



**Il bambino non è un
piccolo adulto a pag. 39**

Sommario

COSIsiFA

Nasce la <i>Guida al percorso di cura oncologico</i>	3
--	---

News



Acne: benefici e rischi delle terapie ormonali	5
L'antibiotico dal pediatra di famiglia	8
Otite media acuta: meglio attendere a dare l'antibiotico	10
Più vaccini nella stessa seduta sono sicuri nei bambini	12



La differente opinione di medici e pazienti sugli eventi avversi	14
Parola alle donne in cura con gli inibitori dell'aromatasi	17
Si può gestire bene la mucosite orale da chemioterapici	20



L'uso degli antibiotici nei nove mesi di gravidanza	23
Dimezzare il consumo di antibiotici in veterinaria	25
Infezioni in ospedale: c'è ancora molto da fare	27
Viaggiando lontano si possono portare a casa i batteri resistenti	29



Che cosa succede quando si sospende un antidepressivo?	31
Il ruolo chiave del paziente per ridurre gli inibitori di pompa	33
Terapia ormonale sostitutiva e rischio cardiovascolare	36

Multimedia

L'insonnia nel bambino	38
------------------------	----

Minidossier

Il bambino non è un piccolo adulto	39
------------------------------------	----

Schede Farmaco

Benzodiazepine - Appropriatelyzza d'uso	46
---	----

<i>La produzione di InFarmaco.it</i>	53
--------------------------------------	----

Nasce la *Guida al percorso di cura oncologico*

Area Oncologica, Progetto COSIsiFA

Nell'ambito del progetto COSIsiFA, il gruppo di lavoro del Work Package 2 (WP2), Area Oncologica ha realizzato [*Una guida al percorso di cura oncologico*](#). Lo strumento nasce con l'obiettivo prioritario di offrire un'informazione scientifica indipendente, chiara e rigorosa sui farmaci antitumorali, rivolgendosi direttamente a pazienti, *caregiver* e cittadini.

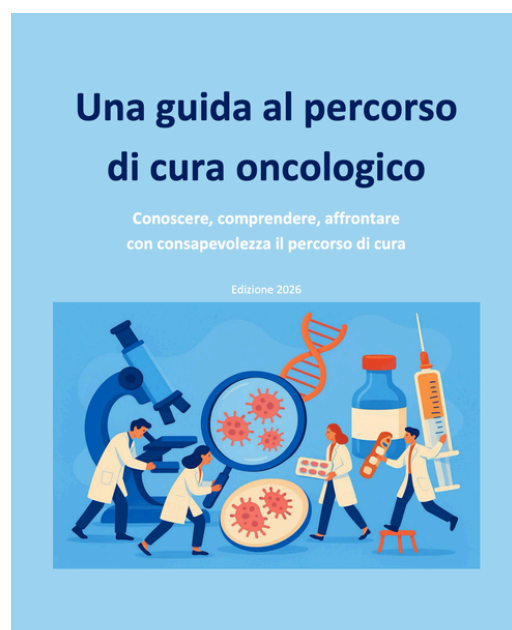
Un'opera nata dall'ascolto nella pratica clinica

I contenuti della guida sono stati elaborati partendo dall'analisi delle domande, delle perplessità e dei dubbi più frequenti emersi nel quotidiano confronto tra i pazienti, le loro famiglie e i *team* sanitari al momento della diagnosi e durante il trattamento. L'intento primario è accompagnare la persona lungo l'intero percorso di cura, trasformando il disorientamento in consapevolezza e partecipazione attiva.

Struttura e contenuti chiave

Con un linguaggio accessibile ma rigorosamente ancorato alle prove scientifiche, la guida affronta a 360 gradi il panorama delle terapie oncologiche moderne.

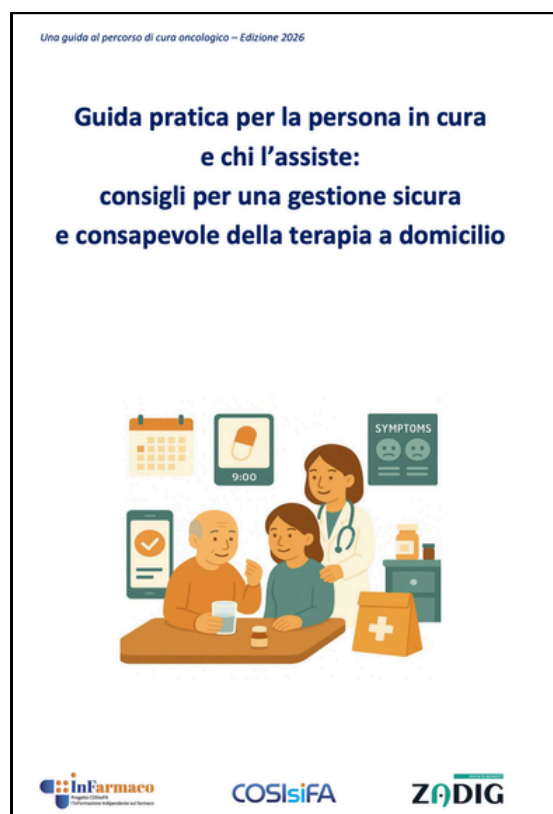
- Le opzioni terapeutiche e la medicina di precisione: dal funzionamento della chemioterapia tradizionale all'immunoterapia, dalle terapie a bersaglio molecolare fino ai radiofarmaci. Viene spiegato perché persone con la medesima diagnosi possano ricevere trattamenti differenti in base al profilo molecolare del tumore e alle caratteristiche individuali.



- L'alleanza con il *team* multidisciplinare: la valorizzazione della scelta condivisa e del ruolo integrato di oncologi, infermieri, farmacisti ospedalieri, psicologi, nutrizionisti e specialisti della terapia del dolore.
- Gestione domiciliare e aderenza: consigli pratici sulla somministrazione dei farmaci a casa, il rispetto degli orari, la corretta conservazione e l'uso di promemoria per garantire la massima efficacia delle cure.
- Farmacovigilanza attiva: un focus sull'importanza di segnalare tempestivamente al medico o direttamente all'AIFA gli effetti indesiderati, evidenziando come l'esperienza del paziente nel mondo reale sia fondamentale per la sicurezza di tutti.
- Trasparenza su accesso e studi clinici: risposte chiare sui processi di approvazione da parte di EMA e AIFA, sul valore dei farmaci innovativi, equivalenti e biosimilari, fino alle tutele previste per gli studi clinici e le vie di accesso straordinario al farmaco (uso compassionevole e impiego *off-label*).

Un ponte tra sanità e cittadini

La *Guida al percorso di cura oncologico* si propone dunque come un valido strumento informativo ed educativo, concepito per rafforzare l'alleanza terapeutica tra il *team* assistenziale e la rete di supporto del paziente. Promuovere una corretta alfabetizzazione sanitaria (*health literacy*) sul farmaco oncologico significa garantire cure più sicure, appropriate e trasparenti.





Acne: benefici e rischi delle terapie ormonali

Secondo una revisione della letteratura scientifica, le terapie ormonali possono essere una alternativa efficace e generalmente ben tollerata per il trattamento dell'acne, in particolare nelle donne con acne persistente, refrattaria o associata a squilibri ormonali.

Acne: che cos'è e come si tratta

L'acne, a tutti nota, è una malattia infiammatoria della pelle che compare soprattutto durante l'adolescenza, ma che può persistere o manifestarsi anche

in età adulta, in particolare nelle donne. Alla base della malattia contribuiscono diversi meccanismi come: l'aumento della produzione di sebo, l'infiammazione, l'ostruzione dei follicoli piliferi, la proliferazione di un microbo, il *Cutibacterium acnes* e, in molte donne, una componente ormonale legata agli androgeni.

Le terapie per l'acne

Le terapie convenzionali per l'acne comprendono:

- i retinoidi topici, cioè applicati localmente, che favoriscono il rinnovamento della pelle e riducono l'ostruzione dei follicoli
- il perossido di benzoile usato localmente con attività antibatterica
- gli antibiotici topici (locali) o sistemici (presi cioè per bocca)
- l'isotretinoina per bocca, utilizzata soprattutto nelle forme più gravi o resistenti.

Tuttavia molti di questi trattamenti hanno limiti legati alla tollerabilità o alla sicurezza nel lungo periodo. I trattamenti topici, come i retinoidi e il perossido di benzoile, possono causare irritazione cutanea, secchezza e ridotta tollerabilità, mentre gli antibiotici andrebbero usati per periodi limitati per ridurre il rischio di antibiotico resistenza.

Anche l'isotretinoina richiede controlli clinici e di laboratorio regolari perché può aumentare i trigliceridi e gli enzimi epatici ed è controindicata in gravidanza per il rischio di malformazioni fetali. Accanto a questi approcci vengono utilizzate anche le terapie ormonali, come contraccettivi orali combinati e spironolattone, soprattutto nelle donne con acne persistente o associata a segni di iperandrogenismo. Proprio per chiarire l'efficacia e la sicurezza di questi



trattamenti, un gruppo di ricercatori italiani ha condotto una revisione della letteratura scientifica disponibile.

I risultati della revisione

Sono stati presi in considerazione i risultati di sui contraccettivi orali combinati (pillola contraccettiva), sullo spironolattone e sui nuovi antiandrogeni topici come il clascoterone.

Lo spironolattone ha mostrato una riduzione significativa delle lesioni acneiche e un miglioramento della qualità di vita, con buona tollerabilità e un rischio molto basso di iperpotassiemia (uno dei possibili effetti avversi) nelle donne sane. Anche la pillola contraccettiva si è mostrata efficace nel ridurre le lesioni, indipendentemente dal tipo di progestinico utilizzato.

Rispetto agli antibiotici i contraccettivi ormonali hanno mostrato un controllo della malattia duraturo senza avere il rischio di favorire una antimicrobica resistenza.

In pratica

Alcuni trattamenti topici per l'acne, come il perossido di benzoile e l'acido azelaico, sono disponibili anche senza prescrizione medica, ma è comunque consigliabile chiedere un parere al medico o al farmacista prima di utilizzarli, soprattutto se il trattamento deve essere prolungato nel tempo. Alcuni prodotti, infatti, possono causare irritazione e ridotta tollerabilità cutanea, mentre l'uso non appropriato degli antibiotici può favorire lo sviluppo di antibiotico resistenza.

Nelle donne con acne persistente o associata a squilibri ormonali, le terapie ormonali – come contraccettivi orali combinati e spironolattone – possono essere un'alternativa efficace. Anche in questo caso è però importante valutare attentamente eventuali controindicazioni e il profilo di rischio individuale.



Bibliografia

Tommasino N, Annunziata M, et al. Efficacy and safety of hormonal therapies for acne: a narrative review. Clin Cosmet Investig Dermatol 2025; <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12691598/>

Conflitti di interesse: Assenza di conflitti di interesse



L'antibiotico dal pediatra di famiglia

C'è ampio spazio di miglioramento per la prescrizione appropriata di antibiotici in ambito pediatrico in Italia (leggi anche la news "[Nei primi quattro anni di vita molti bambini ricevono antibiotici](#)").

Un'indagine condotta su 601 pediatri di famiglia ha sottoposto loro tre diversi scenari clinici infettivi (una faringite causata dallo streptococco, un'otite media acuta e una polmonite acquisita in comunità). Per ciascuna di queste tre diverse condizioni è stato chiesto ai pediatri quali antibiotici prescrivano e per quanti giorni di terapia. L'obiettivo era valutare il comportamento nella vita reale quotidiana rispetto alle raccomandazioni fornite dalle linee guida internazionali del National Institute for Health and Care Excellence (NICE)

Britannico e della Società Italiana di Pediatria.

