





**La cimicifuga
e l'ormonoterapia,
riflessioni critiche
a pag 28**

Sommario

COSIsiFA

L'evoluzione digitale del Progetto COSIsiFA: analisi e risultati	3
--	---

News

	Ulteriori conferme sulla sicurezza del paracetamolo in gravidanza	5
	La manipolazione dei farmaci è una pratica diffusa in pediatria	7
	Il fastidio generato dagli effetti avversi può durare mesi	9
	Rispettare le raccomandazioni con i farmaci antitumorali	11
	Milioni di chili di antibiotici usati nel mondo	14
	Perché le persone prendono un antibiotico senza chiedere al medico?	16
	Quattro persone su dieci non assumono le statine come dovrebbero	19
	<i>Perché molte persone non assumono correttamente le statine?</i>	21
	Troppi farmaci negli anziani: quali interventi riducono i rischi?	24

Multimedia

Le vaccinazioni pediatriche spiegate in 7 videopillole	27
--	----

Minidossier

La cimicifuga (<i>black cohosh</i>) per la gestione degli effetti dell'ormonoterapia nel tumore della mammella: evidenze e riflessioni critiche	28
---	----

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

L'evoluzione digitale del Progetto COSIsiFA: analisi e risultati

Giada Crescioli, Costanza Cacini Università di Firenze

Il percorso *social* del progetto COSIsiFA ha preso ufficialmente il via nel settembre 2025, con l'obiettivo di affiancare il portale [InFarmaco](https://infarmaco.it) con un canale di divulgazione moderno e capillare. Dal primo post di lancio, pubblicato il 15 settembre, la strategia si è basata su una struttura editoriale definita, capace di declinare il rigore scientifico in formati dinamici e accessibili.

Struttura e identità editoriale

Per garantire chiarezza e riconoscibilità, la redazione ha sviluppato modelli grafici specifici per ogni macroargomento (pediatria, oncologia, antibiotico resistenza, cronicità e polifarmacoterapia) e per i *post* di carattere più generale.

Questo approccio ha permesso di alternare quotidianamente contenuti eterogenei, facilitando la consultazione attraverso una precisa codifica cromatica

La presenza del Progetto su diverse tipologie di *Social media* (*Facebook, X, LinkedIn, Instagram, Bluesky e Threads*) ha richiesto un costante lavoro di adattamento della comunicazione: ogni contenuto è stato rielaborato in forma di carosello o infografica, rispettando le specificità di ogni strumento.



I numeri della divulgazione

Nel periodo compreso tra il 15 settembre 2025 e il 31 marzo 2026, sono stati pubblicati complessivamente 136 *post*, con una distribuzione equilibrata tra le diverse aree:

- pediatria: 21% (29 *post*)

- oncologia, polifarmacoterapia e news generali: 20% ciascuna (27 *post* per area);
- antibioticoresistenza: 19% (26 *post*).

Tra i contenuti di carattere generale hanno avuto particolare rilievo gli approfondimenti sulle nuove frontiere della ricerca (intelligenza artificiale), i consigli pratici sulla gestione delle terapie e i focus su classi farmacologiche specifiche come gli inibitori SGLT2 o le penicilline.

Analisi dell'impatto e performance dei canali

L'andamento delle pagine riflette l'interesse crescente verso un'informazione sul farmaco indipendente e di qualità:

- **Facebook** ha raggiunto oltre 41.500 visualizzazioni e 2.800 interazioni. È significativo il dato di visualizzazioni ottenuto sui non *follower* (67%), cioè persone che non seguono direttamente la pagina ma alle quali è comunque apparso il nostro *post*, a indicare una forte viralità dei contenuti. Il tema più apprezzato è stato la gestione della stitichezza in età pediatrica con l'uso del macrogol
- **LinkedIn** è il canale di riferimento per il mondo professionale, con 575 *follower* e oltre 70.500 impressioni. La *community* è composta per quasi il 40% da operatori di strutture sanitarie e aziende farmaceutiche. Il contenuto di maggior successo è stato l'approfondimento su medicina di precisione e appropriatezza prescrittiva (circa 14.000 impressioni)
- **Instagram** con circa 60.000 visualizzazioni, si conferma un canale visivo efficace. Tra i temi più popolari figurano la vaccinazione contro l'herpes zoster e i nuovi *position paper* di AIFA, con una forte interazione da parte dei *follower* già acquisiti.

I risultati ottenuti confermano che l'unione tra rigore scientifico e coerenza editoriale è la chiave per una comunicazione efficace in ambito sanitario.

Il Progetto COSIsiFA dimostra come i *Social media* possano trasformarsi in strumenti di supporto concreto per i professionisti della salute e per i farmacisti di comunità, facilitando il dialogo con il paziente e promuovendo una cultura del farmaco più consapevole e strutturata.





Ulteriori conferme sulla sicurezza del paracetamolo in gravidanza

A settembre 2025, a seguito di una dichiarazione del presidente degli Stati Uniti, si è acceso un dibattito politico sulla sicurezza del paracetamolo in gravidanza. In questa *bagarre* la comunità scientifica internazionale ha continuato a mantenere una posizione coerente e basata sulle prove, confermando l'efficacia e la sicurezza del paracetamolo nel trattamento della febbre e del dolore durante la gravidanza (leggi anche la news [Paracetamolo sicuro in gravidanza](#)).

Una nuova e ampia revisione della letteratura scientifica, condotta da ricercatori di diversi Paesi europei – compresa l'Italia – rafforza ulteriormente qualora ce ne fosse ancora bisogno, queste conclusioni.

L'oggetto dello studio

La revisione della letteratura scientifica ha analizzato 43 studi osservazionali per un totale di centinaia di migliaia di coppie mamma-bambino, valutando se ci fosse una associazione tra l'esposizione

durante i nove mesi di gravidanza al paracetamolo e uno sviluppo neurologico anomalo nei bambini. In particolare sono stati presi in considerazione:

- i disturbi dello spettro autistico
- il disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD)
- la disabilità intellettiva.

Ebbene, l'assunzione di paracetamolo in gravidanza non è risultata associata ad alcun aumento del rischio di autismo, ADHD o disabilità intellettiva nei figli.

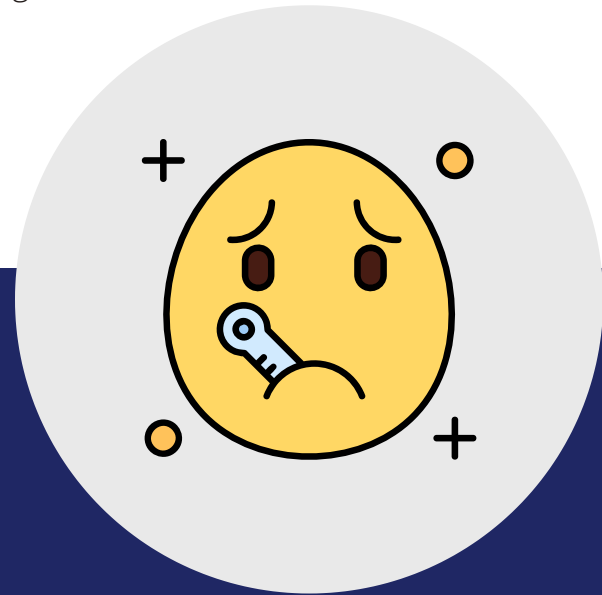
Le linee guida

I risultati dello studio sono coerenti con quanto già indicato

nelle raccomandazioni e nelle linee guida delle principali società scientifiche europee e degli Stati Uniti (vedi anche la posizione dell'[American College of Obstetrician and Gynecologists](#) e del [Royal College of Obstetricians and Gynaecologists](#)).

In pratica

In caso di febbre e di dolore in gravidanza il paracetamolo si conferma il farmaco di prima scelta, sicuro da utilizzare alle dosi raccomandate. È importante spiegare la situazione alle donne che aspettano un bambino perché la diffusione di una informazione scorretta attraverso i vari canali della comunicazione (televisione, giornali, siti web, social media) rischia di scoraggiare l'uso del paracetamolo, che invece è indicato nel controllo del dolore e della febbre, senza conseguenze negative per il feto.



