



Il Laboratorio Galenico Aziendale dell'ASL Napoli 3 Sud: quando la personalizzazione diventa cura

a cura di Stefania Cascone



Negli ultimi anni il Servizio Sanitario Nazionale ha dovuto confrontarsi con carenze di farmaci, difficoltà di approvvigionamento e un crescente bisogno di terapie personalizzate. In questo contesto, l'ASL Napoli 3 Sud ha scelto di investire nella galenica come strumento strategico per garantire continuità terapeutica, sicurezza e sostenibilità.

Da questa visione è nato il **Laboratorio Galenico Aziendale**, inaugurato nel 2023 e progettato secondo i requisiti della **Farmacopea Ufficiale XII edizione** e delle **Norme di Buona Preparazione**, dotato di attrezzature moderne e di un software dedicato alla gestione delle preparazioni.

Un laboratorio costruito sui bisogni reali dei pazienti e dei reparti

Prima di avviare la produzione, la Farmacia Ospedaliera ha condotto un lavoro di ascolto capillare, coinvolgendo sia il territorio sia l'ospedale.

Due strumenti sono stati decisivi:

- l'analisi dei pazienti rari inseriti nei PDTA regionali;
- un questionario rivolto ai reparti ospedalieri.

L'indagine sui pazienti rari ha permesso di individuare le prime preparazioni da internalizzare: capsule, sciroppi e creme non disponibili in commercio, come mexiletina, coenzima Q10, niaprazina o urea crema.

Il questionario ospedaliero ha invece evidenziato tre aree prioritarie: **dermatologia**, **adattamento della dose** e **forme farmaceutiche alternative** per pazienti con disfagia.

Le categorie più coinvolte sono risultate gli anziani, i pazienti con disabilità e la popolazione pediatrica. La disponibilità dei reparti a collaborare è stata altissima, segno di un bisogno reale e condiviso.

La formazione come motore di crescita: il Master in Galenica Magistrale e Officinale

Per garantire standard elevati non bastano locali e attrezzature: servono competenze specialistiche.

Nel marzo 2025, su impulso della Dr.ssa Stefania Cascone, Direttore della UOC Assistenza Farmaceutica Ospedaliera Area Sud, e con il supporto del Direttore Generale Dr. Giuseppe Russo, l'ASL Napoli 3 Sud ha avviato una convenzione con il Dipartimento di Farmacia dell'Università Federico II. L'obiettivo era rafforzare le competenze specialistiche dei farmacisti impegnati nel Laboratorio Galenico e consolidare l'autonomia produttiva dell'Azienda nel settore delle preparazioni magistrali.

Il percorso formativo ha visto protagonisti i farmacisti dirigenti del laboratorio di Gragnano, che hanno frequentato il Master in Galenica Magistrale e Officinale del Dipartimento di Farmacia (Dipartimento di Eccellenza 2023-2027), sotto la guida della Prof.ssa Agnese Milo. Insieme alla Dr.ssa Cascone hanno partecipato il Dr. Ferdinando M. de Francesco, la Dr.ssa Anna Canitano e la Dr.ssa Luciana Danza. Al gruppo si sono poi aggiunte con entusiasmo anche la Dr.ssa Anna D'Alessio, la Dr.ssa Valeria De Luca dell'ASL Napoli 3 Sud e la Dr.ssa Arianna Aiello, specializzanda in formazione presso il laboratorio di Gragnano, scegliendo di intraprendere autonomamente il percorso, spinte dal desiderio di ampliare le proprie competenze culturali e professionali.

Il 27 febbraio 2026 tutti i farmacisti hanno concluso con successo il Master acquisendo competenze aggiornate su:

- ✓ normativa e prescrizione dei galenici;
- ✓ gestione del laboratorio secondo NBP;
- ✓ tecniche di allestimento sterili e non sterili;
- ✓ scelta degli eccipienti e progettazione formulativa;
- ✓ controllo qualità e stabilità;
- ✓ uso dei software gestionali.



Un investimento che rafforzerà sempre più l'autonomia produttiva dell'Azienda, valorizzando il ruolo del farmacista ospedaliero, unico professionista autorizzato all'allestimento di medicinali magistrali e officinali.

Conclusioni: la galenica come motore di innovazione nel SSN

L'esperienza dell'ASL Napoli 3 Sud dimostra che la galenica non è un'attività residuale, ma un **pilastro strategico** per un sistema sanitario moderno.

Integrare evidenze scientifiche, ascolto dei bisogni, competenze farmaco- tecnologiche e visione organizzativa significa offrire ai pazienti cure realmente personalizzate, sicure e sostenibili.

Il percorso è appena iniziato: nuove preparazioni dermatologiche, supporto ai PDTA delle malattie rare, formulazioni ready-to-administer e un'integrazione sempre più stretta tra territorio e ospedale rappresentano le prossime tappe.

Un laboratorio galenico non produce solo farmaci: **produce valore clinico, sicurezza e dignità di cura.**

Dalla teoria alla pratica: lo studio pre-formulativo e la sfida delle preparazioni personalizzate

Nel laboratorio galenico, ogni preparazione, anche quelle apparentemente più semplici, richiede uno studio pre-formulativo rigoroso, basato su letteratura scientifica peer-reviewed e su criteri di stabilità, sicurezza e biodisponibilità.

Un esempio emblematico è stata la preparazione della **crema preventiva per le piaghe da decubito**, richiesta dai reparti di Medicina e Ortopedia per pazienti anziani allettati.

La formulazione prescritta prevedeva ossido di zinco, aloe e oleolito di iperico. Proprio quest'ultimo ha rappresentato la principale criticità: la sua aggiunta alla base O/A al cetomacrogol provocava la rottura dell'emulsione.

La soluzione è stata la **pre-dispersione dell'oleolito in Polysorbate 80**, ottenendo una microemulsione stabile e perfettamente incorporabile nella crema. Il risultato è stato un prodotto omogeneo, stabile e conforme ai requisiti reologici richiesti.

Un esempio concreto di come la galenica ospedaliera possa rispondere a bisogni clinici specifici con soluzioni tecnicamente avanzate.

Un modello che migliora qualità, sicurezza e sostenibilità

L'attività del laboratorio ha già prodotto risultati tangibili:

- ✓ riduzione dei costi rispetto all'acquisto presso farmacie esterne;
- ✓ maggiore tracciabilità e controllo qualità;
- ✓ risposta più rapida ai bisogni dei reparti;
- ✓ continuità terapeutica per i pazienti fragili;
- ✓ rafforzamento del rapporto diretto tra medico, paziente e farmacista.

Oggi il laboratorio produce capsule, sciroppi, creme, cartine e colliri, sia magistrali sia officinali, per pazienti ricoverati e territoriali. Sono già programmati nuovi investimenti in attrezzature e materiali per ampliare ulteriormente la capacità produttiva.

Per facilitare i percorsi prescrittivi, l'Azienda ha pubblicato online moduli dedicati per le richieste di allestimento da parte dei reparti, degli ambulatori e delle farmacie distrettuali.