La terapia della faringite da streptococco

La maggior parte dei pediatri di famiglia in caso di mal di gola di origine batterica prescrive l'amoxicillina, il farmaco considerato di prima linea, il 16,7% però inizia subito la terapia con l'associazione amoxicillina più acido clavulanico, che non è invece raccomandata dalle linee guida come primo approccio. Tra l'altro la maggioranza dei pediatri di famiglia (63,9%) prescrive 10 giorni di terapia e solo il 31,8% un ciclo di sei giorni, più in linea quest'ultimo con le raccomandazioni attuali in cui si cerca di ridurre la durata delle terapie antibiotiche, mantenendone l'efficacia, per contenere la diffusione dell'antibiotico resistenza.

La terapia dell'otite media acuta

L'associazione amoxicillina più acido clavulanico è usata dalla metà dei pediatri come terapia per l'otite media acuta, la restante metà prescrive invece come primo approccio la sola amoxicillina con una durata che in oltre il 90% dei casi è uguale o superiore ai sei giorni.

Le linee guida raccomandano la terapia con sola amoxicillina in questi casi e suggeriscono una durata di 10 giorni solo nei casi più a rischio (leggi anche le news ["Otite media acuta nel bambino: meglio attendere a dare l'antibiotico"](#) e ["Per l'otite media acuta del bambino l'antibiotico non è sempre necessario"](#)).

La terapia della polmonite acquisita in comunità

Nel caso della polmonite acquisita in comunità, cioè al di fuori dell'ospedale,

i pediatri si dividono nelle loro scelte dell'antibiotico da prescrivere:

- un terzo ricorre sempre all'amoxicillina più acido clavulanico
- un terzo all'amoxicillina da sola
- e un terzo ai macrolidi, con la tendenza a prolungare molto il trattamento (il 62,1% suggerisce dieci giorni di terapia e il 15% fino a due settimane).

In realtà le linee guida raccomandano nei bambini che sono stati vaccinati contro lo pneumococco e contro l'emofilo l'uso dell'amoxicillina come prima linea e solo per cinque giorni di durata, con una rivalutazione del quadro dopo 72 ore di terapia (leggi anche la news ["Antibiotico per bocca nella polmonite del bambino"](#)).

In pratica

Da questa indagine emerge che i pediatri di famiglia italiani, di fronte a tre delle infezioni di origine batterica più comuni, non sempre seguono le raccomandazioni delle linee guida né nella scelta dell'antibiotico da prescrivere né nella durata della somministrazione. Se è vero che il pediatra deve tenere conto anche di altri fattori legati al singolo paziente che magari inducono a una scelta diversa rispetto a quella raccomandata dalle linee guida, è altrettanto vero che solo seguendo le raccomandazioni si migliora l'appropriatezza prescrittiva e si riduce in tal modo la diffusione dell'antibiotico resistenza.



Bibliografia

Cerimoniale G, Chiappini E, et al. Addressing the silent pandemic: the role of italian primary care paediatrics in combating antimicrobial resistance. Acta Paediatrica 2025; <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/apa.70380>

Conflitti di interesse: Assenza di conflitti di interesse



Otite media acuta: meglio attendere a dare l'antibiotico

Prima di somministrare un antibiotico a un bambino con otite media acuta, è utile osservare attentamente l'evoluzione dei sintomi per qualche giorno. Si dovrebbe infatti iniziare una terapia antibiotica solo in caso di peggioramento della situazione o mancato miglioramento dopo 48-72 ore, rimanendo in vigile attesa.

Il consiglio è la cautela

L'approccio cauto, definito di "vigile attesa", consente di limitare l'uso non necessario di antibiotici, riducendo il rischio di effetti indesiderati nel bambino e contribuendo a contrastare in generale il fenomeno dell'antibiotico resistenza. L'otite media acuta è una delle infezioni

più frequenti nei bambini ed è anche una delle principali cause di prescrizione antibiotica, che spesso però non è necessaria. Nonostante le prove favorevoli (leggi anche [Nell'otite media acuta ricorrente all'inizio basta una vigile attesa](#)), la vigile attesa è ancora poco utilizzata nella pratica clinica. Uno studio condotto negli Stati Uniti ha valutato quanto spesso questo approccio venga adottato e quali siano gli esiti clinici associati a questo comportamento.

Quando viene utilizzata?

Su oltre 140.000 visite pediatriche effettuate in uno studio multicentrico oltreoceano per un'otite media, la vigile attesa è stata adottata solo in poco più



del 15% dei casi, mentre l'antibiotico è stato prescritto immediatamente nel restante 85% circa delle visite. Dati che confermano l'uso inappropriato di antibiotici in questa condizione per la quale ogni anno negli Stati Uniti sarebbero prescritti 10 milioni di cicli di terapia con questi farmaci. Ricorrere subito agli antibiotici avrebbe senso se

questa scelta consentisse una prognosi migliore come tempi di guarigione o riduzione immediata del dolore, che è il sintomo più disturbante per il bambino. Ma lo studio statunitense conferma che i risultati erano analoghi dando o meno l'antibiotico, con percentuali di insuccesso vicine all'1% in entrambi i casi.

In pratica

Perché bisogna esporre un bambino con un'otite media acuta al rischio di effetti avversi legati alla terapia antibiotica se il ricorso alla terapia non modifica il decorso della malattia? La domanda è retorica e in effetti le linee guida raccomandano in questi casi la vigile attesa, che però, almeno in questo studio statunitense, è praticata in pochissimi casi.

Si ricorda che nella fase iniziale dell'otite media acuta nel bambino è possibile controllare il dolore e l'eventuale febbre con farmaci antidolorifici e antipiretici, come paracetamolo o ibuprofene, utilizzati alle dosi corrette per età e peso del bambino. L'antibiotico dovrebbe essere riservato solo ai casi che peggiorano o che non mostrano miglioramenti dopo due o tre giorni di attesa.



Bibliografia

Jekins T, Hersh A, et al. Watchful waiting for children with acute otitis media: frequency of use and outcomes in clinical practice. J Pediatric Infect Dis Soc 2025; <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12678167/>

Conflitti di interesse: Assenza di conflitti di interesse



Più vaccini nella stessa seduta sono sicuri nei bambini

La somministrazione contemporanea di tre o più vaccini iniettabili nei bambini e negli adolescenti non aumenta il rischio di eventi avversi gravi. Questa pratica comune può comportare una maggiore frequenza di reazioni lievi e transitorie, come febbre, irritabilità e dolore nel punto di iniezione, ma i vantaggi superano questi fastidi lievi, risolvibili e di breve durata.

I dubbi dei genitori

Ricevere più vaccini durante la stessa seduta è una pratica prevista dai programmi vaccinali pediatrici, ma può suscitare preoccupazione nei genitori. Uno dei timori più frequenti è che la somministrazione contemporanea

possa “sovraccaricare” il sistema immunitario o aumentare il rischio di reazioni importanti. Per approfondire il profilo di sicurezza di questa procedura, un gruppo di ricercatori italiani ha condotto una revisione sistematica che ha identificato in letteratura scientifica gli studi che hanno valutato gli effetti della somministrazione contemporanea di tre o più vaccini iniettabili nei bambini e negli adolescenti. L'analisi ha incluso 26 studi e complessivamente oltre 15.000 partecipanti.

Che cosa emerge dallo studio

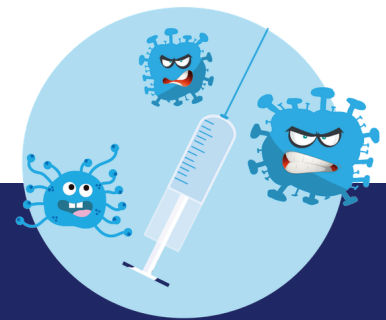
Rispetto alla somministrazione di un numero inferiore di vaccini nella stessa seduta, la somministrazione

contemporanea di tre o più vaccini si associava a un aumento modesto degli eventi avversi complessivi, in particolare febbre di breve durata, irritabilità, pianto, sonnolenza, stanchezza e dolore nel punto di iniezione. Per quanto riguarda la comparsa di possibili eventi avversi gravi, invece, il rischio non è risultato diverso tra chi aveva ricevuto più vaccini contemporaneamente e chi ne aveva ricevuto solo uno.

I vantaggi della co-somministrazione

Somministrare più vaccini nella stessa seduta ha diversi vantaggi e consente di:

- ridurre il numero di accessi al centro vaccinale
- evitare ritardi nel completamento del calendario
- favorire l'adesione ai richiami
- migliorare la copertura vaccinale
- ridurre il tempo e gli spostamenti richiesti alle famiglie.



In pratica

Quando il calendario vaccinale prevede più vaccinazioni nella stessa occasione, in assenza di specifiche controindicazioni, si può essere tranquilli: la co-somministrazione non aumenta i rischi, mantiene la sua efficacia e non sovraccarica il sistema immunitario del bambino o dell'adolescente.

Nei giorni successivi alla vaccinazione possono manifestarsi dolore o arrossamento nel punto di iniezione, irritabilità, stanchezza o febbre. Nella maggior parte dei casi si tratta di disturbi temporanei, che si risolvono spontaneamente. In caso di sintomi persistenti o diversi da quelli attesi, è opportuno rivolgersi al pediatra o al centro vaccinale.

Per approfondire come funzionano i vaccini, quali controlli vengono effettuati e come orientarsi tra dubbi e informazioni contrastanti, consulta anche il viaggio di informazione "[Vaccinare bimbi e bimbe: una scelta consapevole](#)" sulla piattaforma Formars.

Bibliografia

Boccalini S, Del Riccio M, et al. Safety of co-administration of injectable vaccines in individuals under 18 years of age: a systematic literature review. Hum Vaccin Immunother 2025; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41335471/>

Conflitti di interesse: Assenza di conflitti di interesse



La differente opinione di medici e pazienti sugli eventi avversi

Diverse terapie antitumorali possono causare come effetti collaterali dei disturbi alla bocca, che vanno dalla secchezza delle fauci a problemi più gravi e comunque invalidanti per quanto riguarda la possibilità di alimentarsi normalmente. E qui sta una differenza importante: la valutazione del fastidio data dal paziente è più disturbante di quanto considerato dal medico, che spesso sottovaluta questa situazione. Uno studio condotto in Giappone mette a confronto proprio il parere dei pazienti e dei medici al riguardo.

Come misurare l'entità del disturbo

Negli Stati Uniti è stato sviluppato un questionario (l'acronimo è PRO-CTCAE,

che sta per *Patient Reported Outcome – Common Terminology Criteria for Adverse Event*, cioè esiti riportati dal paziente, criteri comuni di terminologia per gli effetti avversi) che può essere usato negli studi clinici e valuta con gli occhi del malato la sua situazione.

La versione italiana del questionario, disponibile dal 2017, contempla 80 diversi disturbi che il malato può avere, sui quali può esprimere la propria valutazione.

Tra questi ci sono anche i disturbi del cavo orale, e in particolare:

- sensazione di bocca secca
- difficoltà a deglutire
- piaghe in bocca o in gola
- screpolature agli angoli della bocca



- difficoltà a sentire il sapore di cibi o bevande.

Per ciascuno di questi il malato è invitato a dire quanto spesso nell'ultima settimana si sono verificati (da "mai" a "moltissimo") e quale è stata la gravità o l'intensità del disturbo.

I risultati dello studio giapponese sulla salute orale

Sono state analizzate le risposte al questionario di quasi 250 pazienti con tumore trattati con chemioterapia o immunoterapia, confrontandole con quelle indicate dal medico su un analogo questionario.

L'obiettivo era valutare se la valutazione del medico sulla gravità

del disturbo fosse vicina a quella provata dal paziente. Quasi tutti i pazienti (85%) hanno avuto problemi di salute del cavo orale correlati alle terapie antitumorali cui hanno dovuto sottoporsi.