Bibliografia

D'Antonio F, Flacco M, et al. Prenatal paracetamol exposure and child neurodevelopment: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Obstet Gynecol Women's Health* 2026; <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-025-13109-6#Fun>

Conflitti di interesse: Assenza di conflitti di interesse

La manipolazione dei farmaci è una pratica diffusa in pediatria

Non tutti i farmaci esistono in una formulazione pediatrica dedicata. Per questo, nella pratica quotidiana, può capitare che si debbano usare medicinali approvati per gli adulti anche nei bambini.

In questi casi le compresse vengono spesso spezzate per ridurre la dose e poi schiacciate

o sciolte, a volte mescolandole al cibo o a una bevanda, per rendere più facile la somministrazione e mascherare il sapore.

Un gruppo di ricercatori danesi si è chiesto quanto questa pratica sia diffusa e se esistano differenze tra i vari Paesi.

I rischi della manipolazione dei farmaci

Manipolare un farmaco non è un'operazione priva di conseguenze. Spezzare, schiacciare o sciogliere una compressa può comportare la perdita di una parte del principio attivo, modificare la quantità di farmaco che viene assorbita dall'organismo e cambiare la velocità con cui il medicinale agisce. Di conseguenza, il bambino potrebbe assumere una dose diversa da quella prevista, con il rischio che il trattamento risulti meno efficace o, in alcuni casi, meno sicuro (leggi anche la news "[I rischi della manipolazione dei farmaci nei bambini](#)").



L'analisi nei diversi Paesi

Una revisione della letteratura scientifica ha analizzato quanto spesso i farmaci somministrati a bambini e ragazzi fino ai 18 anni d'età vengano manipolati in questo modo. Esaminando 10 studi condotti in nove Paesi, i ricercatori hanno osservato che la percentuale di farmaci manipolati varia molto, da circa 6 a oltre 60 casi su 100 somministrazioni di farmaco.

Le manipolazioni riguardano soprattutto le compresse e le capsule da assumere per bocca, in particolare quando non esiste una formulazione specifica per l'età pediatrica. Dall'analisi geografica emerge che la manipolazione dei farmaci è una pratica presente in tutte le aree del mondo, ma risulta più frequente nei Paesi in cui l'accesso ai farmaci pediatrici è più limitato.



In pratica

La manipolazione dei farmaci non è scevra da rischi, soprattutto in età pediatrica, per cui di principio andrebbe sempre evitata. Se un bambino ha difficoltà ad assumere la terapia perché il sapore del farmaco non è gradito o perché fa fatica a deglutire una compressa, è importante che i genitori si rivolgano al pediatra per valutare una terapia alternativa o ricevere indicazioni precise su come manipolare il farmaco per facilitarne la somministrazione.

Bibliografia

Vermehren C, Giraldi L, et al. Drug manipulation in pediatric care: a scoping review of a widespread practice signaling systemic gaps in pharmaceutical provision. *Pharmacy* 2025; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41562970/>

Conflitti di interesse: Assenza di conflitti di interesse



Il fastidio generato dagli effetti avversi può durare mesi

Rispetto al passato le terapie oncologiche hanno fatto importanti passi avanti aumentando la sopravvivenza per molti tipi di tumore. Gli effetti avversi delle cure, però, possono incidere in modo significativo sulla qualità della vita non solo durante il trattamento, ma anche nel periodo successivo. Per questo è utile valutare gli effetti collaterali anche dopo la sospensione della terapia, per capire quanto durano e quanto pesano sulla vita quotidiana della persona.

La durata degli effetti avversi

Per rispondere a questa domanda, un gruppo di ricercatori americani ha analizzato i dati di tre studi clinici, in cui i pazienti compilavano

periodicamente questionari standard relativi alla propria qualità di vita. In particolare si è valutato se la persona provi fastidio o disagio a seguito del trattamento, non solo nel periodo in cui viene somministrato ma anche a distanza di mesi. Si tratta quindi di una valutazione soggettiva, che solo il malato può riferire.

I risultati indicano che il problema non si esaurisce con la fine della terapia: al primo controllo dopo la fine del trattamento circa il 20% delle persone continuava a lamentare fastidi da moderati a importanti legati agli effetti avversi dei farmaci antitumorali. Inoltre, chi dichiarava i livelli più alti di fastidio tendeva anche a riportare più stanchezza e più dolore.

In pratica

Avvertire fastidi anche mesi dopo la fine delle cure oncologiche non significa che si stia andando incontro a un peggioramento della malattia, ma è possibile che i fastidi percepiti dipendano proprio dalle terapie antitumorali. È importante riferire al medico come ci si sente nelle visite di controllo che seguono al termine delle cure, essendo consapevoli che a volte disagi o fastidi possono essere correlati alle terapie che si sono fatte anche quando si sono concluse.



Bibliografia

Roydhouse J, Breslin M, et al. Patient-perceived overall side effect bother at and after cancer treatment discontinuation: an analysis using commercial cancer trial. Ther Innov Regul Sci 2026; <https://jamanetwork.com/journals/jamaoncology/article-abstract/2837647#250605103>

Conflitti di interesse: Presenza di lievi di conflitti di interesse



Rispettare le raccomandazioni con i farmaci antitumorali

L'aderenza alle terapie antitumorali per bocca è fondamentale e saper riconoscere le persone che saranno più aderenti alle terapie e quelle che invece faranno più fatica a rispettare le indicazioni del medico può aiutare nel migliorare la prognosi.

Il coinvolgimento con la terapia per bocca

La possibilità di fare le cure contro il cancro a casa propria assumendo farmaci per bocca è una realtà. Dipende ovviamente dal tipo di tumore, dallo stadio della malattia, dalle condizioni cliniche, ma oggi sono disponibili molti farmaci antitumorali che possono essere presi per bocca. Ciò ha portato a una

semplificazione del trattamento, che non deve essere necessariamente eseguito in ospedale, dando più autonomia al paziente, che viene così coinvolto in prima persona perché diventa responsabile dell'assunzione corretta delle terapie. Questa autonomia consente di coinvolgere di più i pazienti nelle discussioni sulle cure e di ritagliare i trattamenti rispetto alle loro esigenze, migliorando in tal modo anche la qualità di vita. A fronte di tutto ciò, però, c'è il rischio che la persona da sola a casa non sia in grado di assumere correttamente la terapia, prendendo ogni giorno le pastiglie previste e per il tempo indicato dal medico. A ciò si aggiunge che spesso i malati di cancro hanno una certa età

e quindi possono avere difficoltà di vista o avere problemi di declino cognitivo, oppure avere anche altre malattie che complicano il quadro e per le quali prendono altri farmaci con un aumento del rischio di interazioni, non solo con farmaci ma anche con prodotti cosiddetti naturali.

L'aderenza alla terapia per bocca in caso di tumore

Per tutti questi motivi, l'aderenza alle terapie antitumorali per bocca seguite a casa in molti casi non è ottimale. Per alcuni farmaci sarebbe al di sotto del 20%, con pesanti ripercussioni sulle possibilità di cura e sulla qualità di vita. Un studio di coorte francese si è posto l'obiettivo di valutare l'andamento nel tempo dell'aderenza alle cure anche per identificare quali siano i pazienti che più probabilmente rispetteranno poco le raccomandazioni del medico e andranno quindi seguiti con controlli più stringenti. Sono stati studiati 135 malati di tumore cui veniva somministrato periodicamente un questionario per valutare l'aderenza alla terapia.

Si è così scoperto che ci sono tre tipologie di pazienti: quelli che hanno un'aderenza bassa all'inizio ma via via diventano più scrupolosi (9,9% dei casi) quelli che invece iniziano bene ma col passare del tempo diventano meno aderenti alle indicazioni (16,9% dei casi) e i restanti (73,2%) che hanno una buona aderenza alla terapia fin dall'inizio e la mantengono nel tempo.