Setting e percorsi della farmacia clinica tra nuove opportunità ed istituzionalizzazione

a cura di Maria Natalia Diana



Lo scorso marzo, nei giorni 26 e 27, si è tenuto nella splendida cornice di Villa Doria D'Angri a Napoli il corso **“Setting e percorsi della farmacia clinica tra nuove opportunità ed istituzionalizzazione”**, organizzato dai Responsabili Scientifici dott.ssa Simona Serao Creazzola, dott.ssa Francesca Futura Bernardi, dott.ssa Maria Natalia Diana e dott. Dario Bianco, e primo evento residenziale 2026 della Segreteria Regionale SIFO Sezione Campania.

Il corso ha visto la partecipazione di relatori e moderatori di importante rilievo regionale e nazionale, prevedendo una prima parte introduttiva di carattere generale, in cui è emerso come la farmacia clinica non sia più una prospettiva futura, bensì una componente concreta dei percorsi di cura e dei nuovi modelli di assistenza sanitaria, per poi dare spazio a sessioni dedicate al dialogo interdisciplinare, prevedendo per ogni area organizzativo-gestionale e terapeutica il confronto tra Farmacista SSN, decisori, professionisti della salute e clinici, al fine di far emergere il valore della figura del farmacista clinico nello specifico setting, nonché delle best practices da portare nelle singole realtà.

Nel corso delle due giornate, mediante il confronto tra farmacisti, clinici e professionisti della salute, sono stati affrontati alcuni temi chiave per il futuro del sistema sanitario:

- integrazione della farmacia clinica nei nuovi setting assistenziali
- gestione delle malattie croniche e delle terapie complesse
- appropriatezza prescrittiva e HTA
- innovazione digitale e telemedicina
- prevenzione
- area infettivologica
- costruzione dei PDTA

L'evento ha visto la partecipazione di circa **80 discenti**, nonché l'intervento di più di **30 professionisti**, tra relatori e moderatori, di chiara fama regionale e nazionale.

Durante la *prima sessione*, sono state ripercorse le nuove norme che hanno interessato l'assistenza farmaceutica, con un particolare sguardo al territorio, l'importanza della Telefarmacia, di cui sono state presentate varie esperienze condotte in varie Aziende Sanitarie italiane.

Con la *seconda sessione* è stato posto il focus sulla farmacia clinica, sviscerando, grazie agli autorevoli interventi, le potenzialità del nostro ruolo nella ricognizione terapeutica, nelle valutazioni HTA e nella farmaco/dispositivo vigilanza.

Come accennato in premessa, dalla *terza alla quinta sessione* si è entrati nel cuore del convegno, con relazioni a doppia voce tra clinico e farmacista in merito al nostro coinvolgimento nella gestione di patologie croniche, nella Rete Oncologica, nel Piano Nazionale delle Cronicità, nella prevenzione, nell'area infettivologica, nell'area metabolica e nella stesura dei PDTA. Il confronto, in molti casi, non ha visto contrapposte solo due professionalità differenti, ma anche due realtà regionali diverse, evidenziando punti di contatto, criticità e fornendo spesso soluzioni e spunti di miglioramento.

A chiudere l'evento è stata una *tavola rotonda multidisciplinare* che ha evidenziato quanto l'ascolto e il dialogo tra professionisti permettano di rafforzare la consapevolezza che il cambiamento è possibile, e che passa dalla collaborazione, dalla visione e dall'impegno quotidiano di ciascuno di noi.



Recigar e citisina: la prima terapia antifumo rimborsata dal SSN

segna una svolta nella gestione della dipendenza da nicotina

a cura di Luigi Fortino

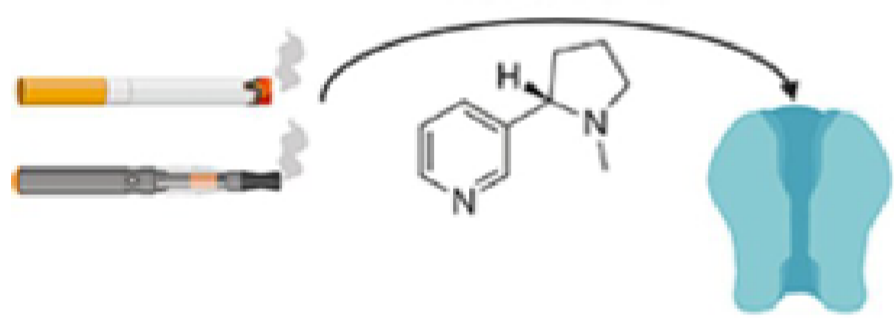
Nel panorama della sanità pubblica italiana, la dipendenza da nicotina rappresenta da decenni una delle principali sfide cliniche, epidemiologiche ed economiche. Con oltre 12 milioni di fumatori e circa 90.000 decessi annui attribuibili al tabacco, il fumo resta il primo fattore di rischio modificabile per mortalità evitabile. In questo contesto, l'introduzione della citisina, commercializzata come Recigar e recentemente ammessa alla rimborsabilità da parte del Servizio Sanitario Nazionale, rappresenta un passaggio storico che potrebbe ridefinire le strategie di disassuefazione in Italia.

La decisione dell'AIFA segna infatti la prima volta in cui un trattamento farmacologico specifico per la cessazione del fumo viene reso accessibile su larga scala attraverso il sistema pubblico. Non si tratta semplicemente dell'introduzione di un nuovo farmaco, ma dell'ingresso della dipendenza da tabacco all'interno di una logica terapeutica strutturata, comparabile a quella di altre patologie croniche.

La novità più importante non riguarda soltanto il farmaco, ma il modello organizzativo che si sta costruendo intorno alla cessazione tabagica.

La **nota della Regione Campania** recepisce le indicazioni AIFA e chiarisce alcuni aspetti fondamentali dell'accesso alla terapia: il farmaco è rimborsabile esclusivamente nell'ambito di un percorso clinico formalizzato, con valutazione medica, counselling strutturato e compilazione del piano terapeutico dedicato. È necessaria la presa in carico da parte di un Centro Antifumo individuato dalla Regione, con registrazione del percorso terapeutico e monitoraggio clinico nel tempo.

La citisina è un alcaloide naturale estratto dal *Cytisus laburnum*, noto come maggiociondolo, utilizzato da decenni nei Paesi dell'Europa orientale come supporto farmacologico per smettere di fumare. La vera innovazione non risiede quindi nella scoperta della molecola, bensì nella sua standardizzazione industriale e nella validazione regolatoria secondo i criteri europei di qualità, sicurezza ed efficacia. Dal punto di vista farmacologico, la citisina agisce come agonista parziale dei recettori nicotinici dell'acetilcolina, lo stesso target della nicotina. Questo si traduce in un duplice effetto terapeutico: da un lato la molecola riduce i sintomi di astinenza, dall'altro diminuisce il rinforzo positivo associato al fumo.



Legandosi ai recettori, la citisina produce una stimolazione attenuata rispetto alla nicotina e contemporaneamente ne impedisce il legame completo. Il risultato è una progressiva riduzione della gratificazione derivante dalla sigaretta e una mitigazione dei sintomi tipici della sospensione, come irritabilità, ansia e insonnia. Questo meccanismo, già noto per altre molecole come la vareniclina, viene qui declinato in una forma terapeutica con un profilo di tollerabilità favorevole e una lunga esperienza d'uso clinico.