In particolare quasi il 10% riferiva di avere avuto nella settimana precedente sintomi orali da moderati a gravi. Oltre metà dei pazienti segnalava inoltre di avere avuto problemi di bocca secca di gravità almeno lieve. Se si confrontavano questi risultati con l'opinione dei medici emergeva una chiara discrepanza, visto che il 30% dei pazienti riportava una gravità dei sintomi significativamente maggiore di quella valutata dai medici.





In pratica

Eventi avversi considerati a volte dal medico come di poco conto vengono invece vissuti dal paziente con notevole sofferenza anche se il disturbo non è grave. Ciò vale per esempio per i problemi al cavo orale, che incidono sulla qualità di vita indipendentemente dalla loro reale entità. Ciò indica che negli studi sui farmaci occorre sempre inserire anche l'opinione dei malati e non limitarsi alla valutazione degli eventi avversi numerica o interpretata dal medico. Così nella pratica quotidiana il medico deve comprendere quanto un evento avverso incida sulla vita della persona, mettendo anche questa considerazione nella valutazione benefici/rischi di una terapia. (Leggi anche la news "Si può gestire bene la mucosite orale da chemioterapici" a pag. 20)

Bibliografia

Sakai Y, Katsura K, et al. Patient-reported oral adverse events during cancer chemotherapy: longitudinal evaluation using patient-reported outcomes version of the common terminology criteria for adverse events (PRO-CTCAE) and concordance with clinician assessments. Support Cancer Care 2025; <https://link.springer.com/article/10.1007/s00520-025-10126-3>

Conflitti di interesse: Assenza di conflitti di interesse

Parola alle donne in cura con gli inibitori dell'aromatasi

L'aderenza delle donne italiane operate per un tumore al seno alla successiva terapia endocrina, ove indicata, non è sempre ideale e può compromettere in tal modo l'esito delle cure.

La terapia endocrina per il tumore al seno

La maggior parte dei tumori al seno è sensibile agli estrogeni, gli ormoni femminili che stimolano la crescita delle cellule tumorali, in questi casi dopo l'intervento chirurgico di asportazione del tumore è raccomandata una terapia endocrina di almeno 5 anni (leggi anche la news ["Si allunga la terapia endocrina per il tumore al seno"](#)) che contrastando l'azione degli estrogeni allontani anche

l'eventuale ripresa della malattia. Fino a non molti anni fa l'unico farmaco disponibile con tale azione era il tamossifene, ora ce ne sono diversi, in particolare gli inibitori dell'aromatasi (exemestane, anastrozolo, letrozolo) che bloccando questo enzima riducono drasticamente la produzione di estrogeni dell'organismo e quindi lo stimolo di crescita per le cellule tumorali. È dimostrato che cinque anni di terapia quotidiana con questi farmaci allunga la sopravvivenza e riduce il rischio di ricomparsa della malattia, ma occorre essere diligenti nel prendere tutti i giorni il farmaco (leggi anche la news ["Tumore al seno: perché seguire con diligenza la terapia"](#)): se non si seguono



le raccomandazioni date dal medico il rischio è che la terapia perda di efficacia. D'altra parte gli inibitori dell'aromatasi si associano anche a effetti avversi, che possono indurre a ridurre o interrompere da sé il trattamento, i più frequenti riguardano il dolore articolare e muscolare, le vampate analoghe a quelle della menopausa, l'insonnia e a lungo andare l'osteoporosi.

I dati riferiti all'Italia

Uno studio multicentrico italiano ha cercato di capire quanto spesso la terapia con inibitori con aromatasi sia seguita dalle donne rispettando a pieno le raccomandazioni date dal medico. Per questo sono state coinvolte in un'indagine oltre 900 donne che, a distanza di un anno

dall'inizio della terapia con inibitori dell'aromatasi, erano invitate a compilare un questionario che indagava i vari aspetti legati alla terapia.

È così emerso che dopo dodici mesi di cura un quarto delle pazienti dichiarava di non rispettare i tempi previsti (una compressa al giorno), saltando alcune somministrazioni. La maggior parte delle donne (87%) inoltre lamentava la presenza di uno o più degli effetti avversi più comuni (l'86% disturbi muscolo-scheletrici, il 75% vampate di calore e stanchezza), anche se la loro comparsa si associava a una mancata aderenza alla terapia solo nel 20% dei casi. Nonostante questi aspetti critici la metà delle donne si dichiarava comunque soddisfatta della terapia in corso.



In pratica

La terapia endocrina con inibitori dell'aromatasi dopo l'intervento chirurgico nelle donne con un tumore al seno sensibile agli estrogeni è senza dubbio efficace ma richiede un rispetto rigoroso delle tempistiche, prendendo tutti i giorni la terapia. Anche a causa dei possibili effetti collaterali tale aderenza non è sempre rispettata. Se si considera che i dati italiani sono stati raccolti solo dopo un anno di terapia e che la durata consigliata del trattamento è di almeno cinque anni, ben si comprende come il ruolo del medico sia fondamentale per motivare la donna nel continuare la cura, gestendo nel miglior modo possibile gli effetti collaterali.



Bibliografia

Fabbri M, Fulvi A, et al. Adherence to aromatase inhibitor therapy in breast cancer: insights from a multicenter Italian study. Breast 2025; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41438121/>

Conflitti di interesse: Presenza di lievi conflitti di interesse



Si può gestire bene la mucosite orale da chemioterapici

Tra i possibili effetti avversi delle terapie antitumorali la mucosite orale peggiora significativamente la qualità di vita e per questo richiede adeguate misure di prevenzione e un pronto trattamento, non necessariamente di tipo farmacologico.

La mucosite orale da chemioterapia

La mucosite orale, che può associarsi all'uso di farmaci chemioterapici o alla radioterapia nel caso di tumori di testa e collo, è un'inflammatione di varia gravità delle mucose della bocca caratterizzata da lesioni eritematose, gonfiore, ulcere dolorose, atrofia, fino al sanguinamento. Nelle sue forme più gravi rischia da un lato di compromettere il trattamento antitumorale,

che in alcuni casi deve essere sospeso o ridotto, dall'altro incide pesantemente sulla qualità di vita della persona già provata dal tumore, limitandone la possibilità di mangiare, di bere e di parlare, fino a comportare in casi estremi la perdita di peso, deficit nutrizionali, infezioni e ricovero in ospedale.

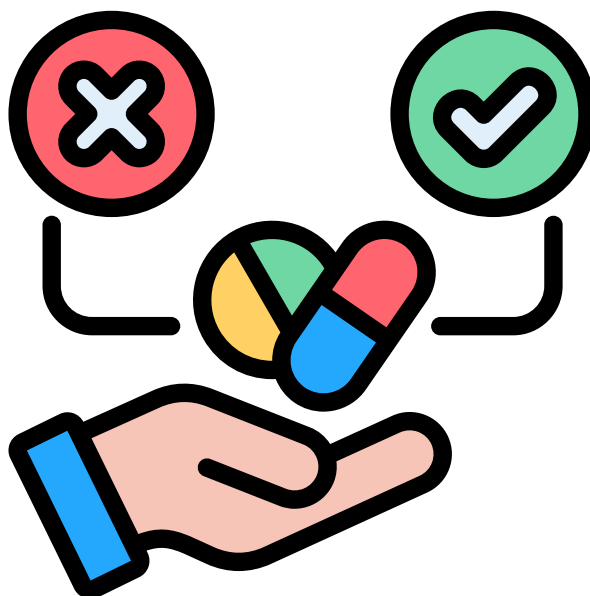
È perciò importante prevenirla per quanto possibile e trattare i sintomi quando compaiono. A tal fine sono disponibili diversi tipi di intervento che sono stati raggruppati dal Mucositis Study Group of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer and the International Society of Oral Oncology (MASCC/ISOO) in diverse categorie:

- igiene orale di base (incluse le abitudini del paziente e l'educazione al lavaggio dei denti)
- sciacqui con farmaci antinfiammatori locali come la benzidamina
- terapia di fotobiomodulazione con laser a bassa potenza (in cui si utilizza la luce laser per accelerare la guarigione dei tessuti)
- crioterapia (che prevede l'applicazione di freddo sulle mucose orali per esempio usando ghiaccio tritato, acqua gelata, gelati), usata come prevenzione sia poco prima sia durante la somministrazione del chemioterapico
- antibiotici
- agenti protettivi (che aderiscono alle lesioni formando una barriera)
- anestetici locali e analgesici (compresa la morfina topica o gli sciacqui di lidocaina)
- fattori di crescita e citochine

- agenti naturali vari (come il miele e la glutamina).

Che cosa funziona?

Una revisione sistematica ha valutato l'efficacia di questi trattamenti mettendo insieme i dati rilevati in 27 studi nei quali c'era un confronto tra terapia e placebo. I risultati sono incoraggianti infatti globalmente gli interventi analizzati sono risultati efficaci nel ridurre la gravità della mucosite e quindi la sintomatologia dolorosa. Anche l'efficacia preventiva è stata confermata per alcuni trattamenti come la crioterapia. In particolare ci sono prove chiare dell'efficacia nel ridurre la gravità dei sintomi dei trattamenti non farmacologici come la fotobiomodulazione e la crioterapia degli agenti naturali (specie miele e curcumina), mentre il ricorso ad antinfiammatori, agenti protettivi e antibiotici non ha influito sulla gravità della forma.



In pratica

La mucosite orale è un effetto collaterale di alcuni farmaci chemioterapici e non va trascurata per le sue conseguenze se grave. Ci sono a disposizione diverse armi per prevenirla e per curarla adeguatamente alla comparsa dei primi sintomi. L'importante è che il medico raccomandi le possibili misure di prevenzione quando prescrive i chemioterapici che più spesso danno questo effetto e dall'altro che il malato segnali subito eventuali sintomi orali (dolore alla bocca, bruciore, sensazione di gonfiore, comparsa di afte) e segua attentamente una corretta igiene orale quotidiana.



Bibliografia

Pereira C, Marues I, et al. Interventions to chemotherapy and radiotherapy induced oral mucositis: a systematic review and meta-analysis. Acta Stomatol Croat 2025; <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12826651/>

Conflitti di interesse: Assenza di conflitti di interesse



L'uso degli antibiotici nei nove mesi di gravidanza

Nella prospettiva di ridurre l'uso degli antibiotici, somministrandoli solo quando veramente necessario e ai dosaggi e per la durata corretta della terapia, si è guardato anche al loro impiego nei nove mesi di gravidanza.

Le infezioni in gravidanza

A parte le infezioni virali, che non sono sensibili al trattamento con antibiotici, in gravidanza sono possibili diversi infezioni batteriche, le più comuni delle quali sono quelle delle vie urinarie. Frequenti sono anche le infezioni delle vie respiratorie, specie nel periodo invernale, con la difficoltà spesso di distinguere tra forme virali e forme batteriche. Sono inoltre

possibili infezioni di origine batterica trasmesse sessualmente, come la gonorrea, che richiedono un trattamento antibiotico anche per proteggere il feto. La scelta dell'antibiotico deve essere mirata e tenere conto del momento particolare in cui si trova la donna, garantendo un'efficacia della cura e una sicurezza non solo per la madre ma anche per il feto.

Gli effetti sulla prole

In letteratura scientifica sono comparsi alcuni segnali che indicano un possibile legame tra l'uso di antibiotici nei nove mesi di gravidanza e un maggior rischio di infezione nei nascituri. Ora una revisione sistematica

con metanalisi ha raccolto tutti i dati disponibili per chiarire se veramente ci sia questo problema. In totale sono stati esaminati 14 studi di coorte nei quali oltre cinque milioni di bambini erano stati seguiti dopo la nascita e per i quali c'erano i dati disponibili sulle infezioni avute. Andando a ritroso nel periodo in cui la madre era in dolce

attesa si è considerato se la donna avesse fatto uso di antibiotici o meno nei mesi di gestazione. Si è così confermato che in effetti i piccoli nati da mamme che erano state trattate con antibiotici in gravidanza avevano mediamente un 40% di rischio in più di sviluppare poi un'infezione di orecchio, naso e gola.