Valutando i fattori che possono influenzare questi risultati, è emerso che quelli che più spesso sono poco aderenti alle cure sono le persone meno abbienti.



In pratica

Poiché l'aderenza alle terapie antitumorali per bocca è fondamentale perché agiscano e siano efficaci, occorre sempre sottolineare al paziente l'importanza di seguire le raccomandazioni date dal medico, suggerendo anche metodi o strumenti che consentano per esempio di non dimenticarsi le pastiglie o di prendere le giuste dosi di farmaco. Il problema è più evidente negli anziani e in coloro che sono meno abienti, per cui è su questi che occorre focalizzare l'attenzione con controlli periodici che valutino la reale aderenza alle prescrizioni date.



Bibliografia

Perrin G, Thomas-Schoemann A, et al. Factors associated with medication adherence trajectory among patients treated with oral anticancer drugs: a multicentre cohort study. Support Care Cancer 2025; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41087735/>

Conflitti di interesse: Assenza di conflitti di interesse

Antibiotico resistenza



Milioni di chili di antibiotici usati nel mondo

Oltre due milioni di chili: è questa la montagna di penicilline che vengono usate all'anno nei venti Paesi più popolosi del mondo per contrastare le polmoniti e le riacutizzazioni della broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO).

La cifra è impressionante e fa capire bene quale possa essere l'effetto di questa cascata di antibiotici sulla salute delle persone, sulla resistenza dei batteri, che è tanto maggiore quanto più si ricorre agli antibiotici, e sull'ambiente per il loro smaltimento.

Il dato viene da uno studio internazionale che si è posto l'obiettivo di valutare il consumo delle varie classi di antibiotici nelle infezioni delle basse vie respiratorie.

Polmoniti e riacutizzazioni di BPCO

Le polmoniti e le infezioni delle basse vie respiratorie in genere sono il motivo più frequente per cui viene iniziata una terapia antibiotica. Si calcola che riguardino globalmente il 19% dei pazienti trattati con un antibiotico.

Se a ciò si aggiunge che queste infezioni sono responsabili di oltre il 30% delle morti dovute a batteri resistenti

o multiresistenti, ben si comprende l'esigenza di avere dati mondiali sull'uso degli antibiotici nelle infezioni delle vie respiratorie, con l'obiettivo di ridurre



l'utilizzo per contenere di conseguenza la diffusione della resistenza batterica.

Quanti chili di antibiotici vengono usati?

I dati presentati nello studio sono davvero eclatanti: si stima che nel 2019 nei 20 Paesi più popolosi del mondo siano stati usati per le infezioni delle basse vie respiratorie due milioni e ducentomila chili di penicilline

e quasi 700.000 chili di cefalosporine. In effetti le penicilline erano usate nella maggior parte dei casi (76%), meno spesso le cefalosporine (22,6%). I Paesi in testa come consumi di penicilline erano l'India (37% del consumo totale) e la Cina (21%), seguiti da Stati Uniti, Brasile e Indonesia (15%). Se si considerava il consumo pro capite il dato più alto rimaneva quello dell'India, seguita da Brasile e Germania.

In pratica

Per avere un'idea di quanto sia diffuso l'uso di antibiotici l'informazione di quanti milioni di chili se ne consumino nel mondo da un'idea immediata della dimensione del problema. Vengono sempre prescritti in maniera appropriata? O il loro consumo potrebbe essere ridotto valutando caso per caso la reale necessità e soppesando benefici e rischi del trattamento? Gli antibiotici nelle infezioni gravi sono farmaci salva vita, e proprio per questo andrebbero preservati per conservarne l'efficacia. Più se ne usano e più aumentano i batteri multiresistenti, quelli che poi causano, soprattutto nelle persone più deboli, le infezioni più gravi, che pongono a rischio la vita.



Bibliografia

Summan A, Klemperer K, et al. Estimating global antibiotic needs for chronic obstructive pulmonary disease and community- and hospital-acquired pneumonia in 20 countries: a modelling analysis. Intern J Infect Disease 2025; [https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712\(25\)00173-0/fulltext](https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712(25)00173-0/fulltext)

Conflitti di interesse: Assenza di conflitti di interesse



Antibiotico resistenza



Perché le persone prendono un antibiotico senza chiedere al medico?

Tra le cause che comportano una diffusione sempre maggiore dell'antibiotico resistenza c'è l'abitudine diffusa nella popolazione di prendere un antibiotico senza chiedere prima il parere del medico. Ma perché una persona prende autonomamente questa decisione? È la domanda che si è posta un gruppo di ricercatori statunitensi.

L'uso degli antibiotici senza prescrizione

Si stima che globalmente l'uso degli antibiotici senza che sia stato chiesto un parere al medico sia molto diffuso fino ad arrivare a una prevalenza

superiore al 40%. Questo comportamento ha in realtà un triplice effetto negativo (leggi anche sui rischi la news Niente antibiotico se non lo prescrive il medico):

1. ben difficilmente risolve il problema per cui è stato preso l'antibiotico
2. espone la persona che lo prende agli effetti avversi del farmaco o a possibili interazioni con altri farmaci che sta assumendo
3. pone in pericolo la salute pubblica perché favorisce la diffusione dei batteri resistenti agli antibiotici che causano infezioni gravi difficilmente curabili.

Nella maggior parte dei casi l'antibiotico che viene iniziato è in realtà lo stesso che in un'occasione precedente è stato prescritto dal medico: la scatola non completamente finita rimane nell'armadietto dei medicinali di casa e viene tirata fuori successivamente, convinti di ricorrere alla stessa terapia che in passato, prescritta dal medico, aveva funzionato, nella stragrande maggioranza dei casi per tutt'altra malattia.

L'opinione di chi ha preso un antibiotico di propria iniziativa

Nello studio statunitense sono state condotte una novantina di interviste telefoniche a persone che in una precedente ricerca epidemiologica avevano dichiarato di aver preso un antibiotico senza consiglio del medico. Le domande – 25 in totale – indagavano vari aspetti, tra gli altri:

- dove ha preso l'antibiotico visto che non aveva la prescrizione del medico?
- perché ha deciso di prendere l'antibiotico?
- l'aveva già in casa perché avanzato da un uso precedente?
- pensa che sia rischioso prendere un antibiotico senza chiedere consiglio al medico?
- il medico le ha mai parlato degli effetti collaterali degli antibiotici?

Venivano inoltre raccontate brevi storie di persone malate per avere l'opinione dell'intervistato se prendere o meno un antibiotico in quelle occasioni.

Dall'analisi delle risposte sono emersi quattro convinzioni chiave che spiegherebbero l'uso in autonomia degli antibiotici:

1. la convinzione che gli antibiotici siano efficaci per la cura di molti sintomi e malattie
2. la convinzione di essere l'unico a conoscere il proprio corpo, capendo quindi quando è bene prendere un antibiotico
3. la convinzione che i farmaci che si acquistano in farmacia senza ricetta non sono efficaci
4. la convinzione che gli antibiotici "sono come l'oro", perché è difficile averli, sono potenti e preziosi.



Nella maggior parte dei casi si trattava degli antibiotici rimasti in casa, ma anche di antibiotici comprati online (con tutti i rischi annessi riguardo

alla qualità e alla sicurezza del prodotto) o trovati nell'ambito familiare perché usati da un parente in un'altra occasione.