Il protocollo terapeutico della durata di 25 giorni, basato su una posologia decrescente. L'obiettivo clinico è ottenere la cessazione completa del fumo entro i primi giorni di terapia, mentre il farmaco continua a sostenere l'astinenza nelle settimane successive. Questo approccio si differenzia dalle tradizionali terapie sostitutive della nicotina per la sua durata definita e per il tentativo di intervenire in modo diretto sui circuiti neurobiologici della dipendenza. La terapia, inoltre, può essere ripetuta nei casi in cui sia necessario consolidare il risultato, riflettendo la natura cronica e recidivante del disturbo da uso di tabacco.



Un aspetto particolarmente rilevante per la pratica clinica riguarda il profilo di sicurezza della citisina. Gli effetti collaterali sono generalmente lievi e transitori, con nausea, cefalea e disturbi del sonno tra i più frequentemente riportati. Nonostante la rimborsabilità rappresenti un passo avanti fondamentale, il modello di accesso presenta alcune criticità strutturali. La prescrizione è infatti legata ai Centri Antifumo del SSN, che in Italia sono circa 110 e risultano distribuiti in modo disomogeneo sul territorio. Questo implica che, a fronte di milioni di fumatori, solo una minima percentuale accede attualmente a percorsi strutturati di disassuefazione. La rimozione della barriera economica, quindi, non è sufficiente da sola a garantire un impatto epidemiologico significativo, rendendo necessaria una riflessione organizzativa più ampia sul ruolo della medicina territoriale e del farmacista. L'introduzione di Recigar rappresenta un'opportunità strategica per ripensare la gestione della dipendenza da tabacco in chiave integrata.

Per il farmacista, in particolare, si apre uno spazio rilevante sia in termini di counseling che di supporto alla continuità terapeutica.



In un contesto in cui l'aderenza rappresenta uno dei principali determinanti di successo, il farmacista può svolgere un ruolo chiave nell'educazione del paziente, nella gestione degli effetti collaterali e nell'integrazione con i percorsi clinici dei centri antifumo. La vera sfida, tuttavia, non sarà solo farmacologica ma organizzativa e culturale. La capacità di integrare questa innovazione nei percorsi assistenziali, di aumentare l'accesso ai servizi e di coinvolgere attivamente tutti gli attori della filiera sanitaria determinerà il reale impatto di questa svolta. Per il farmacista ospedaliero e territoriale, Recigar rappresenta quindi non solo una nuova opzione terapeutica, ma un'occasione per **riaffermare il proprio ruolo nella gestione multidisciplinare delle dipendenze,** in un'ottica sempre più orientata alla prevenzione e alla medicina personalizzata.



QUANDO LA FORMAZIONE SMETTE DI ESSERE TEORIA E SI CHIAMA CAMBIAMENTO

A cura degli organizzatori dell'evento: Di Ruocco Federica · Ferrara Loredana · Raiola Eliana · Venezia Sonia · Vercellone Adriano



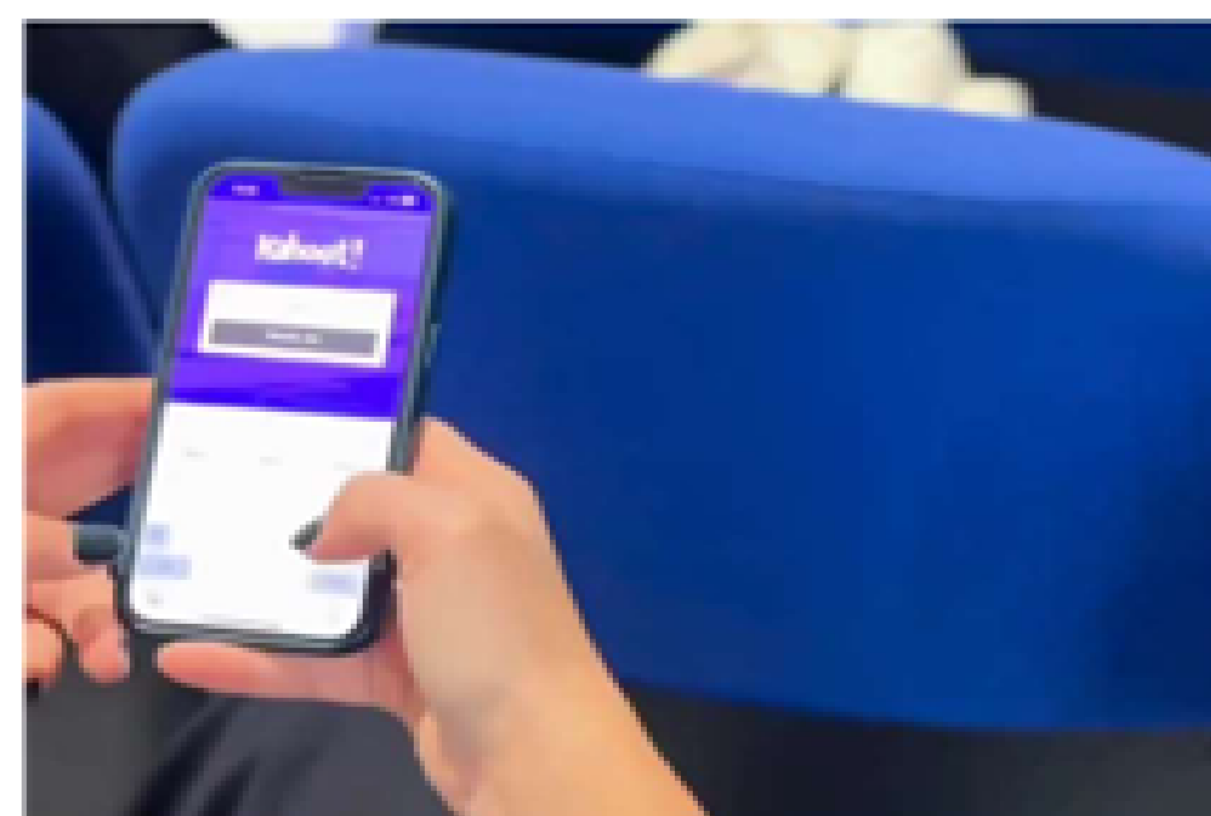
Torre del Greco, 9 e 19 dicembre. Due giorni che, a leggerli su un calendario, sembrano uguali a tanti altri. E invece, per quelli che c'erano, qualcosa è accaduto. Qualcosa di semplice e rivoluzionario allo stesso tempo: abbiamo provato a ricucire la distanza tra ciò che sappiamo e ciò che facciamo nel Contrasto all'Antibiotico-Resistenza. Una distanza che tutti, nella nostra pratica quotidiana, conosciamo fin troppo bene. Viviamo sommersi dai dati: linee guida, report che arrivano puntuali come stagioni, app che ti dicono qual è la scelta più appropriata. Eppure, nonostante tutto, l'abitudine continua a vincere sull'evidenza. A un certo punto, la domanda si è imposta senza chiedere permesso: Perché sappiamo così