In pratica

I risultati di questa revisione non devono allarmare le donne in dolce attesa che stanno prendendo o devono assumere un antibiotico, ma devono indurre a un utilizzo appropriato degli antibiotici, da prescrivere quando realmente servono. Per esempio in caso di dubbio tra forma virale e forma batterica è bene aspettare prima di somministrare un antibiotico. Sarà comunque il medico a consigliare una eventuale terapia antibiotica. L'uso appropriato di questi farmaci non solo riduce il rischio di effetti avversi per la mamma, ma riduce anche la diffusione dell'antibiotico resistenza. A ciò si aggiunge il possibile effetto negativo a distanza di tempo sul nascituro, con un aumento del rischio di infezioni. Secondo gli autori della ricerca questa facilità all'infezioni future potrebbe essere spiegata anche da altri fattori, ma le prove che hanno analizzato sembrano dare sostegno all'ipotesi che ci sia un legame tra uso di antibiotici nella donna in gravidanza e comparsa di infezione nei figli.

Bibliografia

Alon K, Hauerslev M, et al. Maternal antibiotic use during pregnancy increases the risk of offspring airway infections: a systematic review and meta-analysis. Thorax 2026; <https://thorax.bmj.com/content/81/4/336.info>

Conflitti di interesse: Assenza di conflitti di interesse



Dimezzare il consumo di antibiotici in veterinaria

L'obiettivo definito dalla Unione Europea di ridurre del 50%, entro il 2030, l'uso degli antibiotici in ambito veterinario potrebbe essere raggiunto, stando all'andamento attualmente in corso nella maggior parte dei Paesi membri.

Gli antibiotici in veterinaria

L'uso eccessivo di antibiotici in ambito sia umano sia animale comporta un aumento della diffusione di batteri resistenti ai comuni antibiotici. La preoccupazione al riguardo è notevole perché le infezioni causate da germi resistenti sono molto più difficili da trattare e a volte letali. Nell'ambito dell'approccio "One Health" (una sola salute, intesa come la salute umana, animale e ambientale nel loro insieme)

si mira perciò a ridurre il più possibile l'uso degli antibiotici. Per quanto riguarda l'uso in medicina veterinaria l'UE ha lanciato il programma "Dalla fattoria alla tavola" (F2F, Farm to Fork), parte del Green Deal europeo, fissando l'obiettivo di ridurre le vendite di antibiotici veterinari del 50% entro il 2030 rispetto ai livelli registrati nel 2018. In questa prospettiva l'UE ha anche introdotto alcuni regolamenti che vietano per esempio l'uso degli antibiotici a basso dosaggio per favorire la crescita negli animali da allevamento, vietando l'uso anche di alcuni antibiotici critici per la medicina umana. Peraltro si stima che fino alla metà degli antibiotici in medicina veterinaria (e in medicina umana) siano usati in maniera inappropriata,

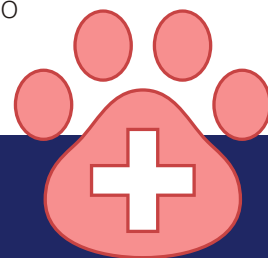
per cui c'è margine per raggiungere l'obiettivo di una riduzione drastica del loro utilizzo.

Le tendenze in Europa

L'obiettivo di ridurre del 50% l'uso degli antibiotici entro il 2030 è ambizioso, significa passare da 6.181 tonnellate di antibiotici a uso animale nel 2018 a poco più di tremila tonnellate nell'arco di 12 anni. A che punto è questa riduzione? Come si stanno comportando i Paesi dell'UE? Uno studio fa il punto, offrendo i dati aggiornati al 2022. In un quinquennio (dal 2018 al 2022) si è osservata una riduzione globale del 31% delle vendite di antibiotici per gli animali da allevamento. Questa riduzione non è stata però omogenea nei vari Paesi: i cali più significativi si sono registrati in Portogallo (-57%), a Malta (-48%), in Francia (-44%) e in Lettonia (-43%).

L'Italia ha fatto la sua parte, con una riduzione del 37%.

Solo due Paesi membri hanno avuto un andamento inverso, con un aumento delle vendite di antibiotici a uso animale (Lituania, +36%, e Polonia, +7%). In questo puzzle geografico occorre però anche tenere presenti i dati di partenza e qui l'Italia non è messa bene, essendo al terzo posto tra i Paesi che fanno un maggiore uso di antibiotici veterinari (585 tonnellate nel 2022) dopo la Spagna (1.027 tonnellate) e la Polonia (838 tonnellate). Se a queste si somma la Germania (531 tonnellate) si arriva al 70% del consumo globale di antibiotici veterinari in Europa: saranno quindi questi quattro Paesi a dover ridurre più significativamente il ricorso agli antibiotici per raggiungere l'obiettivo europeo globale di ridurre del 50% l'uso di antibiotici negli animali.



In pratica

L'uso inappropriato degli antibiotici specie negli animali d'allevamento ma anche in quelli da compagnia richiede importanti interventi da parte delle autorità sanitarie per limitarne l'utilizzo ai casi di reale necessità. La consapevolezza dell'importanza di questo approccio sta via via diffondendosi, ma richiede un'informazione e una formazione continue sia dei medici veterinari, sia degli allevatori e dei proprietari di animali.

Bibliografia

Muska A, Pilvere I, et al. Assessing European Union member states' progress toward antimicrobial sales reduction targets under the European Green Deal: A comparative policy and performance analysis. Vet World 2025; <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12535452/>

Conflitti di interesse: Assenza di conflitti di interesse



Infezioni in ospedale: c'è ancora molto da fare

Nella pratica quotidiana, negli ospedali italiani quanto vengono applicate le raccomandazioni dell'OMS per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive? È a questa domanda che risponde un sondaggio effettuato nell'ambito del progetto nazionale Insieme (Italian National Project to Combat Antibiotic Resistance), lanciato nel 2022 grazie a una collaborazione tra la Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali (SIMIT) e il Ministero della Salute, volto a rafforzare la prevenzione e il controllo delle infezioni e un uso appropriato degli antibiotici (vedi anche la news "[Migliorare l'uso degli antibiotici in ospedale si può](#)").

La fotografia della situazione italiana

Nel 2016 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha pubblicato le linee

guida per la prevenzione e il controllo delle infezioni in ospedale.

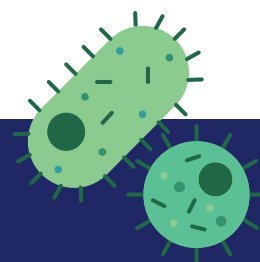
Successivamente ha messo a punto un questionario per autovalutare lo stato di attuazione delle raccomandazioni considerate essenziali per ottenere i risultati sperati. I dati mondiali indicano che nonostante siano passati anni e ci sia stato in effetti un miglioramento nell'applicazione a livello locale di queste raccomandazioni, soltanto il 4% dei Paesi in realtà soddisfa pienamente i criteri stabiliti dall'OMS. Qual è la situazione italiana? Il questionario del progetto Insieme, che è stato compilato da 38 ospedali distribuiti su tutto il territorio nazionale, mira a rispondere a questa domanda e a definire quanto le linee strategiche del Piano nazionale di controllo dell'antibiotico resistenza

(PNCAR) siano applicate nella pratica ospedaliera quotidiana e quali siano gli ostacoli che rendono difficile tale applicazione. Le risposte fornite al corposo questionario (155 domande), consentono di tracciare un quadro non roseo, in particolare:

- un quarto circa degli ospedali (26,3%) non ha definito un programma annuale mirato alla prevenzione e al controllo delle infezioni
- circa un terzo degli ospedali (34,2%) non ha attivato una task force dedicata alla gestione appropriata delle terapie antibiotiche
- poco meno della metà degli ospedali (42,1%)

non produce report periodici dell'antibiotico da usare sulla microbiologia ospedaliera essenziali per una scelta ragionata

- in un ospedale su due non è prassi abituale un monitoraggio attivo dell'igiene delle mani da parte degli operatori sanitari e l'isolamento dei malati contagiosi ove necessario
- in circa quattro ospedali su cinque non sono stati implementati sistemi strutturati di sorveglianza delle infezioni acquisite in ospedale
- in un quarto degli ospedali (26,3%) non viene fatta una valutazione dell'appropriatezza della terapia antibiotica.



In pratica

L'applicazione pratica delle raccomandazioni dell'OMS riprese nel PNCAR riguardo alla prevenzione e controllo delle infezioni in ospedale è ancora in una fase intermedia: a fronte di realtà virtuose in cui sono state implementate diverse attività mirate, ci sono molti ospedali nei quali il problema dell'antimicrobica resistenza e dell'uso appropriato degli antibiotici non è ancora affrontato in maniera sistematica. Poiché è dimostrato in letteratura che le pratiche di prevenzione delle infezioni e gli interventi mirati alla buona gestione degli antibiotici contrastano efficacemente la diffusione della resistenza agli antibiotici (leggi anche la news "Troppi batteri resistenti in ospedale") è importante che a livello nazionale e regionale siano messe in atto politiche mirate tali da poter essere applicate con successo nella pratica corrente.

Bibliografia

Meschiari M, Segala F, et al. Implementation of infection prevention and control components in Italian hospitals based on a nationwide survey on behalf of INSIEME project. Sci Rep 2025; <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12546834/>

Conflitti di interesse: Assenza di conflitti di interesse



Viaggiando lontano si possono portare a casa i batteri resistenti

La globalizzazione riguarda anche l'antibiotico resistenza. L'incremento esponenziale dei viaggi intercontinentali e gli interscambi continui tra Paesi oltre a condividere merci e persone è anche un viatico per diffondere le resistenze batteriche, trasferendole da un continente all'altro.

Viaggiatori che trasportano batteri resistenti

Uno dei punti chiave della crisi globale legata alla diffusione dell'antibiotico resistenza sarebbe proprio l'interconnessione tra le varie regioni del mondo, con movimenti continui e rapidi delle persone, delle cose e dei patogeni, specie in caso di viaggi internazionali (nel 2019 si è calcolato che

siano stati 1,5 miliardi nel mondo).

I batteri resistenti acquisiti nel Paese di destinazione possono far ritorno con la persona nel Paese di partenza, introducendoli così nella popolazione locale con il rischio di compromettere l'efficacia delle terapie antibiotiche, rendere più difficile il trattamento delle infezioni e aumentare la frequenza degli effetti avversi, oltre al rischio pandemico qualora venisse importato un microbo non presente nel Paese di ritorno, che potrebbe rapidamente diffondersi.

Secondo una revisione sistematica del 2020 la prevalenza di batteri intestinali resistenti agli antibiotici acquisiti durante un viaggio verso i Paesi meno abbienti varia dal 20 all'80% dei casi. Per esempio i viaggiatori di ritorno dall'India hanno

un rischio aumentato di portare con sé enterobatteri resistenti agli antibiotici betalattamici. Secondo l'ECDC, l'ente europeo preposto al controllo e alla prevenzione delle malattie, tra il 10 e il 20% di tutti i casi di infezioni da enterobatteri resistenti ai carbapenemi sarebbero dovute a germi importati in Europa da viaggiatori internazionali.

I dati della nuova revisione

È stata fatta un'indagine che ha fotografato la situazione dal 2020 al 2024, da cui è emerso che sono due le aree del mondo che mettono più a rischio i viaggiatori per l'importazione di batteri resistenti: il Sudest asiatico e in particolare l'Indonesia, l'India, la Thailandia e il Nepal, e il continente africano, con al primo

posto Zanzibar. I tre batteri resistenti più spesso ritrovati sono stati *Escherichia coli*, il vibrione del colera e il *Corynebacterium diphtheriae* (causa della difterite).