In pratica

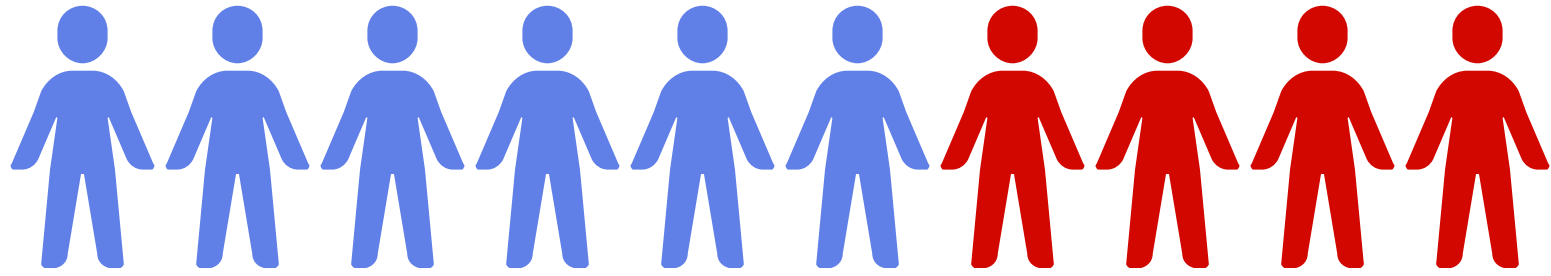
Qual è il vantaggio di prendere un antibiotico senza avere il parere di un medico? Nessuno. Ci si espone solo a rischi, senza averne alcun beneficio. Non bisogna quindi prendere di propria iniziativa un antibiotico convinti che possa risolvere disturbi che magari non sono neppure di origine batterica e che in molti casi passerebbero da soli senza bisogno di alcuna cura.



Bibliografia

Laytner L, Chen P, et al. 'Antibiotics are like gold': a qualitative study of patient perspectives on the use of antibiotics without a prescription. *BMJ Public Health* 2025; <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12164297/>

Conflitti di interesse: Assenza di conflitti di interesse



Cronicità e polifarmacia 

Quattro persone su dieci non assumono le statine come dovrebbero

Le statine, i farmaci oggi più utilizzati per ridurre il colesterolo, mirano a prevenire la comparsa di eventi cardiovascolari gravi come infarto cardiaco e ictus. Eppure, secondo una revisione sistematica che ha raccolto le pubblicazioni disponibili sul tema, quasi quattro persone su dieci non aderiscono alla terapia come dovrebbero, in altre parole non la seguono con la regolarità necessaria, compromettendone l'efficacia e non riducendo così il rischio cardiovascolare.

Gli obiettivi dello studio

Lo studio rappresenta l'analisi più completa a oggi condotta sull'argomento: una revisione sistematica con metanalisi

di 76 ricerche che hanno coinvolto quasi sei milioni di persone in terapia con una statina.

L'obiettivo della revisione era duplice:

- valutare quanti pazienti rispettino le indicazioni date dal medico (aderenza alla terapia)
- identificare i fattori che inducono a non seguire correttamente la terapia.

Per buona aderenza alla terapia si intendeva l'assunzione di almeno l'80% delle dosi di farmaco prescritte, una soglia considerata necessaria per ottenere i benefici terapeutici attesi.

I numeri della scarsa aderenza

Dall'analisi dei dati raccolti su questo ampio campione è emerso un quadro

preoccupante: solo il 62,4% dei pazienti assumeva le statine con la regolarità necessaria.

Il problema si aggravava ulteriormente nella prevenzione primaria, ossia quando le statine vengono prescritte a persone che non hanno ancora avuto eventi cardiovascolari ma che sono ad alto rischio di averli, dove l'aderenza scendeva al 57,5%.

La situazione migliorava, ma solo leggermente, raggiungendo il 64,4% nella prevenzione secondaria, cioè in quei pazienti che prendevano una statina dopo aver avuto un infarto o un ictus per ridurre il rischio di averne nuovamente.

Chi aderisce di meno e chi di più

Dalla revisione è inoltre emerso che tendevano ad aderire meno alla terapia:

- le donne rispetto agli uomini
- le persone di etnia nera
- i fumatori
- chi soffriva di depressione
- i pazienti con scompenso cardiaco.

Al contrario, una maggiore aderenza è stata osservata:

- nelle persone anziane
- in chi aveva già avuto un infarto o soffriva di ipertensione
- nei pazienti con più malattie
- nelle persone in polifarmacoterapia, cioè che assumevano 5 o più farmaci al giorno.

In pratica

Nel complesso, l'aderenza alle statine rimane subottimale ed è fortemente influenzata da fattori demografici e clinici, vanificando in parte gli sforzi della prevenzione cardiovascolare. Se è vero che il medico deve valutare di caso in caso la necessità di una terapia con statine per abbassare il colesterolo, è altrettanto vero che, una volta iniziata, la terapia deve essere rispettata secondo le indicazioni ricevute dal medico. Per migliorare l'aderenza alle cure servono interventi concreti e mirati, come programmi educazionali personalizzati, controlli più frequenti della terapia, supporto psicologico per chi soffre di depressione.

Bibliografia

Basios A, Markozannes G, et al. Prevalence and determinants of adherence to statin therapy: a systematic review and meta-analysis. Eur J Prev Cardiol 2025; <https://academic.oup.com/eurjpc/advance-article/doi/10.1093/eurjpc/zwaf769/8381680?login=false>

Conflitti di interesse: Assenza di conflitti di interesse

Cronicità e polifarmacia 

Perché molte persone non assumono correttamente le statine?

Ugo Moretti

Università degli studi di Verona, coordinatore del Progetto COSIsiFA

Una scarsa aderenza alla terapia con statine rischia di vanificare una prevenzione efficace delle gravi conseguenze delle malattie cardiovascolari aterosclerotiche. Le statine sono farmaci molto efficaci nella riduzione del rischio cardiovascolare in caso di dislipidemia ma sono farmaci che vanno presi con continuità e non occasionalmente, sempre associati a un controllo attento degli stili di vita (alimentazione, fumo, attività fisica, eccetera).

È quindi importante informare gli operatori sanitari sui rischi di una adesione ridotta alla terapia e sui fattori più frequentemente associati a una scarsa adesione.

La gestione delle dislipidemie è indirizzata

dalle linee guida delle principali Società scientifiche in cardiologia che, pur in presenza di piccole differenze, condividono i principi generali e l'approccio alla terapia farmacologica ([J Clin Med 2022;11:7249](#)). L'utilizzo di farmaci ipolipemizzanti non è solo guidato dai livelli di colesterolo LDL, ma più in generale dal rischio cardiovascolare dei pazienti. La Società europea di cardiologia (ESC) ha aggiornato nel 2025 la linea guida per il trattamento delle dislipidemie precedentemente pubblicata nel 2019 ([European Heart Journal 2025;46:4359-78](#)). In particolare per la stima del rischio cardiovascolare sono stati implementati i nuovi algoritmi predittivi del rischio a 10 anni SCORE2 (Systematic Coronary Risk Evaluation 2)

e SCORE2-OP (Systematic Coronary Risk Evaluation 2-Older Persons).

Quando e come usare le statine

Le statine sono farmaci importanti nella prevenzione cardiovascolare ma la loro efficacia è strettamente collegata all'aderenza al trattamento. La mancata percezione dei benefici e la paura degli effetti collaterali sono tra le cause di una bassa aderenza alla terapia. Anche interventi semplici come aumentare il numero di compresse nella confezione è stato collegato a una maggiore aderenza (<https://www.youtube.com/watch?v=Z7lUyVvoNfc&t=136s>).

È però importante ricordare che a loro volta le statine possono essere utilizzate in modo inappropriato da parte del medicoprescrittore.

La rimborsabilità delle statine in talia è legata alla Nota 13 dell'AIFA, basata sulle prove disponibili in letteratura.

In pazienti con rischio cardiovascolare basso la modifica dello stile di vita resta l'approccio principale, prolungato eventualmente fino a sei mesi prima di prendere in considerazione un eventuale trattamento farmacologico.

Inoltre, nei pazienti sopra gli 80 anni d'età che non hanno storia di eventi cardiovascolari maggiori (prevenzione primaria) non esistono prove sufficienti a sostegno dell'opportunità del trattamento con statine.

Nella prevenzione secondaria nell'anziano vanno invece valutati i fattori di rischio cardiovascolare, la fragilità e le interazioni farmacologiche prima di decidere sulla terapia. In caso di aspettativa di vita breve va raccomandata la sospensione del trattamento (deprescrizione), ricordando che le statine possono provocare eventi avversi che influenzano la qualità di vita (per esempio insonnia, agitazione).