tanto e cambiamo così poco? Da quella domanda non siamo più tornati indietro. Non volevamo un corso, né una passerella di contenuti: volevamo un luogo in cui dire la verità. La verità delle nostre giornate. Quella che racconta del chinolonico prescritto "perché funziona solo quello", dell'antibiotico di tre giorni "che almeno il paziente è contento", della nonna inflessibile che, con l'autorità di una matrona di famiglia, pretende una terapia inutile "per non rischiare", dei claim pubblicitari che confondono più di quanto chiariscano. Non abbiamo finto di non vederli. Li abbiamo messi sul tavolo, uno a uno. E lì è iniziato il cambiamento. Giochi di ruolo, simulazioni, casi clinici costruiti sulle nostre contraddizioni, un carrello della spesa trasformato in lente



sull'ecologia degli antibiotici, persino un Kahoot! Non erano esercizi: erano specchi. Specchi che mostrano cosa succede quando il paziente ti chiede "qualcosa di forte", quando il tempo è poco, quando la pressione aumenta. E lì, in quel posto insicuro di incertezza condivisa, abbiamo riconosciuto i nostri automatismi. Quelli che non cambiano con un decreto, ma con un'esperienza che ti attraversa. Abbiamo installato *FirstLine* sul telefono come gesto simbolico e concreto: un impegno a cambiare non domani, ma adesso.

Abbiamo smontato routine per costruire un modo di ragionare comune, riconoscibile, replicabile. Un linguaggio nuovo, sostenuto dalla Regione Campania e fortemente promosso dalla Direzione Strategica dell'ASL Napoli 3 Sud, che ha avuto il coraggio di rivolgerci una domanda semplice ma trasformativa: che cosa potremmo fare, nella nostra realtà professionale, che — praticato con costanza ogni giorno — possa realmente generare un impatto positivo sulla nostra vita e su quella dei pazienti? È una domanda che non concede scorciatoie. E quando si parla di antibiotici, l'impatto lo vedi subito: nei fallimenti terapeutici evitati, nelle decisioni che proteggono la comunità prima ancora del singolo. E adesso? Adesso proviamo a



fare un focus group, per valutarne l'impatto. Non cerchiamo l'effetto speciale: cerchiamo il cambiamento che si vede nelle prescrizioni, nelle discussioni in ambulatorio, nelle decisioni prese quando nessuno sta guardando. Vogliamo vedere quali tracce resteranno. E se qualcosa non funzionerà, lo correggeremo. Abbiamo aperto un cantiere permanente. E

quando abbiamo pensato al nome... è venuto naturale: "Chiamiamoci Cambiamento".

SCARICA FIRSTLINE

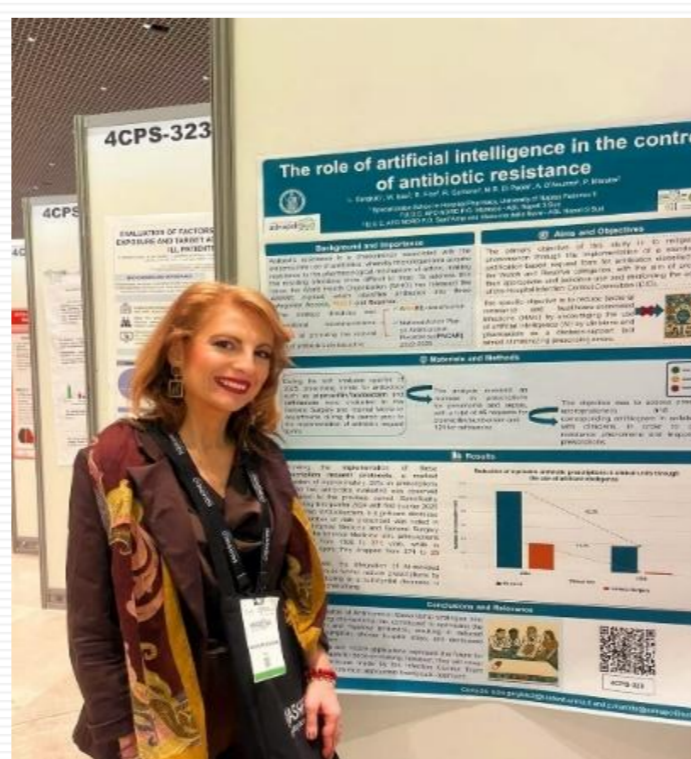
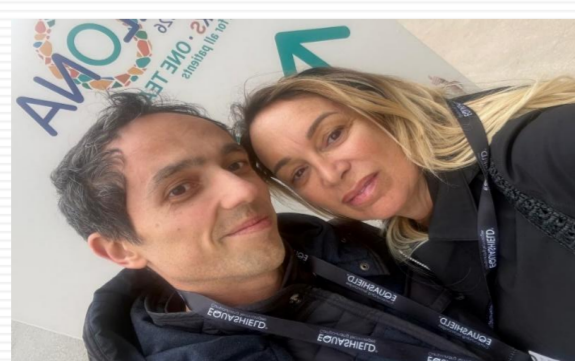




Robotica e innovazione al Congresso EAHP di Barcellona: focus sulle preparazioni oncologiche e terapie personalizzate

a cura di MariaChiara Izzo, Francesco Ferrara, Annunziata D'Acunzo

Nel corso del Congresso EAHP di Barcellona, uno dei temi più rilevanti è stato il contributo della robotica nei processi ad alta complessità, in particolare nelle preparazioni oncologiche e nello sviluppo di terapie personalizzate per il paziente ricoverato. Le preparazioni oncologiche rappresentano uno degli ambiti più delicati della farmacia ospedaliera. La manipolazione di farmaci antitumorali richiede infatti elevatissimi standard di precisione e sicurezza. In questo contesto l'impiego di sistemi robotizzati consente di standardizzare i processi, assicurando dosaggi estremamente accurati e una tracciabilità completa di ogni fase della preparazione. Parallelamente, per le terapie personalizzate i trattamenti vengono sempre più spesso calibrati sulle caratteristiche specifiche del singolo paziente come peso, parametri clinici, profilo genetico; la robotica integrata con sistemi informatici avanzati permette di gestire questo aspetto in modo preciso diminuendo notevolmente il margine di errore. L'adozione della robotica in questi ambiti permette inoltre una gestione più efficace delle risorse che possono essere rifocalizzate su altre attività cliniche e assistenziali ad alto valore, ciò comporta non solo un miglioramento organizzativo, ma anche un risparmio economico rilevante. Il Congresso EAHP di Barcellona ha quindi ribadito come la robotica rappresenti una risorsa strategica imprescindibile per affrontare le sfide della sanità moderna, in particolare nei settori più complessi e sensibili come l'oncologia e la medicina personalizzata.