È aumentato anche il numero di batteri importati multiresistenti, cioè resistenti ad almeno tre classi di antibiotici, quelli più difficili da curare: mentre nel 2020 non erano stati identificati germi multiresistenti importati, nel 2024 raggiungevano il 15% del totale.

I ricercatori hanno anche valutato quali persone siano più a rischio di fungere da trasportatori ignari di batteri resistenti, scoprendo che in gran parte dei casi si tratta di persone che durante il viaggio, per motivi di salute o altro, sono state in ospedali o strutture sanitarie locali, dove avviene l'infezione.

In pratica

Prima di mettersi in viaggio per Paesi lontani è bene non solo premunirsi con le vaccinazioni necessarie, ma essere anche consapevoli dei rischi infettivi che si corrono se non si rispettano le norme igieniche basilari (lavaggio delle mani, attenzione a ciò che si beve e mangia), se non si hanno a disposizione gli antibiotici appropriati in caso di infezione e se si è costretti a ricorrere ai servizi sanitari locali.



Bibliografia

Tetteh-Ocloo G, Odoom A, et al. Global trends in travel-related antimicrobial resistance: a systematic review, 2020-2024. *International Health* 2026; <https://academic.oup.com/inthealth/article/18/3/395/8305534?login=false>

Conflitti di interesse: Assenza di conflitti di interesse



Cronica e polifarmacia

Che cosa succede

Che cosa succede quando si sospende un antidepressivo?

Milioni di persone nel mondo assumono ogni giorno farmaci antidepressivi per il trattamento della depressione, dei disturbi d'ansia e di altre condizioni psichiatriche con un utilizzo in continua crescita (vedi anche la news "[Aumenta il consumo di antidepressivi nel mondo](#)"). Ma che cosa succede quando si smette di assumerli? È noto che la sospensione degli antidepressivi, così come della gran parte dei farmaci attivi sul sistema nervoso centrale, si accompagna a sintomi la cui incidenza e natura sono solo in parte definite. Per cercare di chiarire questi aspetti è stata condotta una revisione sistematica con metanalisi che ha preso in esame i dati di 50 studi clinici randomizzati per un totale di quasi 18.000 pazienti. Per misurare i sintomi che compaiono dopo la sospensione del farmaco i ricercatori hanno utilizzato una scala standardizzata chiamata DESS

(*Discontinuation-Emergent Signs and Symptoms*), un questionario di 43 domande che esplora sintomi tipici da sospensione come capogiri, nausea, irritabilità e disturbi del sonno.

Capogiri, nausea e vertigini sono i sintomi più comuni

Dai risultati è emerso che chi smette di prendere gli antidepressivi sperimenta in media solo un sintomo in più rispetto a chi sospende il placebo o continua ad assumerli. I sintomi più frequenti nella prima settimana dopo l'interruzione sono stati capogiri, nausea, senso di vertigine e nervosismo, probabilmente espressione della risposta del sistema nervoso all'assenza improvvisa del farmaco. Un dato particolarmente importante riguarda l'umore: nei pazienti che hanno sospeso il farmaco non è stato osservato

un peggioramento dei sintomi depressivi rispetto a chi continuava il trattamento. Va però considerato che la maggior parte degli studi inclusi ha monitorato

i pazienti solo per poche settimane, un tempo probabilmente insufficiente per cogliere eventuali ricadute depressive legate alla sospensione.



In pratica

I risultati di questo studio suggeriscono che i sintomi da sospensione degli antidepressivi sono in media meno gravi di quanto spesso si tema. Tuttavia, la risposta può variare molto da persona a persona e dipendere dal tipo di farmaco, dal dosaggio, dalla durata della terapia e dalla modalità con cui viene interrotta. Chi assume antidepressivi da molti anni, per esempio, potrebbe manifestare sintomi più intensi o prolungati. Bisogna però interpretare questi risultati con cautela: da un lato, diversi autori dello studio hanno dichiarato conflitti di interesse con aziende farmaceutiche produttrici di antidepressivi, che hanno tutto l'interesse a minimizzare il problema; dall'altro, molti studi hanno seguito i pazienti solo per poche settimane dopo la sospensione, un periodo probabilmente troppo breve per valutare eventuali ricadute depressive o sintomi persistenti nel lungo termine. Per questo motivo, l'interruzione del trattamento con antidepressivi dovrebbe sempre avvenire sotto controllo del medico, che valuterà un'eventuale riduzione graduale e personalizzata del dosaggio, così da minimizzare il rischio di sintomi da sospensione.

Bibliografia

Kalfas M, Tsapekos D, et al. Incidence and nature of antidepressant discontinuation symptoms: a systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry 2025; <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/2836262>

Conflitti di interesse: Presenza di importanti conflitti di interesse



Il ruolo chiave del paziente per ridurre gli inibitori di pompa

Con un intervento mirato a pazienti e medici prescrittori è possibile ridurre l'uso improprio degli inibitori di pompa protonica, farmaci che riducono l'acidità gastrica.

Gli inibitori di pompa protonica sono largamente prescritti, spesso in modo inappropriato e per un tempo più lungo rispetto a quello necessario. L'uso inappropriato può causare la comparsa di reazioni avverse e aumentare in modo significativo la spesa sanitaria (leggi anche il minidossier "Inibitori di pompa protonica: uso appropriato e reazioni avverse").

Per queste ragioni, gli operatori sanitari sono chiamati ad attuare interventi di deprescrizione – cioè a valutare ed eventualmente sospendere le terapie con questi farmaci indebitamente prolungate nel tempo.

Indicazioni d'uso degli inibitori di pompa protonica

Gli inibitori di pompa protonica sono indicati nel trattamento della malattia da reflusso gastroesofageo, dell'ulcera peptica, dell'eradicazione di *Helicobacter pylori* e altre condizioni associate a un'eccessiva produzione di acido nello stomaco. In Italia, le condizioni di prescrizione a carico del Servizio Sanitario Nazionale sono regolate dalla Nota AIFA N01, in vigore dal 22 marzo 2026 (che ha sostituito le precedenti Note 1 e 48) e che definisce le durate di trattamento specifiche per ciascuna indicazione e i criteri precisi per le eventuali terapie di mantenimento.

Lo studio francese

L'obiettivo dello studio è stato valutare se un intervento di deprescrizione rivolto

al contempo ai pazienti e ai medici di famiglia funzioni per ridurre l'uso inappropriato degli inibitori di pompa protonica. Sono stati coinvolti oltre 34.000 pazienti di una certa età (età media vicina ai 70 anni) e 1.500 medici di medicina generale. I pazienti dovevano aver utilizzato gli inibitori di pompa protonica per almeno un anno. Gli ambulatori dei medici partecipanti allo studio sono stati assegnati in modo casuale (random) a tre tipi di intervento con l'obiettivo di ridurre l'uso (deprescrizione) di inibitori di pompa:

- un intervento rivolto sia ai pazienti sia ai medici di medicina generale, nel quale i pazienti ricevevano un opuscolo che spiegava efficacia e rischi degli inibitori di pompa, con una lettera motivazionale, e i medici ricevevano una lettera e un supporto decisionale basato su un algoritmo per facilitare la deprescrizione
- un intervento rivolto solo ai medici,

che ricevevano la lettera e il supporto decisionale

- lo standard usato nella pratica clinica quotidiana, quindi senza la distribuzione di materiali per sensibilizzare rispetto all'importanza della deprescrizione.

È meglio coinvolgere anche i pazienti

Dopo un anno, lo studio ha mostrato che l'intervento combinato rivolto insieme a medico e paziente riduce l'uso di inibitori di pompa protonica in modo significativamente maggiore rispetto a gli altri due tipi di intervento. In particolare un gruppo di pazienti è stato seguito nel tempo anche riguardo alla eventuale ricomparsa di sintomi da reflusso gastroesofageo dopo l'interruzione della terapia con inibitori di pompa. Ebbene la riduzione dei farmaci non ha comportato un peggioramento clinicamente rilevante dei sintomi gastro-esofagei nel lungo termine.



In pratica

Nonostante alcuni limiti dello studio, riconosciuto dai ricercatori stessi, sembra che coinvolgere direttamente i pazienti negli interventi di sospensione dei farmaci sia vantaggioso, facilitando la deprescrizione, almeno per quanto riguarda gli inibitori di pompa. I pazienti, resi consapevoli di efficacia e rischi sono più incoraggiati a sostenere una discussione con il proprio medico sull'opportunità di ridurre o sospendere la terapia.



Bibliografia

Fournier J, Gaultier A, et al. Deprescribing intervention and reduction of proton pump inhibitor use in primary care: a cluster randomized clinical trial. JAMA Intern Med 2026; <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2847655>

Conflitti di interesse: Assenza di conflitti di interesse



Terapia ormonale sostitutiva e rischio cardiovascolare

L'uso della terapia ormonale per i sintomi vasomotori della menopausa (vampate di calore e sudorazioni notturne) resta un tema controverso da quando lo studio Women's Health Initiative (WHI), un ampio studio sulla salute delle donne statunitensi in postmenopausa, aveva sollevato, oltre vent'anni fa, dubbi sul possibile aumento del rischio cardiovascolare.

Una nuova analisi secondaria dello stesso studio ha cercato di chiarire se questo rischio dipenda dall'età della donna al momento dell'inizio del trattamento. Lo studio ha coinvolto oltre 27.000 donne in postmenopausa, trattate con estrogeni da soli o in combinazione con un progestinico, seguite in media per 6-7 anni.

Sicura sotto i 60 anni, da evitare dopo i 70

I risultati mostrano un rischio cardiovascolare diverso a seconda delle fasce d'età:

- nelle donne tra i 50 e i 59 anni, la terapia ormonale ha ridotto efficacemente i sintomi vasomotori senza aumentare il rischio di malattie cardiovascolari
- nelle donne tra i 60 e i 69 anni, il rischio era leggermente più elevato, ma senza una certezza in questo senso
- nelle donne di 70 anni o più, invece, il rischio cardiovascolare era significativamente aumentato, fino a triplicarsi nel caso di utilizzo delle combinazioni estro-progestiniche.



In pratica

L'età al momento dell'inizio della terapia ormonale è un fattore chiave nella valutazione del rapporto rischio-beneficio: nelle donne più giovani con sintomi vasomotori importanti il trattamento appare sostanzialmente sicuro dal punto di vista cardiovascolare, mentre dopo i 70 anni il rischio aumenta in modo significativo e l'avvio della terapia andrebbe valutato con particolare cautela.

Va ricordato che nello studio sono stati utilizzati farmaci (estrogeni equini e un tipo specifico di progestinico) che oggi vengono prescritti meno spesso rispetto a opzioni più moderne, come i cerotti a base di estradiolo o altri schemi terapeutici. Per questo motivo, i risultati vanno interpretati con cautela e la decisione di iniziare o continuare una terapia ormonale andrebbe sempre discussa con il proprio medico che valuterà età, sintomi e fattori di rischio individuali, tenendo conto non solo del rischio cardiovascolare ma anche di quello tumorale.