I prodotti naturali

Va poi ricordato che per ridurre il colesterolo sono molto utilizzati prodotti naturali visti dalle persone come alternative efficaci e sicure alle statine, senza perciò consultare il medico. Tra questi molto popolare è il riso rosso fermentato con un fungo alimentare, le cui proprietà ipolipemizzanti sono legate al contenuto di monacolina K una sostanza in grado di agire sulla sintesi di colesterolo.



La monacolina K ha una struttura chimica identica a una statina, la lovastatina, e ne condivide quindi non solo i potenziali effetti terapeutici ma anche il profilo di rischio. Lo scorso anno l'EFSA, l'Agenzia europea responsabile degli alimenti e quindi anche degli integratori alimentari, a seguito di una rivalutazione dei rischi legati alla monacolina ha confermato che anche a livelli di assunzione pari a soli 3 mg/giorno (dose indicata nel 2022 dalla

Commissione europea) potrebbe comportare gravi effetti avversi sul sistema muscolo-scheletrico e sul fegato ([EFSA Journal. 2025;23:e9276](#)). Non è possibile stabilire un livello di assunzione giornaliera sicuro per la monacolina negli integratori a base di riso rosso fermentato. È perciò importante che questi prodotti non vengano assunti dai pazienti, soprattutto se anziani o già in terapia con statine, senza prima avere consultato il medico.



Cronicità e polifarmacia



Troppi farmaci negli anziani: quali interventi riducono i rischi?



Si stima che quasi il 40% della popolazione anziana nel mondo assuma quotidianamente 5 o più farmaci (polifarmacoterapia), soprattutto nei Paesi economicamente più sviluppati e tra gli ultrasessantenni.

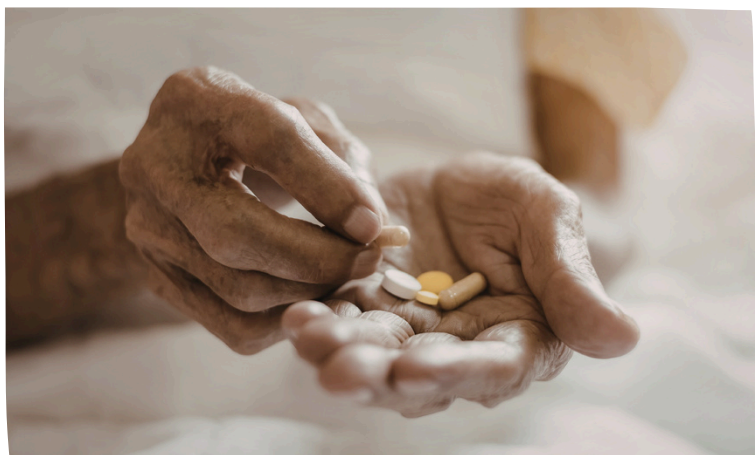
Le conseguenze sono importanti e vanno dalle interazioni tra farmaci agli effetti collaterali, fino ai ricoveri ospedalieri e alle cadute associate all'uso di farmaci, rendendo prioritaria una gestione attenta.

Negli ultimi anni sono stati condotti diversi studi per chiarire quali interventi possano aiutare a gestire questa condizione riducendone i rischi, con risultati eterogenei.

Una revisione a ombrello per fare il punto

Per riassumere le prove disponibili sul tema un gruppo di ricercatori italiani ha condotto una revisione "a ombrello", che ha raccolto e analizzato cioè i risultati da altre 6 revisioni sistematiche con metanalisi, per un totale di 110 studi controllati e randomizzati.

L'obiettivo era valutare l'efficacia di diversi interventi messi in campo per modificare





la polifarmacoterapia nelle persone anziane, con particolare attenzione ai risultati clinici rilevanti, come la mortalità, i ricoveri in ospedale e le cadute. Sono stati esaminati diversi approcci: dalla revisione dei farmaci alla deprescrizione (la riduzione controllata dei medicinali), dagli interventi educativi a quelli comportamentali mirati all'appropriatezza, alla riduzione o all'aderenza alle terapie prescritte.

Che cosa funziona meglio

I risultati variano molto a seconda del tipo di intervento e del contesto e anche la qualità degli studi lascia spesso a desiderare:

- le revisioni delle terapie in atto mirate alla deprescrizione hanno dimostrato di ridurre la mortalità del 26% quando condotte sul territorio, ma non hanno dato lo stesso beneficio in contesti ospedalieri. In entrambi i casi hanno migliorato l'appropriatezza prescrittiva, senza però ridurre significativamente ricoveri o cadute. In ospedale risultano più efficaci le revisioni multidisciplinari, valutazioni più ampie volte a ottimizzare e non solo ridurre la terapia, condotte da team di professionisti (medici, farmacisti, infermieri) che lavorano in modo coordinato e che hanno dimostrato di ridurre i ricoveri dell'11%

- Gli interventi comportamentali, basati su promemoria, supporto motivazionale e aiuto nella creazione di abitudini, hanno dato i risultati più promettenti, riducendo i ricoveri fino al 79% quando applicati da soli e del 30% se combinati con interventi educativi, soprattutto in comunità. Non sono però emersi benefici in termini di mortalità o cadute.
- Gli interventi esclusivamente educativi o basati su sistemi informatici non hanno mostrato benefici significativi su nessuno degli esiti considerati.

Nessun intervento, quindi, ha ridotto in modo significativo il rischio di cadute, uno degli esiti più temuti della polifarmacoterapia.





In pratica

I risultati di questa ampia revisione mostrano che alcuni interventi, come la revisione della terapia mirata alla deprescrizione sul territorio e gli approcci comportamentali, hanno benefici significativi per gli anziani in polifarmacoterapia, ma sottolineano anche che non esiste una soluzione valida per tutti. La gestione degli anziani che spesso convivono con più patologie croniche richiede valutazioni personalizzate e controlli periodici. Per questo è fondamentale che chi assume molti farmaci non modifichi mai autonomamente la terapia e si affidi sempre al proprio medico, che valuterà se e quando sia necessario rivederla.

Bibliografia

Valz Gris A, Farina S, et al. Polypharmacy management interventions in older adults: an umbrella review of meta-analyses of randomized controlled trials. Public Health 2026; <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350625005232?via%3Dihub>

Conflitti di interesse: Assenza di conflitti di interesse

Ci sono bambini che non possono essere vaccinati?

Realizzato con i fondi di farmacovigilanza gestiti da AIFA



COSIsiFA

Le vaccinazioni pediatriche spiegate con 7 videopillole

Le vaccinazioni pediatriche sono un tema di grande rilevanza per la salute dei bambini e della comunità.

Molte persone hanno dubbi ed esitano a vaccinare i propri figli, anche perché girano *online* numerose notizie false sulla pericolosità dei vaccini.

Il progetto COSIsiFA ha pubblicato un corso per i cittadini sulle vaccinazioni pediatriche ([clicca qui per accedere](#)) per far conoscere i benefici e gli effetti avversi dei vaccini. Parallelamente ha reso

disponibile sul portale infarmaco.it

le 7 videopillole che cercano di rispondere alle domande più comuni sui vaccini:

Perché parliamo di vaccini? Che cos'è un vaccino e come agisce? Cosa c'è dentro un vaccino? Perché è importante fare i richiami vaccinali? Vaccinarsi serve solo ai miei figli o anche ad altri? Chi mi assicura che un vaccino è sicuro? Ci sono bambini che non possono essere vaccinati?