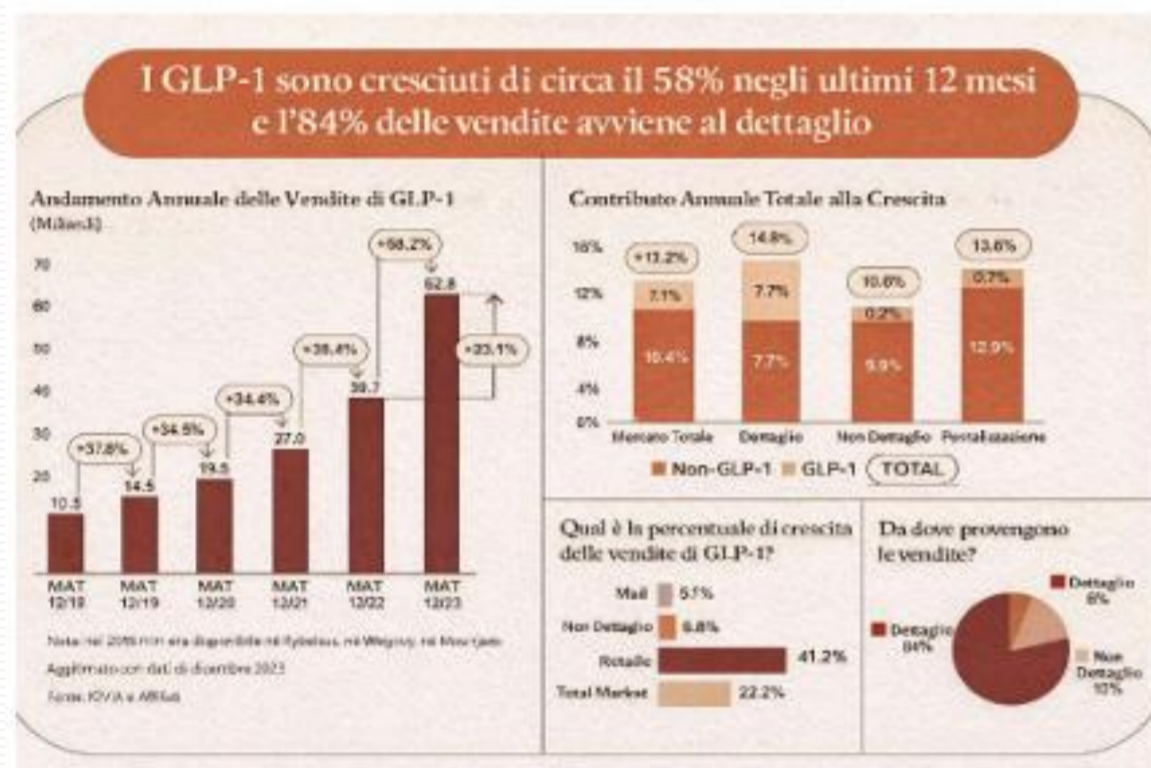


Il farmacista ospedaliero e l'intelligenza artificiale: una sinergia per il futuro della sanità

a cura di Luigi Fortino

GLP-1, Intelligenza Artificiale e micro-abitudini: la nuova alleanza tra farmacologia e digital health

Negli ultimi anni pochi farmaci hanno cambiato la medicina quanto gli agonisti del recettore GLP-1. come semaglutide e tirzepatide hanno trasformato il trattamento del diabete di tipo 2, mostrando una capacità straordinaria di ridurre il peso corporeo e migliorare il controllo metabolico. Gli analoghi del GLP-1 (semaglutide, dulaglutide e liraglutide) hanno registrato un +17,9% di spesa e un incremento dei consumi del +26,4%, nonostante la riduzione del costo medio per dose del 6,7%. Con una spesa pro capite di 8,38 euro, rappresentano oggi la categoria di farmaci più costosa. Tuttavia, mentre la farmacologia compie progressi impressionanti, emerge una domanda sempre più centrale per la medicina moderna: un farmaco può davvero cambiare il comportamento umano? Una recente ricerca condotta presso Stanford Medicine suggerisce che la risposta sia più articolata di quanto si possa immaginare. Secondo questo studio, i farmaci GLP-1 possono essere molto efficaci dal punto di vista biologico, ma per produrre risultati duraturi devono essere accompagnati da cambiamenti comportamentali nello stile di vita. La ricerca mostra che piccoli stimoli digitali, definiti "microsteps" o nudges comportamentali, possono aiutare i pazienti a compiere il primo passo verso abitudini più sane mentre assumono queste terapie. Questa prospettiva è particolarmente interessante per chi lavora all'intersezione tra farmacia clinica, intelligenza artificiale e digital health. **Il futuro della terapia potrebbe non essere costituito soltanto da farmaci più efficaci o a concentrazione maggiore, ma da sistemi integrati che farmacologia, tecnologia digitale e scienze comportamentali.**



Obesità, combinano diabete e patologie cardiovascolari non dipendono esclusivamente da processi biologici, ma sono fortemente influenzate da abitudini quotidiane come alimentazione, attività fisica, qualità del sonno e gestione dello stress. Anche quando un farmaco agisce in modo efficace sui meccanismi metabolici, il mantenimento dei benefici clinici richiede un cambiamento nel comportamento del paziente. Raggiungere una buona salute richiede molto più della sola farmacoterapia. Storicamente, uno dei maggiori ostacoli per i professionisti sanitari è proprio quello di supportare i pazienti nel cambiamento comportamentale. Dieta, movimento e gestione dello stress sono fondamentali per la salute, ma spesso mancano il tempo e gli strumenti per accompagnare i pazienti in questo percorso. I sistemi sanitari sono progettati per gestire diagnosi e prescrizioni, non per monitorare quotidianamente le scelte comportamentali delle persone.

È qui che le tecnologie digitali possono svolgere un ruolo cruciale.



Il team di ricerca ha sperimentato l'idea dei cosiddetti microsteps, ovvero piccoli suggerimenti comportamentali progettati per essere estremamente semplici e facilmente integrabili nella vita quotidiana.

L'idea alla base è che cambiamenti minimi ma ripetuti nel tempo possano produrre effetti cumulativi sulla salute. Nello studio, i partecipanti hanno ricevuto messaggi digitali e brevi contenuti educativi che suggerivano piccole azioni quotidiane, come programmare momenti di movimento durante la giornata, includere proteine nei pasti, sostituire bevande zuccherate con acqua o trascorrere qualche minuto all'aperto senza dispositivi digitali. Questi interventi sono stati progettati secondo un principio chiave della psicologia comportamentale: **i cambiamenti troppo radicali sono difficili da mantenere, mentre quelli piccoli e progressivi tendono a consolidarsi nel tempo.** I microsteps sono stati descritti dai ricercatori come comportamenti "troppo piccoli per fallire", proprio perché richiedono uno sforzo minimo e sono quindi più facilmente adottabili.

Per valutare l'efficacia di questo approccio, i ricercatori hanno condotto uno studio randomizzato internazionale coinvolgendo migliaia di adulti che utilizzavano farmaci GLP-1. L'obiettivo non era misurare direttamente il cambiamento di peso o di parametri clinici nel lungo periodo, ma osservare alcuni indicatori precoci di cambiamento comportamentale. Un altro elemento interessante emerso dalla ricerca riguarda il momento psicologico in cui questi interventi vengono introdotti. Molti pazienti che iniziano una terapia con GLP-1 hanno alle spalle anni di tentativi falliti di perdita di peso. Diete, programmi di attività fisica e altri interventi possono aver prodotto risultati temporanei, ma spesso senza successo duraturo. Quando finalmente sperimentano una perdita di peso grazie al farmaco, si crea una finestra psicologica particolare. I ricercatori descrivono questa fase come un momento di "reset", in cui i pazienti iniziano a percepire di avere finalmente il controllo sulla propria salute. In questa condizione di maggiore fiducia e motivazione, gli stimoli comportamentali possono essere particolarmente efficaci nel favorire l'adozione di nuove abitudini. In altre parole, il farmaco non rappresenta soltanto una terapia metabolica, ma può diventare anche un catalizzatore psicologico. **Quando un paziente percepisce che il trattamento sta funzionando, è più disposto a investire energie nel cambiamento dello stile di vita.** I nudges digitali possono quindi amplificare questo momento favorevole, trasformando un successo farmacologico in una trasformazione comportamentale più profonda. Le implicazioni di questo approccio sono particolarmente interessanti per la medicina digitale e per l'intelligenza artificiale applicata alla salute.