Bibliografia

Rossouw J, Aragaki A, et al. Menopausal hormone therapy and cardiovascular diseases in women with vasomotor symptoms: a secondary analysis of the women's health initiative randomized clinical trials. JAMA Intern Med 2025; <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2838720>

Conflitti di interesse: Assenza di conflitti di interesse



L'insonnia nel bambino

Molti bambini fanno fatica ad addormentarsi, alcuni vogliono la mamma o il papà vicino, altri si rilassano solo se cullati dal rollio del passeggino o dell'automobile. Altri ancora si risvegliano di frequente. È inevitabile che questa situazione generi stanchezza e preoccupazione nei genitori, ma siamo sicuri che si tratti di insonnia? Spesso i genitori di fronte alle difficoltà di sonno nei bambini decidono di optare

per la melatonina, percepita come una soluzione semplice e immediata. Ma non è così, la melatonina in alcuni casi può facilitare l'addormentamento, ma non risolve le cause del problema e può anche esporre a rischi. Nel nuovo podcast COSISIFA si parla di insonnia del bambino prendendo in esame rischi e benefici delle strategie più diffuse per aiutare piccoli ad avere notti serene.

[Clicca qui per ascoltare il podcast](#)

Il bambino non è un piccolo adulto

Raffaella Franca

Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e della Salute, Università degli Studi di Trieste

Beatrice Geo

Università degli Studi di Trieste

Anna Arbo

IRCCS Burlo Garofolo di Trieste - Direttore S.C. Farmacia

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

Quanti genitori si sono ritrovati almeno una volta nel corso dell'infanzia dei loro figli a dover somministrare un antipiretico per una febbre alta o un antibiotico per un'infezione ai bronchi? Nella popolazione pediatrica vengono spesso prescritti e somministrati farmaci e le domande che ci si possono porre sono molte: Qual è il farmaco da automedicazione più giusto da dare al mio bambino? Somministrare un farmaco a un bambino è sicuro? Perché non tutti i farmaci possono essere utilizzati in età pediatrica? Per quale motivo i dosaggi destinati ai bambini sono così diversi da quelli dell'adulto? Perché spesso occorre usare una preparazione farmaceutica diversa per l'uso pediatrico? Come bisogna comportarsi di fronte alle raccomandazioni sul dosaggio, che magari riportano l'indicazione sia per età sia per peso corporeo? Quando il figlio è adolescente, si deve ancora ricorrere alle indicazioni farmacologiche pediatriche? Gli adolescenti si possono definire "bambini" dal punto di vista dei farmaci? Questi sono alcuni tra i dubbi più comuni che sorgono nei genitori o in chi lo assiste di fronte alla necessità di somministrare un farmaco a un bambino e che verranno qui analizzati.

I dati

Nel 2024, il 50,9% della popolazione pediatrica italiana (4,6 milioni di bambini e adolescenti) ha ricevuto almeno una prescrizione farmaceutica, con una prevalenza leggermente superiore nei maschi rispetto alle femmine (51,9% rispetto a 49,9%). I farmaci più prescritti sono stati gli antimicrobici per uso sistemico (45,1% del totale delle confezioni prescritte nella popolazione pediatrica italiana) e quelli per l'apparato respiratorio (25,2%), con numeri simili al 2023. A livello nazionale, si riscontra una marcata variabilità nel ricorso ai farmaci in età pediatrica, con un gradiente crescente dal Nord al Sud nella prevalenza d'uso: si passa da un minimo del 44% in Valle d'Aosta a un massimo del 60% nelle Marche.¹

La questione

La necessità di un corretto utilizzo dei farmaci nel bambino è fondamentale per garantire l'efficacia del trattamento, prevenire gli effetti collaterali indesiderati e ridurre il rischio di resistenze o complicazioni per la salute: un farmaco va assunto solo in caso di reale necessità e secondo le indicazioni mediche stabilite. Come detto però, quando si parla di somministrare farmaci ai bambini è facile che insorgano dubbi e perplessità.



Prima di parlare di farmaci in pediatria, occorre definire che cosa si intende con “bambino”, dal momento che bambini e ragazzi in diverse fasi della crescita non possono e non devono essere considerati un unico gruppo uniforme di possibili pazienti.

La classificazione delle diverse età pediatriche comprende cinque gruppi² ciascuno con proprie peculiarità, che possono influenzare l'esposizione, l'efficacia e la sicurezza dei farmaci:

1. neonato pretermine: questa categoria è la più disomogenea dal punto di vista dell'uso dei farmaci perché si deve tenere conto dell'età gestazionale, del peso alla nascita, dell'im maturità di organi e sistemi, che variano da bambino a bambino
2. neonato a termine (0-27 giorni): in questa fascia d'età è di particolare importanza la variabilità della distribuzione dei farmaci nei vari tessuti e organi a causa del diverso contenuto corporeo in acqua e grassi
3. lattante (1-23 mesi): in questa fascia d'età è importante tenere in considerazione la rapida crescita corporea, con una maturazione continua di tutti i sistemi deputati all'eliminazione dei farmaci dall'organismo (a livello epatico e renale)
4. bambino (2-11 anni): in questa fascia d'età è importante considerare la crescita scheletrica e l'aumento ponderale; l'inizio dello sviluppo puberale inoltre può influenzare il metabolismo dei farmaci, per cui occorre variarne i dosaggi
5. adolescente (>11 anni): in questa fascia d'età alcuni farmaci possono interferire con l'azione degli ormoni sessuali e con i rapidi processi di accrescimento connessi alla pubertà. Inoltre, molte malattie sono influenzate proprio dalle variazioni ormonali (per esempio diabete, epilessia, asma, eccetera). Gli adolescenti rientrano quindi nella sfera di competenza del medico pediatra ma non sono considerabili come “bambini”.

La suddivisione per fascia d'età è fondamentale quando si prende un farmaco, perché nella terapia hanno un ruolo cruciale due aspetti legati al farmaco stesso, la farmacocinetica e la farmacodinamica, che variano con l'età. Con il termine farmacocinetica (dal greco *phàrmakon*, farmaco o veleno, e *kinesis*, movimento) si intende l'insieme dei processi che vanno dall'assorbimento del farmaco fino alla sua eliminazione, passando per la distribuzione ai vari organi e per il suo metabolismo, ovvero i processi che lo “trasformano” rendendolo più o meno attivo. Nei bambini, soprattutto nei primi mesi di vita e nella prima infanzia, gli organi e i tessuti sono immaturi e in continua evoluzione e i meccanismi di detossificazione ed eliminazione delle sostanze estranee non sono ancora del tutto sviluppati come nella popolazione adulta.^{3,4} Lo sviluppo del bambino può influenzare anche la farmacodinamica (dal greco *phàrmakon* e *dynamis*, forza) ovvero il meccanismo d'azione e gli effetti, desiderati e indesiderati, che i farmaci possono avere sull'organismo. In pratica, il bambino che riceve un farmaco non è un piccolo adulto, un adulto in miniatura, ma non è neanche sempre lo stesso bambino durante tutto il suo processo di crescita, dalla nascita fino alla fine dell'adolescenza.



Nonostante l'elevato consumo di farmaci nella popolazione pediatrica italiana, solo il 20% dei medicinali attualmente in commercio ha un'indicazione autorizzata per i bambini da parte dell'AIFA (Agenzia Italiana per il Farmaco), l'ente nazionale a cui compete l'attività regolatoria dei farmaci in Italia.² Ciò significa che solo per questi pochi farmaci, nella fase di ricerca precedente all'autorizzazione all'immissione in commercio, sono stati condotti studi clinici che hanno riguardato i bambini, consentendo di ricavare informazioni su farmacocinetica, farmacodinamica, efficacia clinica e comparsa di reazioni avverse ai farmaci in questa fascia d'età.

Tradizionalmente, le sperimentazioni cliniche si basano su popolazioni di studio adulte, selezionate spesso tra i casi più gravi di malattia: le posologie indicate sono quindi quelle ottimizzate per un uomo, il classico adulto di 70 kg, riferimento standard anche nelle tabelle dei fabbisogni nutrizionali degli alimenti. La popolazione pediatrica, come quella anziana o le donne in stato di gravidanza, rientra invece tra le cosiddette "popolazioni speciali", ovvero nei gruppi fisiologicamente meno omogenei rispetto alla popolazione generale, considerati più vulnerabili e maggiormente tutelati; numerosi problemi etici e pratici escludono queste "popolazioni speciali" dalle sperimentazioni cliniche.⁴ La mancanza di studi nei bambini e negli adolescenti non implica automaticamente che questi farmaci siano per loro inefficaci o pericolosi, così come non è una controindicazione assoluta al loro uso nei bambini. D'altra parte la maggior parte dei farmaci prescritti nei bambini sono stati valutati in fase sperimentale solo negli adulti.¹

Idealmente, la dose migliore di farmaco per una persona è quella che produce l'effetto desiderato nella quantità minima, senza causare reazioni avverse. La selezione di una "prima dose" nei bambini richiede sotto questo aspetto un'attenta analisi della sicurezza e dell'efficacia del medicinale e si basa generalmente su aggiustamenti della dose destinata agli adulti attraverso due approcci:

- si può utilizzare una normalizzazione della dose per peso corporeo, adeguando cioè la dose in base al peso corporeo del bambino
- si può considerare la capacità di eliminazione (clearance) prevista nel bambino e ridurre di conseguenza la dose.⁵

In ambito ospedaliero è particolarmente diffuso l'utilizzo *off-label* per età (e quindi per posologia): letteralmente "*off-label*" significa "al di fuori dell'etichetta" proprio perché si riferisce all'uso di un farmaco diverso da quanto specificato nel foglietto illustrativo e quindi autorizzato dagli enti regolatori. Grazie a un'esperienza clinica consolidata oppure supportata da dati della letteratura scientifica, ma soprattutto grazie a un confronto e a una valutazione critica di medico e farmacista, i pediatri possono prescrivere al bambino farmaci in regime *off-label*, mantenendo i requisiti necessari di efficacia e di sicurezza.



Dalla letteratura

L'efficacia e il rischio di reazioni avverse da farmaco possono variare nei pazienti più giovani e non essere completamente sovrapponibili a quanto riportato negli adulti. Diversi studi dimostrano che la popolazione pediatrica va incontro spesso a reazioni avverse dovute a un uso non corretto del farmaco (in inglese misuse), sia esso intenzionale o meno: dal 23 al 60% delle segnalazioni di eventi avversi associati a un farmaco in età pediatrica sono dovute a un suo uso improprio.⁶

Da qui nasce la necessità di considerare la popolazione pediatrica come una categoria a sé, determinando il dosaggio più sicuro ed efficace nelle varie fasce d'età. Negli ultimi anni è cresciuta sempre più l'attenzione delle autorità regolatorie per il diritto dei bambini a terapie adatte, studiate appositamente per loro. Dall'introduzione della normativa pediatrica nel 2007,⁷ è stato imposto alle aziende farmaceutiche l'obbligo di sviluppare piani per valutare i farmaci nei bambini quando si sviluppano nuovi medicinali (salvo esenzioni specifiche) e di migliorare le informazioni disponibili sull'uso dei farmaci nei bambini. D'altra parte sono oggi disponibili molti strumenti per prevedere gli effetti della crescita del bambino nell'evoluzione del metabolismo ed eliminazione dei farmaci.⁸ Questi strumenti sono costantemente sottoposti alla valutazione del Comitato Pediatrico (PDCO) dell'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA), il gruppo di lavoro responsabile delle attività sui medicinali per bambini (<https://www.ema.europa.eu/en/committees/paediatric-committee-pdco>).⁹

Ricadute pratiche

Essere consapevoli dei differenti aspetti farmacocinetici e farmacodinamici nella popolazione pediatrica è essenziale perché poi nella pratica clinica ci sia un uso dei farmaci sicuro e razionale. L'uso consapevole dei farmaci diminuisce la possibilità di incorrere in reazioni avverse e tossicità, con un parallelo aumento della probabilità di ottenere una risposta clinica efficace. Ciò consente di diminuire il rischio di ospedalizzazioni e complicazioni dovute a un utilizzo scorretto dei farmaci nel bambino.⁹ Al momento della prescrizione è necessario che il pediatra abbia a disposizione dati individuali su peso corporeo ed età, combinati con informazioni sul dosaggio sulla base di informazioni scientifiche affidabili dalla letteratura scientifica o riportate nelle linee guida ufficiali. Ne consegue l'importanza che la persona che somministra il farmaco al bambino segua le indicazioni fornite dal medico. Allo stesso tempo, per i farmaci da automedicazione, comunemente somministrati senza il consiglio o la prescrizione di un operatore sanitario, è bene seguire quanto riportato nel foglietto illustrativo o nella scatola del prodotto medicinale, tenendo conto delle caratteristiche individuali del proprio bambino.