[Clicca qui per vedere le videopillole](#)

Oncologia 

La cimicifuga (*black cohosh*) per la gestione degli effetti dell'ormonoterapia nel tumore della mammella: evidenze e riflessioni critiche

Marika Carmini,

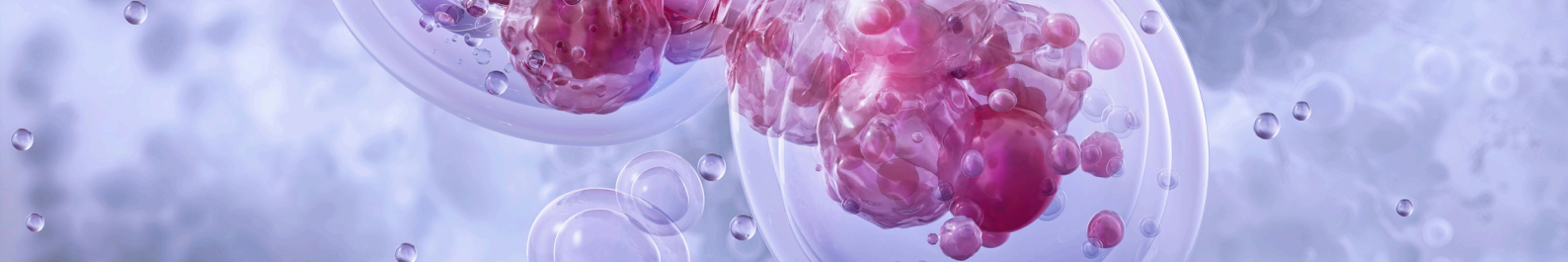
Centro di farmacovigilanza della Regione Piemonte, ASL città di Torino

Valentina Boscaro, Gianluca, Miglio, Armando Genazzoni

Centro di farmacovigilanza della Regione Piemonte, Università di Torino

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 della menopausa, come le vampate di calore e la sudorazione eccessiva, sono reazioni avverse note dei medicinali impiegati nell'ormonoterapia adiuvante dei tumori della mammella. Si tratta di effetti attendibili, perché questi farmaci, tra cui gli inibitori dell'aromatasi e i modulatori selettivi del recettore estrogenico (SERM), causano deprivazione estrogenica. D'altra parte l'efficacia della ormonoterapia adiuvante è giustificata non solo dal fatto che la progressione di certi tumori della mammella è promossa dagli estrogeni, ma soprattutto dalle prove che l'impiego di questi medicinali a lungo termine (almeno 5 anni) riduce il rischio di recidiva della malattia e di morte. Per l'ormonoterapia adiuvante nel tumore della mammella sono disponibili diversi farmaci: i SERM, come il tamoxifene; i degradatori selettivi dei recettori degli estrogeni, come il fulvestrant e l'elacestrant; gli inibitori dell'aromatasi, come l'anastrozolo, il letrozolo e l'exemestane; gli analoghi dell'ormone LHRH (analoghi dell'ormone di rilascio delle gonadotropine) come la triptorelina embonato e la leuprorelina acetato.^{1,2}

I dati

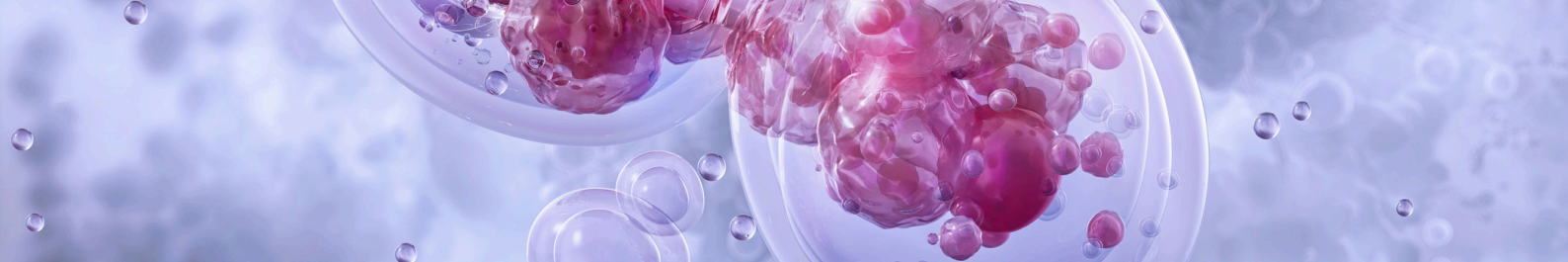
Nelle donne in post-menopausa in trattamento con tamoxifene o inibitori dell'aromatasi le vampate di calore sono l'effetto avverso più comune (fino al 90% dei casi).³

Nelle donne in pre-menopausa la soppressione ovarica con analoghi dell'ormone LHRH accentua le reazioni avverse dell'ormonoterapia adiuvante. Questi disturbi peggiorano la qualità della vita e possono indirettamente compromettere gli effetti benefici dell'ormonoterapia adiuvante, in quanto favoriscono un'aderenza non ottimale alla terapia endocrina.⁴

In un ampio studio trasversale, che ha coinvolto donne con storia di tumore della mammella, circa metà delle partecipanti non era aderente alla terapia endocrina; la mancata aderenza era più probabile tra le partecipanti che riferivano sintomi più marcati rispetto a quelle con sintomi più lievi.⁵

La questione

Migliorare la qualità della vita delle donne con tumore della mammella e migliorare l'aderenza all'ormonoterapia adiuvante sono gli obiettivi degli interventi di supporto che mirano a ridurre questi disturbi.⁶ Al momento, nessuna strategia, farmacologica o non farmacologica, per la loro gestione è priva di limiti o di effetti collaterali, e la ricerca di scelte ottimali rimane tuttora aperta.



Tra gli interventi possibili è stato proposto anche l'impiego di prodotti a base di cimicifuga (*Cimicifuga racemosa*, poi ribattezzata *Actaea racemosa*, nota anche come *black cohosh*), di cui è cruciale valutare con attenzione il profilo rischio/beneficio, soprattutto in pazienti clinicamente complesse come quelle con un tumore della mammella in ormonoterapia adiuvante.

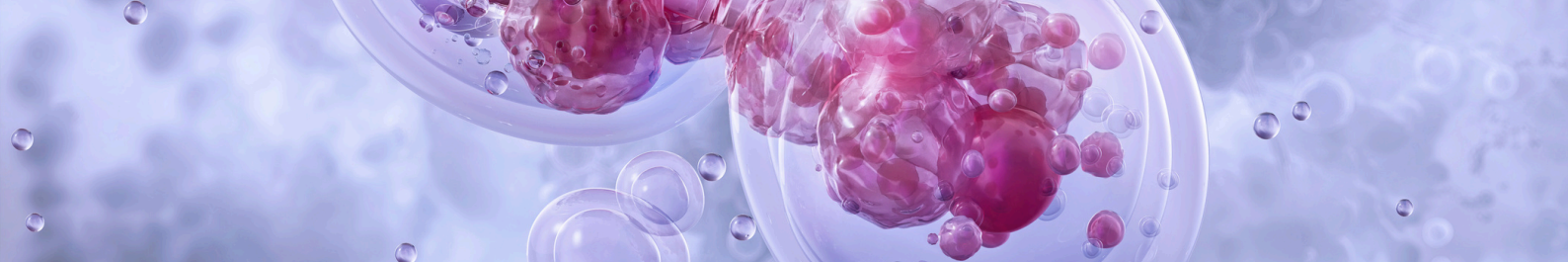
Dalla letteratura

La cimicifuga è una pianta della famiglia delle Ranunculaceae originaria del Nord America. Dalla sua radice e dal rizoma, essiccati, interi o in frammenti, si ricavano estratti idroalcolici, titolati in base al contenuto di glicosidi triterpenici (come acteina e cimicifugoside).⁷

Oggi sono disponibili in commercio prodotti allestiti a partire da questi preparati, compresi medicinali di origine vegetale e integratori alimentari principalmente impiegati dalle donne in menopausa. L'impiego per alleviare i disturbi della menopausa, come le vampate di calore e la sudorazione profusa, è un "uso ben stabilito" ("*well-established use*") come riconosciuto dall'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA).⁸ In aggiunta, l'informazione "utile per contrastare i disturbi della menopausa" è riconosciuta dal Ministero della Salute per gli integratori a base di cimicifuga.⁹