L'intelligenza artificiale riesce ad analizzare dati provenienti da smartphone, wearable device e cartelle cliniche elettroniche per identificare i momenti in cui una persona è più vulnerabile a comportamenti poco salutari. In questi momenti critici, il sistema potrebbe inviare suggerimenti personalizzati, creando interventi comportamentali "just-in-time". Studi recenti mostrano che sistemi di nudging basati su algoritmi possono effettivamente migliorare attività fisica e comportamenti salutari su larga scala, dimostrando il potenziale di queste tecnologie nel campo della prevenzione e della medicina digitale. Questa evoluzione tecnologica apre scenari interessanti anche per la farmacia clinica. Tradizionalmente, il farmacista ospedaliero ha svolto un ruolo centrale nell'ottimizzazione della terapia farmacologica attraverso il monitoraggio dei dosaggi, delle interazioni e della farmacocinetica. Tuttavia, la medicina digitale suggerisce un possibile ampliamento di questo ruolo. Il farmacista diventa una figura chiave nell'integrazione tra terapia farmacologica e interventi comportamentali digitali, contribuendo a progettare percorsi terapeutici più completi.

In questo nuovo paradigma, la prescrizione potrebbe includere non solo il farmaco ma anche un ecosistema digitale di supporto al cambiamento comportamentale. Alcuni modelli emergenti di digital therapeutics stanno già andando in questa direzione, combinando software certificati con trattamenti farmacologici tradizionali. La ricerca di Stanford suggerisce quindi che la medicina del futuro potrebbe basarsi su una combinazione di tre elementi fondamentali: farmacologia efficace, supporto comportamentale digitale e personalizzazione algoritmica basata su intelligenza artificiale. In questo scenario, il farmaco rimane uno strumento essenziale, ma non è più l'unico protagonista della terapia. Tuttavia, il cambiamento reale nella salute delle persone nasce spesso da azioni molto piccole e quotidiane. Bere acqua invece di una bevanda zuccherata, fare una breve passeggiata durante la giornata, dormire qualche minuto in più. Questi gesti possono sembrare insignificanti se osservati singolarmente, ma ripetuti nel tempo diventano potenti determinanti di salute. Se la farmacologia rappresenta una delle grandi rivoluzioni biologiche della medicina moderna, i nudges digitali potrebbero rappresentare la rivoluzione comportamentale del XXI secolo.



a cura di Gianmarco De Maddi

I farmaci delle malattie reumatologiche - Anti TNF- α – Parte 1[^]

Artrite Reumatoide, Spondilite anchilosante e Artrite Psoriasica, Poli-mialgia Reumatica, Lupus eritematoso sistemico, Sclerosi Sistemica e Vasculiti sono malattie reumatologiche provocate da un'alterazione del sistema immunitario, che da sistema difensivo si trasforma in sistema offensivo.



Artrite psoriasica



Artrite reumatoide



Lupus eritematoso sistemico



Spondilite anchilosante

Il Reumatologo ha a disposizione, oltre gli inibitori del TNF- α , altri farmaci efficaci nel trattamento di molteplici patologie reumatologiche che agiscono con differenti meccanismi d'azione.

- Farmaci di produzione biotecnologica attivi su specifiche citochine e cellule del sistema immunitario.

Inibitori dell'Interleuchina-6 (IL-6): Tocilizumab e Sarilumab

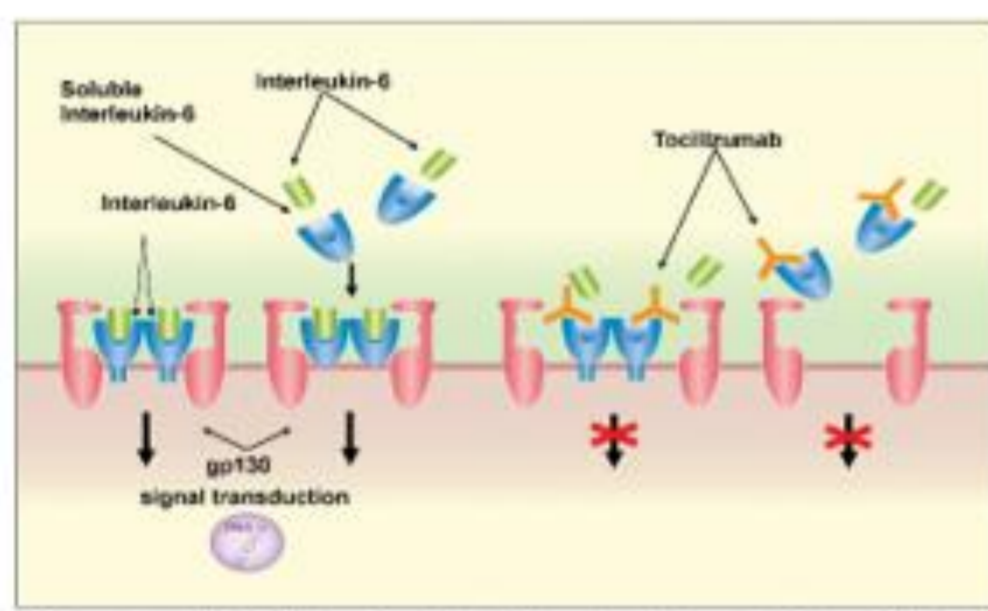
Inibitori dei Linfociti B: Rituximab

Modulatori della Co-stimolazione dei Linfociti T: Abatacept

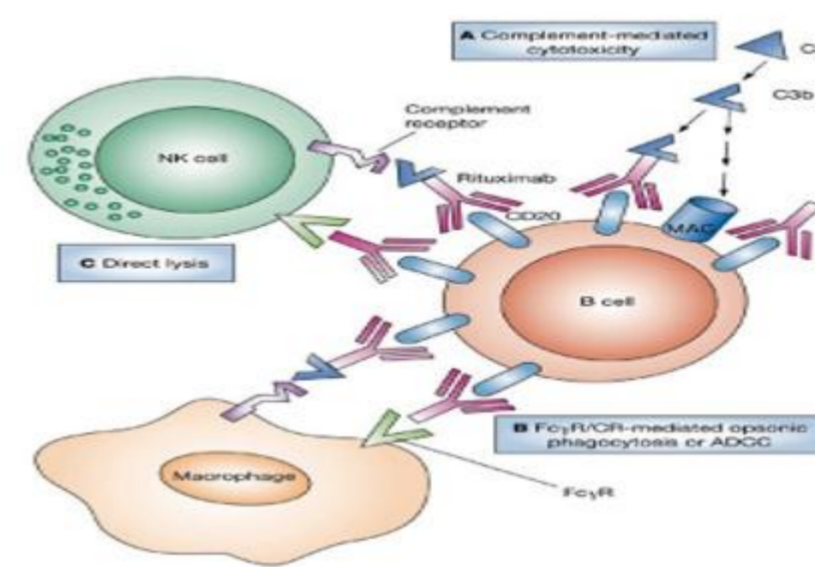
Inibitori dell'Interleuchina-1 (IL-1): Anakinra e Canakinumab

