatura, nei bambini con febbre](#)

[In studio un vaccino intranasale contro il virus respiratorio sinciziale](#)

[Nuovi farmaci per i bambini con la dermatite atopica grave](#)

[L'ansia dei genitori compromette l'aderenza alla terapia antiepilettica](#)

Come valutare l'efficacia reale di un farmaco antitumorale

La perdita dei capelli con i farmaci antitumorali

La terapia che previene il tumore dello stomaco

L'effetto protettivo dell'aspirina sul tumore dello stomaco

Terapia endocrina e funzioni cognitive

Usare i cannabinoidi per la nausea e il vomito da chemioterapia?

Nelle donne anziane con tumore al seno non sempre serve la chemioterapia

Anche le terapie, non solo il tumore, indeboliscono il fisico

Le terapie mirate per i tumori del sangue

Ridurre l'ansia da chemioterapia con l'esercizio fisico

Conta l'età nella terapia adiuvante del tumore del colon-retto

Usare le statine nella cura del tumore al seno?

Antibiotico resistenza



Dopo l'intervento di cataratta è utile un collirio a base di antibiotico?

Troppi batteri resistenti in ospedale

Batteri resistenti si ritrovano anche negli animali selvatici

La pandemia ha inciso sulla resistenza dei batteri agli antibiotici

Che cosa induce il medico a prescrivere un antibiotico?

Troppi antibiotici nel mondo per gli animali d'allevamento

Le microplastiche facilitano la resistenza dei batteri

Migliorare l'uso degli antibiotici in ospedale si può

Cronicità e polifarmacia



Antipsicotici dopo la dimissione negli anziani: conviene continuare?

Anafilassi da farmaci: una reazione possibile

Ridurre o sospendere i farmaci negli anziani: quali benefici?

Quando si assumono più farmaci aumenta il rischio di insufficienza renale acuta

L'importanza dell'aderenza alle terapie nelle malattie croniche

Gli strumenti per favorire l'appropriatezza prescrittiva

Uno stile di vita sano riduce il ricorso ai farmaci psicoattivi nell'anziano

Soldi e istruzione condizionano l'atteggiamento degli anziani sui farmaci

Minidossier

Classificazione AWaRe degli antibiotici: opportunità e criticità

Terapia del sonno nel bambino: tra luci e ombre