Tuttavia, è importante distinguere questa indicazione generale dall'uso che si potrebbe fare in contesti clinici specifici, come nelle donne con storia di tumore della mammella. L'efficacia e la sicurezza di questi prodotti quando impiegati nelle donne con storia di tumore della mammella e in trattamento ormonale adiuvante è meno chiara ed è stata indagata in cinque studi, che vengono di seguito riassunti e cui si rimanda per eventuali approfondimenti. In uno studio (Jacobson et al. 2001) in doppio cieco, randomizzato contro placebo, che ha coinvolto 85 pazienti, la maggioranza sopra i 50 anni d'età e con storia di carcinoma della mammella (59 in terapia con tamoxifene), sia il numero sia l'intensità delle vampate di calore sono diminuiti, ma in misura paragonabile nelle donne che avevano preso la cimicifuga e in quelle trattate con il placebo.¹⁰

In uno studio (Muñoz et al. 2003) in aperto, randomizzato su 136 pazienti di età compresa tra 35 e 52 anni con storia di carcinoma della mammella (tutte in ormonoterapia adiuvante), una parte delle donne riceveva un prodotto a base di cimicifuga, mentre le altre non venivano trattate con alcun intervento aggiuntivo. A distanza di 12 mesi emergeva una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi nella frequenza e nell'intensità delle vampate: il 46,7% delle donne trattate non segnalava più episodi, mentre tutte le pazienti non trattate presentavano ancora vampate. Inoltre, gli episodi più intensi risultavano presenti nel 24,4% delle donne trattate rispetto al 73,9% del gruppo di controllo. Tuttavia, il gruppo di controllo non riceveva alcun placebo, condizione che introduceva un rilevante bias metodologico e



comprometteva l'affidabilità complessiva dei risultati.¹¹

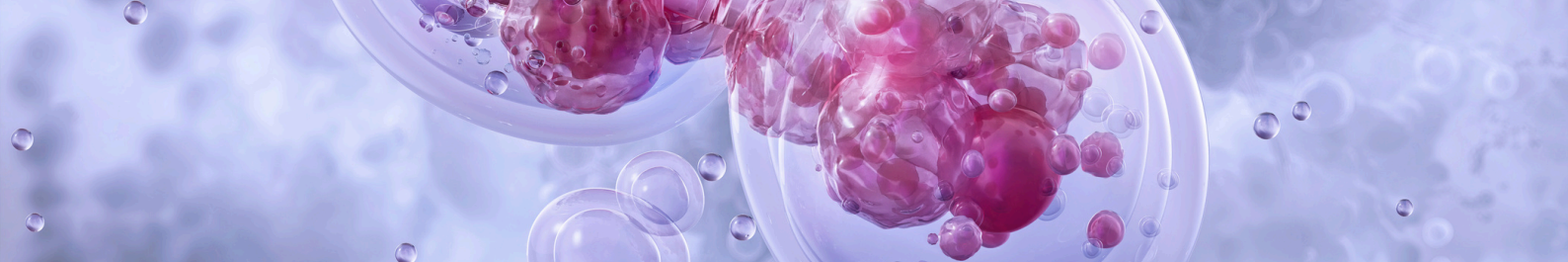
In uno studio pilota (Pockaj et al. 2004) in aperto, non randomizzato e non controllato, sono state coinvolte 23 pazienti (21 valutabili, età 38-80 anni); di queste, 13 con storia di carcinoma mammario e solo 6 in trattamento con tamoxifene o raloxifene. La prima settimana le partecipanti non hanno ricevuto alcun trattamento (basale), mentre nelle successive 4 settimane hanno assunto un prodotto a base di black cohosh (Remifemin® 20 mg, 2 volte al giorno). La frequenza giornaliera degli episodi al basale (8,3 [range 3,7-18,9]) è diminuito (4,2 [0,0-18,1]) alla quinta settimana.¹²

In uno studio successivo (Pockaj et al. 2006) in doppio cieco, controllato e randomizzato con disegno *crossover* sono state coinvolte 132 pazienti (età 32,0-76,0 anni), delle quali 64 con storia di tumore della mammella, 44 in trattamento con tamoxifene e 36 con inibitori dell'aromatasi. Il protocollo ha previsto una settimana di valutazione basale e 4 settimane di trattamenti con cimicifuga o con placebo, seguiti da un incrocio tra i due gruppi (cioè somministrando la cimicifuga a quelle che avevano ricevuto un placebo e viceversa) senza un periodo di sospensione. I due trattamenti a confronto si sono associati a una diminuzione paragonabile sia della frequenza dei disturbi (-17% e -26%) sia dell'intensità degli episodi.¹³

In uno studio (Rostock et al. 2011) osservazionale prospettico su 50 pazienti (età 43-77 anni) con storia di tumore della mammella in trattamento con tamoxifene le pazienti hanno usato per 6 mesi un prodotto formulato con un estratto di cimicifuga. Alla scala usata per la valutazione dei disturbi (MRS II) è emersa una riduzione dei punteggi rilevati alla partenza dello studio (da 17,6 a 13,6). Le vampate di calore, la sudorazione, i disturbi del sonno e l'ansia sono migliorati e il 90% ha riferito una buona tollerabilità all'estratto di cimicifuga.¹⁴ Non trattandosi di uno studio controllato e randomizzato tali risultati hanno comunque un peso relativo.

Nel complesso la valutazione di questi studi non consente di giungere a conclusioni chiare, robuste e definitive sull'efficacia e la sicurezza dei preparati di cimicifuga nelle pazienti con tumore della mammella in trattamento ormonale adiuvante. Emerge invece un quadro di significativa incertezza, legato a diversi fattori:

- i risultati degli studi non sono tra loro coerenti e solo alcuni indicano una qualche superiorità dei preparati esaminati rispetto ai trattamenti di controllo
- il numero di pazienti con storia di tumore della mammella in trattamento ormonale adiuvante incluse negli studi è limitato e spesso gli studi hanno valutato anche donne in menopausa senza storia di tumore della mammella
- solo alcuni studi sono stati condotti in cieco e sono stati controllati, compromettendo quindi la possibilità di effettuare un'analisi comparativa e di avere prove robuste di efficacia
- la durata degli studi è limitata se paragonata alla durata ottimale dell'ormonoterapia adiuvante e questo non permette di definire in modo affidabile i benefici e i rischi associati all'impiego di questi prodotti a lungo termine in questa popolazione



- i prodotti a base di cimicifuga esaminati sono diversi, rendendo difficile la generalizzazione dei dati
- alcuni studi hanno conflitti d'interesse che possono influenzare l'interpretazione dei risultati
- la sicurezza e la tollerabilità della cimicifuga non sono state valutate in modo approfondito, una mancanza critica vista la potenziale fragilità di queste pazienti.

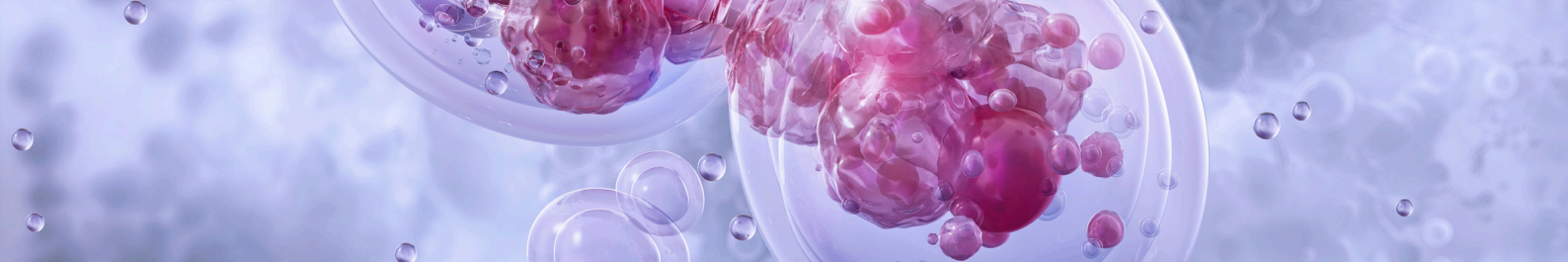
A tale proposito, occorre sottolineare che l'impiego di preparati di cimicifuga non è esente da rischi, e il concetto che "naturale" equivalga a "sicuro" è una semplificazione falsa e ingannevole. Infatti, in letteratura sono stati segnalati in utilizzatori di preparati di cimicifuga casi di epatotossicità, di gravità variabile fino all'insufficienza epatica acuta, anche con esito fatale. Inoltre, l'uso di cimicifuga si associa ad altre reazioni avverse comuni come disturbi muscolo-scheletrici, sanguinamenti uterini e dolore al seno, eruzioni cutanee e disturbi gastrointestinali.¹⁵

Conclusione

Alla luce delle prove disponibili e delle incertezze persistenti, è fondamentale avere un approccio improntato alla massima cautela.