Inibitori dell'IL-17: Secukinumab, Ixekizumab, Brodalumab e Bimekizumab

Inibitori dell'IL-23: Guselkumab, Risankizumab, Tildrakizumab, Mirikizumab, Ustekinumab



Meccanismo d'azione Tocilizumab

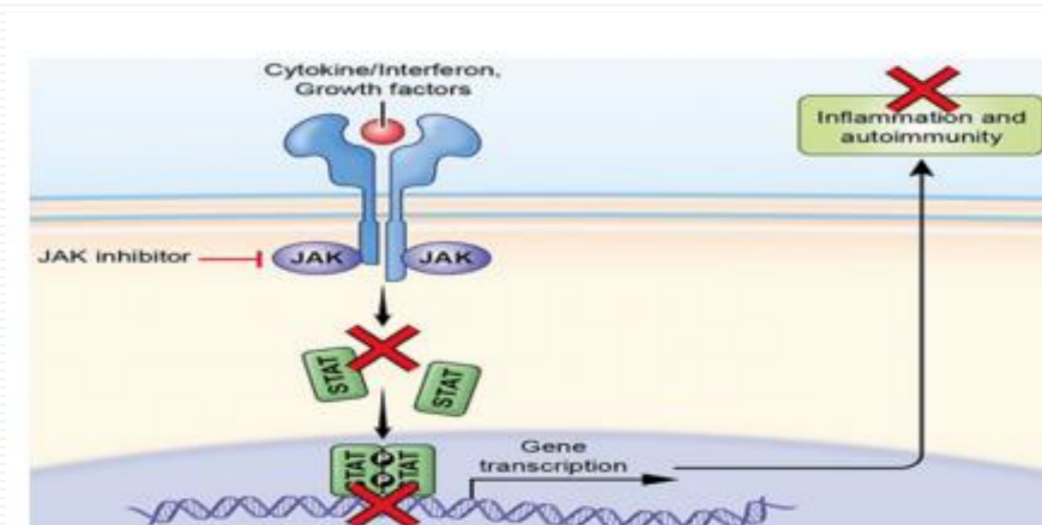


Meccanismo d'azione Rituximab

- Farmaci di sintesi che dall'interno della cellula bloccano lo sviluppo del processo infiammatorio

JAK-Inibitori:

Tofacitinib, Baricitinib, Upadacitinib e Filgotinib



Meccanismo d'azione JAK-inibitori



a cura di Maria Elena Maiello

"Sperimentazione in pillole" nasce dall'idea di arricchire iPharma.zine con focus su temi specifici sul mondo della sperimentazione clinica.

Perché parlare della sperimentazione clinica? La sperimentazione clinica si presenta come un approccio scientifico rigoroso per valutare l'efficacia e la sicurezza dei nuovi trattamenti farmacologici. Attraverso la sperimentazione clinica, è possibile migliorare le cure per i pazienti, promuovere l'innovazione terapeutica e arricchire il panorama scientifico. Pertanto, è un passo cruciale nel processo di traduzione della ricerca scientifica in benefici concreti per i pazienti affetti da diverse patologie, tra cui quelli oncologici. Tutto ciò giustifica le risorse, sia economiche che umane, coinvolte nel percorso che porta un farmaco dal laboratorio al paziente che, secondo uno studio condotto dal Tufts Center for the Study of Drug Development (USA), ammontano attualmente 2,5 miliardi di dollari.

Sperimentazione in pillole:

La Modernizzazione delle Sperimentazioni tra Digitalizzazione e *Quality by Design*

Il panorama della ricerca clinica sta attraversando un "cambiamento d'epoca" che richiede nuovi linguaggi e modelli organizzativi innovativi per gestire una complessità crescente. In questo contesto, la recente revisione della linea guida ICH E6(R3) sulle *Good Clinical Practice* (GCP) non rappresenta un semplice aggiornamento burocratico, ma una risposta strutturale all'integrazione di tecnologie digitali, fonti di dati emergenti e approcci adattivi nel *design* dei *trial*.

Il nuovo *framework*, nato dai contributi del simposio congiunto tra *Food and Drug Administration* (FDA), *Medicines and Healthcare products Regulatory Agency U.K.* (MHRA- UK) e *Health Canada* (HC), poggia su due pilastri fondamentali destinati a trasformare l'operatività dei centri sperimentali e degli sponsor:

Quality by Design (QbD) e adeguatezza allo scopo: la qualità viene definita come "*fitness-for-purpose*", ovvero la capacità dei dati di essere sufficientemente solidi da supportare un processo decisionale corretto e soddisfare i requisiti regolatori. Il QbD impone di integrare la qualità sin dalla progettazione del protocollo, eliminando procedure superflue e raccolte dati che non contribuiscono direttamente a rispondere al quesito scientifico. Questo approccio non solo riduce la complessità del protocollo, ma minimizza il carico di lavoro per investigatori e pazienti, rendendo il *trial* più efficiente e centrato sulla persona.

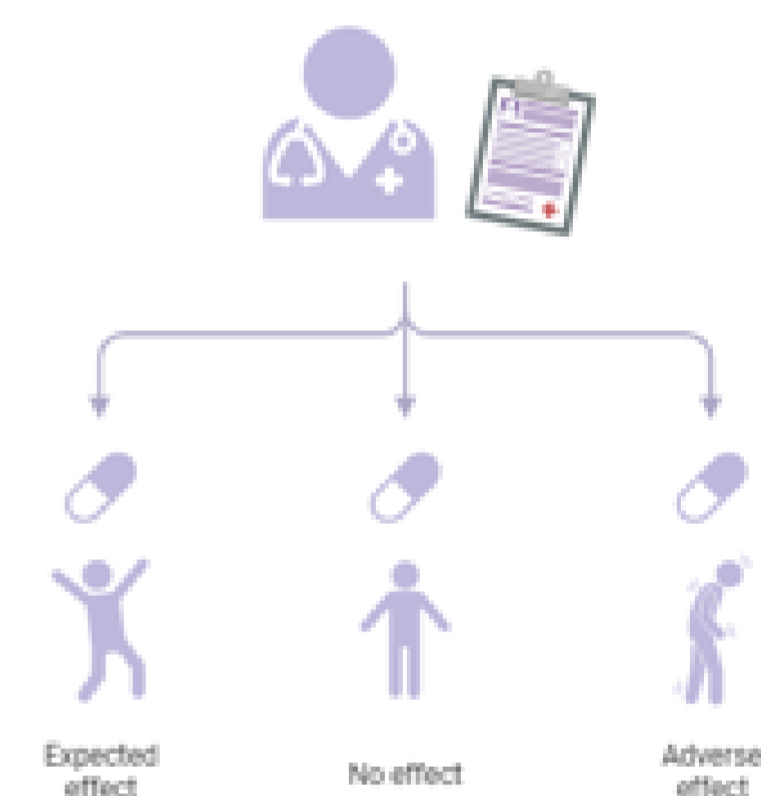
Risk Proportionality e Data Governance: la revisione R3 introduce il concetto di proporzionalità del rischio in ogni fase del *trial*. Le risorse e le strategie di monitoraggio (*Risk-Based Quality Management* - RBQM) devono essere calibrate in base ai rischi reali per la sicurezza dei partecipanti e l'affidabilità dei risultati. Un approccio che permette di concentrare gli sforzi di controllo dove l'errore avrebbe un impatto critico.