Nel caso in cui il genitore o chi assiste il bambino debba modificare le formulazioni farmaceutiche per ottenere i dosaggi pediatrici adeguati (per esempio dividendo una compressa, aprendo una capsula o sciogliendo una compressa) è necessario prima assicurarsi che la manipolazione non sia controindicata dal produttore. Prima di modificare una forma farmaceutica, è comunque sempre consigliabile rivolgersi al farmacista o al medico curante per informarsi adeguatamente per non correre il rischio di perdere in efficacia o incorrere in errori nella terapia.

Infine, nei bambini, e in particolare nei neonati e nei più piccoli, è fondamentale mantenere un alto livello di attenzione verso la possibile comparsa di reazioni avverse ai medicinali, poiché queste possono manifestarsi in modo poco specifico e quindi facilmente sottovalutato: sintomi come vomito, diarrea, sonnolenza o variazioni nell'intensità del pianto possono infatti rappresentare le uniche manifestazioni osservabili. Allo stesso modo, segni e sintomi che dipendono dalla capacità di comunicazione del paziente – come nausea, dolore o alterazioni dell'umore – possono non essere riferiti in modo adeguato e risultare quindi sottostimati.

In questo contesto, il sistema di farmacovigilanza riveste un ruolo cruciale: la segnalazione delle sospette reazioni avverse deve essere quanto più completa possibile e includere, oltre a una descrizione accurata dell'evento, anche informazioni essenziali quali età (espressa in giorni per i neonati e in mesi per i bambini piccoli), peso, altezza e parametri di sviluppo, così da permettere una più precisa identificazione e valutazione di eventuali segnali di sicurezza.¹⁰



Bibliografia

1. AIFA. Rapporto OsMed 2024. https://www.aifa.gov.it/documents/20142/3159201/AIFA_Rapporto_OsMed_2024.pdf ○○○
2. Carmen Ferrajolo. Sicurezza dei farmaci in pediatria: real world evidence, 2025. ○○○
3. Decorti G, Stocco G. Farmacologia perinatale e pediatrica. In Farmacologia generale, a cura di Massimo Collino, Carla Cicala e Armando Ialenti; 163-171, 2023.
4. Blake K. Ethics challenges in pediatric research. J Pediatr Pharmacol Ther 2023; DOI:10.5863/1551-6776-28.8.680. ○○○
5. Mahmood I. Dosing in children: a critical review of the pharmacokinetic allometric scaling and modelling approaches in paediatric drug development and clinical settings. Clin Pharmacokinet 2014; DOI:10.1007/s40262-014-0134-5. ○○○
6. Clavenna A, Bonati M. Adverse drug reactions in childhood: a review of prospective studies and safety alerts. Arch Dis Child 2009; DOI:10.1136/adc.2008.154377. ○○○
7. EMA. Regolamento (UE) n. 1901/2006 relativo ai medicinali per uso pediatrico, 2006. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=LEGISSUM%3A122148> ○○○
8. Manolis E, Musuamba F, et al. The European Medicines Agency experience with pediatric dose selection. J Clin Pharmacol 2021; DOI:10.1002/jcph.1863. ○○○
9. Leitzen S, Kayser C, et al. Adverse drug reactions and medication errors in children: Pharmacoepidemiology and approaches to prevention 2022; DOI:10.1007/s00112-021-01382-8.
10. EMA, Guideline on good pharmacovigilance practices (GVP) https://www.ema.europa.eu/en/documents/scientific-guideline/guideline-good-pharmacovigilance-practices-gvp-product-or-population-specific-considerations-iv-paediatric-population_en.pdf

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



Farmaco 

Benzodiazepine

Appropriatezza d'uso

Alice Restelli, Luca Pasina

Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS

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.



Benzodiazepine: a che cosa servono

Le benzodiazepine sono farmaci ad azione depressiva sul sistema nervoso centrale, utilizzati principalmente per il trattamento dell'ansia e dei disturbi del sonno. Agiscono potenziando l'attività dell'acido gamma-amminobutirrico (GABA), il principale neurotrasmettitore a funzione inibitoria del sistema nervoso centrale. A questa classe di farmaci sono attribuiti effetti ansiolitici, sedativi-ipnotici, miorilassanti e anticonvulsivanti. Le diverse benzodiazepine, in virtù della loro struttura chimica, possono interagire in modo differente con il recettore GABA-A, che presenta a sua volta diverse varianti. Dalla combinazione di questi fattori deriva una diversa espressione, in termini di intensità, delle singole proprietà farmacologiche. Per questo motivo, le stesse benzodiazepine possono essere impiegate, a differenti dosaggi, sia nel trattamento dei disturbi d'ansia sia nei disturbi del sonno.¹ Ogni benzodiazepina ha un tempo di permanenza nell'organismo variabile e spesso correlato alla sua durata d'azione. Per questo motivo si distinguono le benzodiazepine a emivita:

- breve (1,5-6 ore come alprazolam, triazolam e brotizolam)
- intermedia (10-20 ore, come lorazepam e flurazepam)
- lunga (>24 ore come diazepam, delorazepam e clonazepam).

Quanto sono usate

Affermatesi dopo la metà del secolo scorso come alternativa più sicura ai barbiturici, le benzodiazepine hanno progressivamente consolidato il loro impiego nella pratica clinica, che è rimasto pressoché stabile negli ultimi vent'anni. I maggiori tassi di utilizzo si registrano nei Paesi ad alto reddito, come Stati Uniti, Giappone e diversi Paesi europei, tra cui l'Italia, anche in relazione al parallelo aumento delle diagnosi di disturbi mentali e neurologici.

Negli ultimi anni, le crescenti preoccupazioni relative alla sicurezza d'impiego e al rischio di abuso hanno indotto alcuni Paesi, tra cui Finlandia, Slovenia e Stati Uniti, ad adottare strategie prescrittive più prudenti, con una significativa riduzione dell'uso delle benzodiazepine; tendenza che ha tuttavia subito un parziale rallentamento a causa della pandemia di COVID-19.²⁻³ L'Italia non rientra tra questi Paesi virtuosi: secondo le rilevazioni disponibili, le benzodiazepine rappresentano la classe terapeutica a maggiore consumo nell'ambito dei farmaci a carico del cittadino (fascia C con obbligo di prescrizione), con una quota pari al 25,5% dei consumi. Si tratta inoltre della classe a maggiore spesa, con un totale di circa 600 milioni di euro l'anno. Tali costi sono interamente sostenuti dai cittadini, in quanto questi farmaci non sono rimborsati dal Servizio Sanitario Nazionale.³



Inoltre, dal confronto tra i dati di vendita del 2018 e i tassi di utilizzo riportati nel Rapporto OsMed dello stesso anno, emerge che circa un terzo del consumo di benzodiazepine non sia stato intercettato dai circuiti istituzionali, sfuggendo quindi al controllo medico.²⁻³ Questo aspetto non solo riflette una sottostima della reale spesa generata dalla compravendita di benzodiazepine, ma solleva interrogativi circa il numero reale degli utilizzatori e preoccupazioni riguardo all'assunzione impropria. Analizzando le fasce di popolazione, gli anziani, essendo più inclini a manifestare disturbi del sonno, contribuiscono maggiormente all'uso prescritto di benzodiazepine, con tassi di consumo elevati soprattutto tra gli ospiti delle residenze sanitarie assistenziali.

Il nodo dell'inappropriatezza

Nonostante le benzodiazepine siano terapeuticamente promettenti per la rapidità di trattamento di stati di ansia e disturbi del sonno, non sono farmaci privi di rischi. Somministrazioni ripetute possono causare una tolleranza, il meccanismo fisiologico che porta a una progressiva diminuzione della risposta terapeutica rispetto alla dose iniziale di trattamento. Ne consegue che, per gestire e alleviare i sintomi, diventa necessario aumentare il dosaggio, spesso oltre le quantità raccomandate, con un incremento degli effetti avversi. Un'altra criticità è la dipendenza, psicologica e fisica, generata dal sollievo dai sintomi in associazione ai meccanismi di ricompensa tipici del cervello. Le benzodiazepine a breve emivita si contraddistinguono per un maggiore effetto *craving*, il desiderio impulsivo e irrefrenabile di assumere la sostanza, che porta all'assuefazione psicologica e, spesso, alla conseguente riluttanza del paziente a sospendere la terapia. Certamente più allarmante è la dipendenza fisica, capace di generare una crisi di astinenza, caratterizzata da sudorazione, palpitazioni, agitazione, ricomparsa dei sintomi o da manifestazioni più gravi quali attacchi di panico, convulsioni, *delirium* e allucinazioni. La pratica scorretta più diffusa nell'assunzione di benzodiazepine è l'estensione d'impiego oltre i tempi raccomandati, con studi che indicano come l'uso degli ipnotico-sedativi negli anziani arrivi a superare mediamente le 30 settimane continuative di terapia, malgrado le indicazioni ne prevedano 2 o 4 al massimo. L'uso improprio, talvolta, può essere frutto di cattive pratiche di prescrizione e di una mancata ricognizione farmacologica: diversi studi riportano per esempio che nelle residenze sanitarie assistenziali i tassi di inappropriatezza possono riguardare oltre la metà dei residenti e che a circa il 10% degli ospiti vengono addirittura prescritte due o più benzodiazepine contemporaneamente.⁴



Quando sono davvero necessarie

L'uso di benzodiazepine come rimedio per indurre il sonno è giustificato quando il disturbo è grave e debilitante, sottopone a un grave disagio o interferisce con lo svolgimento delle normali attività della vita quotidiana.

Le benzodiazepine hanno un effetto modesto nel ridurre il tempo necessario ad addormentarsi, ma sono in grado di evitare i risvegli notturni e di aumentare la durata complessiva del riposo di circa un'ora. È necessario, tuttavia, tenere presente che quando si decide di iniziare la terapia è opportuno limitare la sua durata complessiva a un periodo massimo di due settimane, perché dopo questo intervallo temporale l'effetto ipnoinducente svanisce. Le benzodiazepine ad azione ansiolitica, conosciute anche come tranquillanti o calmanti, sono utilizzate per stati d'ansia generalizzati e di angoscia, ma trovano impiego soprattutto nell'ansia acuta e gli attacchi di panico, grazie alla rapidità con cui si instaura l'effetto terapeutico (30-60 minuti dall'assunzione). Per la gestione dell'ansia generalizzata la terapia può durare anche 8-12 settimane, ma deve prevedere fasi alternate di sospensione graduale per ridurre potenziali eventi avversi e l'instaurarsi di tolleranza. In caso di attacchi di panico andrebbero assunte al bisogno o all'insorgenza di una crisi. In entrambi i casi viene raccomandato di iniziare il trattamento alla dose minima efficace e di aumentarla gradualmente solo se necessario, al fine di prevenire possibili sovradosaggi, ridurre il rischio di accumulo e reazioni avverse. In aggiunta, le benzodiazepine possono trovare impieghi in altre condizioni cliniche come l'epilessia e la gestione urgente delle convulsioni, nell'astinenza da alcol, in ambito chirurgico, come preanestetici per indurre sedazione e amnesia anterograda, oppure come miorilassanti per alleviare condizioni di spasticità o grave rigidità muscolare.