L'EMA raccomanda espressamente che le donne con storia di tumore della mammella si astengano dall'impiegare medicinali a base di cimicifuga per alleviare i disturbi della menopausa associati ai trattamenti adiuvanti.⁸ È importante sottolineare che l'uso della cimicifuga per questo specifico scopo non rientra tra quelli riconosciuti dal Ministero della Salute per gli integratori alimentari.⁹

Sebbene le donne in menopausa e quelle in terapia ormonale adiuvante per un tumore della mammella possano condividere disturbi simili, queste raccomandazioni indicano chiaramente che non è giustificato, né scientificamente supportato, estrapolare i benefici e i rischi riconosciuti per la popolazione generale in menopausa alla popolazione delle donne con tumore della mammella in trattamento ormonale adiuvante. I risultati disponibili non forniscono alcun supporto a tale estrapolazione e, soprattutto, non consentono di escludere l'esistenza di differenze significative tra le due popolazioni, né la possibilità di interazioni o effetti avversi specifici nelle donne con tumore della mammella. Ciò richiama un concetto fondamentale in farmacologia: l'origine "naturale" di un prodotto non ne assicura intrinsecamente la sicurezza e l'efficacia, soprattutto in condizioni cliniche complesse come quelle delle donne con un tumore della mammella. Ne consegue la necessità di un confronto preventivo con il medico prima di intraprendere qualsiasi trattamento, inclusi quelli di origine naturale.



Bibliografia

1. Associazione Italiana Oncologia Medica. Linea guida carcinoma mammario in stadio precoce, 2023; <https://www.aiom.it/linee-guida-aiom-2023-carcinoma-mammario-in-stadio-preco> ○○○
2. Associazione Italiana Oncologia Medica. Linea guida carcinoma mammario in stadio avanzato, 2023; <https://www.aiom.it/linee-guida-aiom-2023-carcinoma-mammarioavanz> ○○○
3. Peate M, Saunders C, et al. Who is managing menopausal symptoms, sexual problems, mood and sleep disturbance after breast cancer and is it working? Findings from a large community-based survey of breast cancer survivors. *Breast Cancer Res Treat.* 2021;187:427- 35. ○○○
4. Hickey M, Basu P, et al. Managing menopause after cancer. *Lancet* 2024;403:984-96. ●●○
5. Agnew S, Crawford M, et al. The impact of symptom clusters on endocrine therapy adherence in patients with breast cancer. *Breast* 2024;75:103731 ○○○
6. Franzoi M, Agostinetti E, et al Evidence-based approaches for the management of sideeffects of adjuvant endocrine therapy in patients with breast cancer. *Lancet Oncol.* 2021;22:e303-e313. ●●○
7. European Pharmacopoeia (Ph. Eur.) 12 ed., 2025; <https://pheur.edqm.eu/home> ○○○
8. European Medicines Agency. Assessment report on *Cimicifuga racemosa* (L.) Nutt., rhizoma, 2018; https://www.ema.europa.eu/en/documents/herbal-report/final-assessment-reportcimicifuga-racemosa-l-nutt-rhizome-revision-1_en.pdf ○○○
9. Ministero della Salute. Disciplina dell'impiego negli integratori alimentari di sostanze e preparati vegetali. (18A06095). (G.U. Serie Generale, n. 224 del 26 settembre 2018); <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=65948> ○○○
10. Jacobson J, Troxel A, et al. Randomized trial of black cohosh for the treatment of hot flashes among women with a history of breast cancer. *J Clin Oncol* 2001; 19:2739-45 ●●○
11. Hernández Muñoz G, Pluchino S. *Cimicifuga racemosa* for the treatment of hot flashes in women surviving breast cancer. *Maturitas* 2003;44 Suppl 1:S59-65. ●●○
12. Pockaj B, Loprinzi C, et al. Pilot evaluation of black cohosh for the treatment of hot flashes in women. *Cancer Invest* 2004;22(4):515-21. ND
13. Pockaj B, Gallagher J, et al. Phase III double-blind, randomized, placebo-controlled crossover trial of black cohosh in the management of hot flashes: NCCTG Trial N01CC1. *J Clin Oncol* 2006;24(18):2836-41 ○○○

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

La produzione di InFarmaco.it

**Tutti i link ai materiali informativi pubblicati su InFarmaco
dal 15 gennaio 2026 al 14 marzo 2026**

Pediatria

[Ulteriori conferme sulla sicurezza del paracetamolo in gravidanza](#)
[La manipolazione dei farmaci è una pratica diffusa in pediatria](#)
[Pari efficacia tra prednisolone e desametasone per l'asma dei bambini](#)
[Adrenalina per via nasale per l'anafilassi nel bambino](#)
[Bronchiolite: l'adesione alla campagna di immunizzazione riduce i ricoveri](#)
[Il cortisone per bocca nel bambino va usato con raziocinio](#)
[In aumento le intossicazioni da farmaci negli adolescenti](#)
[COVID-19: il rischio di miocardite è maggiore dopo la malattia che dopo il vaccino](#)
[Il macrogol per la stitichezza nei bambini](#)
[Per l'otite media acuta del bambino l'antibiotico non è sempre necessario](#)
[La terapia antibiotica evita l'intervento chirurgico in caso di appendicite?](#)

Oncologia

[Quando l'anticorpo monoclonale è efficace come il chemioterapico](#)
[Infezioni del sangue spesso dovute a batteri resistenti](#)
[Antitumorali: il fastidio generato dagli effetti avversi può durare mesi](#)
[Proseguire comunque l'immunoterapia?](#)
[Scelte condivise tra medico e paziente](#)
[Terapie ritagliate su misura contro i tumori](#)
[Le strade per approvare i farmaci oncologici in pediatria](#)
[Rispettare le raccomandazioni con i farmaci antitumorali per bocca](#)
[Un antipertensivo per il glioblastoma](#)

Antibiotico resistenza

[Gli antibiotici non servono nelle infezioni virali, ma vengono usati](#)
[Perché le persone prendono un antibiotico senza chiedere al medico?](#)
[Milioni di chili di antibiotici usati nel mondo](#)
[Profilassi antibiotica efficace prima di un intervento chirurgico](#)
[Funziona il Piano nazionale contro l'antimicrobico resistenza?](#)
[Incontra resistenze l'eliminazione dell'*Helicobacter*](#)
[Il ruolo dei chirurghi nell'antibiotico resistenza](#)
[La durata ottimale della terapia antibiotica](#)
[Funzionano i monoclonali per combattere i batteri?](#)

Cronicità e polifarmacia

Quattro persone su dieci non assumono le statine come dovrebbero

Troppi farmaci negli anziani: quali interventi riducono i rischi?

I probiotici possono aiutare a prevenire la diarrea da *Clostridioides difficile*?

La prescrizione degli oppioidi vista dall'alto

I promemoria digitali aiutano gli anziani che assumono molti farmaci?

La speranza dei vaccini antinfluenzali di nuova generazione

Deprescrizione dei farmaci negli anziani: il "come" fa la differenza

Minidossier

Batteriemie da enterobatteri resistenti ai carbapenemi: implicazioni epidemiologiche e strategie di gestione clinica

Polifarmacoterapia nelle transizioni di cura: assistenza integrata per la continuità tra ospedale e territorio

Sicurezza ed efficacia della vaccinazione anti herpes zoster

La cimicifuga (*black cohosh*) per la gestione degli effetti dell'ormonoterapia nel tumore della mammella: evidenze e riflessioni critiche