In questo scenario, una *data governance* efficace deve sostenere i processi critici del *trial*: dalla randomizzazione alla *dose escalation*, fino alla protezione del cieco. La salvaguardia di queste fasi è cruciale per mantenere l'integrità dello studio e include la gestione rigorosa delle procedure di *unblinding*, lo stabilire protocolli chiari per la finalizzazione dei dati prima dell'analisi e l'allocatione appropriata dei dati nei *analysis sets*.

L'uso di tecnologie di risposta interattiva (IRT) per l'allocatione delle fiale e l'aggiustamento dei dosaggi richiede un'attenzione particolare; le ispezioni regolatorie hanno infatti evidenziato come sistemi non correttamente configurati possano portare a calcoli errati, minando la sicurezza del paziente. Concentrarsi sui sistemi informatici critici e progettarli in modo da raccogliere i dati richiesti dal protocollo migliora l'accuratezza dei dati e riduce anche i rischi associati agli errori di raccolta e di elaborazione dei dati.

La revisione R3 richiede, inoltre, che il *framework* di *governance* sia adattabile: ogni modifica al protocollo o al *design* del *trial* deve riflettersi in modifiche corrispondenti dei sistemi e dei processi. Tali cambiamenti devono essere documentati, giustificati e conformi ai requisiti regolatori, garantendo che l'innovazione tecnologica resti sempre un'estensione del rigore scientifico e mai un punto di vulnerabilità per la validità della sperimentazione.

Healthcare professional
one-fits-all treatment



Digital Health Technologies



Created in BioRender.com bio



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI NAPOLI FEDERICO II



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SALERNO

e-SSFO.zine Campania

a cura di Stefania Farace



Roma, 5-8 novembre 2026. Il XLVII Congresso Nazionale SIFO rappresenterà un momento di confronto scientifico e professionale dedicato alla farmacia ospedaliera e ai servizi farmaceutici territoriali.

La Call for Abstract prevede la presentazione di contributi appartenenti alle categorie "Abstract Scientifici/Metodologici" e "Case Report". La scadenza per la sottomissione dei poster è fissata all'8 giugno 2026. Regolamento, linee guida e modalità di invio dei contributi sono disponibili sul sito ufficiale del Congresso:

<https://congressosifo.com/>

CREDITI ECM 6

CORSO DI FORMAZIONE A DISTANZA
online dal 30 marzo 2026 al 29 marzo 2027

L'ECZEMA CRONICO DELLE MANI
e il ruolo del farmacista ospedaliero

Responsabili Scientifici
Dario Bianco - Simona Serao Creazzola

Carissime/i colleghe/i,

vi ricordiamo che è online il nuovo corso FAD da 6 crediti ECM "L'Eczema Cronico delle Mani e il ruolo del farmacista ospedaliero", attivo dal 30 marzo 2026 al 29 marzo 2027 patrocinato SIFO.

Il corso esplorerà:

- Le cause e i fattori scatenanti della patologia.
- Le opzioni terapeutiche più avanzate.
- L'importanza dell'Engagement del Farmacista Ospedaliero per garantire aderenza e sicurezza delle cure.

Il corso è accreditato ECM per Medici Chirurghi e Farmacisti.

Vi invitiamo ad iscrivervi, accedendo a <http://formazioneres.menthalia.it> e utilizzando il codice FADECZEMA1 per completare l'iscrizione.

LA FARMACEUTICA TERRITORIALE TRA SOSTENIBILITÀ, INNOVAZIONE, E NUOVI SCENARI PER IL PAZIENTE CRONICO

22 maggio 2026
Hotel NH Panorama
NAPOLI

Programma	SESSIONE III FARMACOECONOMIA E FARMACOUTILIZZAZIONE Moderatori: R. LOMBARDI - G. GUGLIELMI	SESSIONE V LA FARMACEUTICA CONVENZIONATA Moderatori: M. FUSCO - E. NAVA
08:30 Registrazione Partecipanti	10:15 Aderenza terapeutica e prescrizioni: nuove metodologie e strumenti di supporto decisionale intelligente L. Pasino	14:00 La Vigilanza Farmaceutica sul Territorio: Analisi Critica e Proposte di Revisione Normativa P. Minghetti
08:45 Welcome greetings e saluti delle autorità	10:40 Analisi prescrittiva di farmaci antidiabetici in 3 ASL della Campania F. Guerriero	14:20 La farmacia dei servizi: limiti e opportunità U. Trama - V. Santagada
09:00 Obiettivi del Corso residenziale A. Ciaccio - M. Cillo - V. Del Pizzo	11:00 Confronto-dibattito tra pubblico ed esperti Tutti i relatori	15:00 Regioni a confronto - Strumenti e innovazioni nella farmaceutica convenzionata: dalla distinta elettronica informatizzata alle nuove piattaforme digitali Regione Campania, M. Di D'ennaro Regione Emilia-Romagna, S. Castellani Regione Lombardia, G. Palmieri Regione Puglia, F. Sommarite
SESSIONE I INTRODUZIONE Moderatore: F. URSO	11:20 coffee break	16:20 Confronto-dibattito tra pubblico ed esperti Tutti i relatori
09:15 La spesa farmaceutica tra sostenibilità e accesso all'innovazione E. Di Brino	SESSIONE IV GESTIONE INTEGRATA DEL PAZIENTE CRONICO IN TRANSIZIONE OSPEDALE-TERRITORIO Moderatori: F. F. BERNARDI - F. PANDICO	17:00 Prova di apprendimento ai fini ECM
SESSIONE II INNOVAZIONE FARMACEUTICA: I GRANDI DRIVER 2025-2026 Moderatori: A. VERCELLONE - S. SERAO CREAZZOLA	11:30 Sanità di prossimità in azione: le esperienze in regione Campania ASL Salerno, M. Cillo - N. Giugliano ASL Benevento, V. Del Pizzo - C. Corbo ASL Avellino, A. Ciaccio	17:30 Conclusioni dei lavori
09:35 Area Malattie metaboliche e cardiovascolari: Nuovi approcci terapeutici per la terapia del paziente affetto da diabete K. Esposito	12:30 Confronto-dibattito tra pubblico ed esperti Tutti i relatori	
09:55 Dislipidemie e rischi cardiovascolari: efficacia delle nuove terapie farmacologiche G. Esposito	13:00 light lunch	