Quando non sono necessarie o possono essere rischiose

Sebbene il paziente sia spesso riluttante a interrompere la terapia, soprattutto per il timore della ricomparsa dei sintomi, l'impiego delle benzodiazepine oltre le dosi e la durata raccomandate non comporta benefici aggiuntivi. Al contrario, aumenta l'esposizione a fenomeni di tolleranza e dipendenza, nonché al rischio di eventi avversi.

Tra i principali effetti indesiderati si annoverano: compromissione delle funzioni cognitive e della memoria, confusione mentale, riduzione della vigilanza, disturbi dell'equilibrio, con conseguenti cadute e fratture, ricoveri ospedalieri e aumento del rischio di incidenti stradali.



A questi si aggiungono gli effetti collaterali più comuni, soprattutto con le benzodiazepine a lunga emivita, quali sonnolenza diurna, riduzione della coordinazione motoria (atassia) e dell'attenzione, nonché il cosiddetto effetto "hangover", caratterizzato da stanchezza mattutina e sensazione di "annebbiamento" cognitivo, che possono compromettere le attività quotidiane. Bisogna inoltre considerare che il profilo di rischio-beneficio varia in funzione alla benzodiazepina e alle sue caratteristiche; perciò, è opportuno verificare l'appropriatezza d'uso e i possibili rischi anche in relazione alla terapia concomitante. Alcune benzodiazepine, per esempio, presentano un metabolismo epatico (diazepam, alprazolam, triazolam e altre) e se vengono assunte in concomitanza ad altri farmaci che condividono o bloccano questa via metabolica (fra gli esempi più noti ci sono gli antibiotici macrolidi, gli antifungini azolici e il succo di pompelmo) è possibile andare incontro a un sovradosaggio, con conseguente aumento del rischio di effetti indesiderati gravi. Altre benzodiazepine, come il lorazepam, l'oxazepam o il lormetazepam, sono metabolizzate attraverso altre vie e non sono quindi soggette alle stesse interazioni. In generale, tutte le benzodiazepine dovrebbero essere utilizzate con estrema cautela in caso di concomitante assunzione di altri farmaci ad azione depressiva sul sistema nervoso centrale, poiché ciò può determinare un aumento degli effetti indesiderati. In associazione con gli oppioidi, per esempio, si osserva un incremento del rischio di depressione respiratoria; con antidepressivi e antipsicotici, invece, aumenta il rischio di disturbi dell'equilibrio, confusione mentale ed eccessiva sedazione. Pertanto, soprattutto nei pazienti anziani, è sconsigliato l'uso concomitante di più farmaci ad azione sul sistema nervoso centrale.⁵

Nei pazienti affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva, che spesso hanno disturbi del sonno, l'impiego di benzodiazepine per brevi periodi può contribuire a migliorare la qualità del sonno. Tuttavia, l'assunzione prolungata, oltre a essere considerata inappropriata, potrebbe aumentare la velocità di progressione della malattia respiratoria e il rischio di morte, senza peraltro garantire un sonno realmente ristoratore.⁶

Questi scenari sottolineano come le decisioni cliniche debbano essere prese valutando attentamente i benefici a breve termine rispetto ai rischi a lungo termine. A causa della maggiore suscettibilità agli effetti collaterali e della frequente presenza di polifarmacoterapia, nella popolazione anziana è necessario valutare con particolare attenzione l'impiego delle benzodiazepine e, quando appropriato, avviare un attento monitoraggio dei possibili eventi avversi.

Un ulteriore comportamento particolarmente rischioso, a tutte le età, è l'assunzione concomitante di bevande alcoliche durante la terapia con benzodiazepine, combinazione che può determinare una marcata depressione del sistema nervoso centrale.



Alternative e buone pratiche

Il monitoraggio medico è un aspetto fondamentale durante tutto il periodo di trattamento: nelle fasi iniziali per l'eventuale aggiustamento della dose o della frequenza di assunzione e successivamente per avviare e supervisionare il processo di sospensione.

L'interruzione della terapia è un procedimento delicato: al fine di evitare sindromi da astinenza o la ricomparsa dei sintomi, si raccomanda una riduzione graduale della dose del 10-25% ogni due settimane (tapering).¹ Nelle persone che hanno assunto benzodiazepine per lunghi periodi di tempo può essere necessario ridurre le dosi più lentamente.⁷

Per la sospensione, un approccio da considerare nella pratica clinica consiste nel passaggio a una benzodiazepina a lunga emivita (generalmente il diazepam, la cui lunga durata d'azione contribuisce a ridurre il rischio di sintomi da astinenza), utilizzando formulazioni in gocce orali che consentono una maggiore flessibilità nella riduzione graduale del dosaggio.

L'ansia si articola in numerosi disturbi (attacchi di panico, ansia generalizzata, fobia sociale o specifiche) e per ciascuno sono disponibili diverse opzioni terapeutiche, che vengono scelte sulla base delle esigenze e della risposta del singolo paziente. Non sempre le benzodiazepine rappresentano il trattamento standard. Per esempio, nell'ansia generalizzata si predilige a volte l'impiego di alcuni antidepressivi. Dal momento che questi farmaci richiedono qualche settimana di uso per la comparsa dell'effetto terapeutico, il trattamento dei sintomi nel periodo iniziale viene gestito dalla somministrazione contemporanea di benzodiazepine, che dovrebbero poi essere ridotte e sospese.⁸

Per i disturbi del sonno, le alternative terapeutiche includono i cosiddetti farmaci Z (*Z-drugs*, zolpidem, zopiclone ed eszopiclone), che sono analoghi alle benzodiazepine per meccanismo d'azione e profilo di rischio, e gli antagonisti dell'orexina (daridorexant), che hanno un rischio minore di dipendenza. Anche per i disturbi del sonno la terapia cognitivo-comportamentale (igiene del sonno) è il trattamento di prima scelta. Questi aspetti sono discussi e approfonditi all'interno del Minidossier "[I farmaci per l'insonnia](#)".⁹



Bibliografia

1. Figg J, Love C, et al. Benzodiazepines at the crossroads: navigating therapeutic promise and perils of misuse. *Ann Gen Psychiatry* 2026;25(1):5 ○○○
2. Ma T, Wang Z, et al. Global trends in the consumption of benzodiazepines and Z-drugs in 67 countries and regions from 2008 to 2018: a sales data analysis. *Sleep* 2023;46(10):zsad124. ●○○
3. AIFA – Agenzia Italiana del Farmaco. Rapporto OsMed 2024 “L'uso dei farmaci in Italia” 2025. <https://www.aifa.gov.it/-/l-uso-dei-farmaci-in-italia-rapporto-osmed-2024>. ○○○
4. Bourgeois J, Elseviers M, et al. Sleep quality of benzodiazepine users in nursing homes: a comparative study with nonusers. *Sleep Med* 2013;14(7):614-21. Conflitti di interesse non dichiarati
5. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2023;71:2052-81. ○○○
6. Cui XJ Xie B, et al. Short-term sleep benefits versus long-term pulmonary risks: an updated meta-analysis of benzodiazepine receptor positive allosteric modulators in COPD patients with comorbid insomnia. *Front Pharmacol* 2026;17:1636836. ○○○
7. Brunner E, Boyle M, et al. New benzodiazepine tapering guide-slow and patient centered. *JAMA* 2025;334:567-8. ○○○
8. Bandelow B, Allgulander C, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for treatment of anxiety, obsessive-compulsive and posttraumatic stress disorders - Version 3. Part I: Anxiety disorders. *World J Biol Psychiatry* 2023;24:79-117. ○○○
9. Minidossier “I farmaci per l'insonnia” - InFarmaco. Luglio 2025. - https://infarmaco.it/wp-content/uploads/2025/07/M6_minidossier_farmaci_insonnia_def.pdf: ○○○

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 15 maggio 2026 al 31 agosto 2026**

Pediatria



Acne: benefici e rischi delle terapie ormonali
Non è facile gestire i farmaci nei bambini con malattie croniche
Otite media acuta nel bambino: meglio attendere a dare l'antibiotico
Più vaccini nella stessa seduta sono sicuri nei bambini
Con alcuni farmaci è più facile bagnare il letto
Asma nei bambini: meglio sciacquare la bocca dopo l'inalatore
Nei primi quattro anni di vita molti bambini ricevono antibiotici
Allergia agli antibiotici nei bambini: è importante confermare la diagnosi
L'azitromicina non serve nei bambini con bronchiolite
L'importanza dell'approccio One Health per i bambini
L'assunzione di antinfiammatori e paracetamolo durante l'allattamento
Dividere le compresse riduce l'accuratezza del dosaggio
Ipercolesterolemia familiare nei bambini: quando e come trattare
Il vaccino anti COVID in gravidanza protegge il neonato per sei mesi
Se il bambino dorme male, la melatonina non è quasi mai la soluzione
Interazioni tra farmaci nei bambini ricoverati: quali conseguenze?

Oncologia



La differente opinione di medici e pazienti sugli eventi avversi
Un approccio meno invasivo per la cura del tumore del retto
L'immunoterapia antitumorale non fa differenze di sesso
Tumore al seno: perché seguire con diligenza la terapia
Quali farmaci usare per un tumore in gravidanza
Stanchi e con più effetti avversi
Si può gestire bene la mucosite orale da chemioterapici
Problemi di cuore con i farmaci antitumorali
Terapie contro il melanoma: nelle donne più rischi per la tiroide
Le terapie possono influenzare la comparsa di nuovi tumori?
Parola alle donne in cura con gli inibitori dell'aromatasi
Si dorme poco durante le cure per un tumore al seno
L'uso off-label dei farmaci antitumorali
Chemioterapia e trombosi: un giusto equilibrio
Tre cicli di chemioterapia sono sufficienti nel tumore del colon?

Antibiotico resistenza



Troppo poche le ricerche di nuovi farmaci contro i microbi resistenti
I soldati feriti in Ucraina alle prese con infezioni da germi resistenti
L'uso degli antibiotici nei nove mesi di gravidanza
Quale antibiotico per la profilassi prima di un intervento chirurgico?
I cambiamenti climatici favoriscono i batteri resistenti
Antibiotici usati anche quando non servono
Dimezzare il consumo di antibiotici in veterinaria
C'è ancora molto da fare per contrastare le infezioni in ospedale
Antibiotico resistenza maggiore nelle fasce di popolazione più deboli
Scelta mirata dell'antibiotico per l'*Helicobacter*
Uccelli involontarie sentinelle per l'antibiotico resistenza
I piani nazionali servono per contenere l'uso degli antibiotici
Viaggiando lontano si possono riportare a casa i batteri resistenti
La scelta dell'antibiotico tra i pediatri di famiglia italiani
Un gioco educativo sull'antibiotico resistenza

Cronicità e polifarmacia



Come ridurre l'uso di benzodiazepine e altri farmaci ipnotici?
Che cosa succede quando si sospende un antidepressivo?
L'aderenza alla terapia migliora la vita di chi ha la bronchite cronica
Il ruolo chiave del paziente per ridurre gli inibitori di pompa
Terapia ormonale sostitutiva in menopausa e rischio cardiovascolare
Farmaci per il diabete e cadute negli anziani
Integratori per capelli, pelle e unghie negli anziani: quali rischi
Si può interrompere la terapia con betabloccanti dopo un infarto?
I difficili rapporti tra antipsicotici e glicemia
Una polipillola per controllare la pressione arteriosa

Minidossier

Leggere criticamente le informazioni sui farmaci
Il bambino non è un piccolo adulto
Il contrasto all'antibiotico resistenza: un'opportunità per migliorare la qualità delle prescrizioni in odontoiatria

Schede farmaci

[Benzodiazepine: appropriatezza d'uso](#)

Altri materiali informativi

[Una guida al percorso di cura oncologico](#)