

# DOCUMENTO DI SINTESI

WWW.MOTORESANITA.IT

APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA  
E CORRETTA INFORMAZIONE

FATTORI CHIAVE NELLA  
GESTIONE DEL DOLORE CRONICO  
LIEVE-MODERATO NEGLI ADULTI

FOCUS SUD

**20 Novembre 2025**

dalle **9.30** alle **13.30**

**NAPOLI**

**Holiday Inn Naples – Centro Direzionale**

Isola E6, Via Domenico Aulisio

## **Dimensione del problema e impatto sulla vita delle persone**

L'evento parte dal riconoscimento che il dolore cronico lieve-moderato negli adulti rappresenta un fenomeno molto ampio e trasversale: non riguarda solo ambiti oncologici, ma una vasta gamma di condizioni (post-chirurgiche, muscolo-scheletriche, neuropatiche, fibromialgia e molte altre). Il peso non è solo clinico: incide sulla qualità della vita, sulle relazioni familiari, sulla capacità lavorativa e sul benessere psicologico, generando spesso una spirale di peggioramento (più dolore → più limitazioni → più stress → più dolore).

Viene sottolineato che molti cittadini convivono con patologie croniche e che il dolore, quando non correttamente gestito, diventa fattore di fragilità e di consumo improprio di risorse sanitarie.

## **Centralità dell'assistenza territoriale e della medicina primaria**

Un tema ricorrente è la necessità di spostare la gestione del dolore cronico verso un modello più forte e strutturato di presa in carico territoriale. L'esperienza pandemica ha evidenziato uno squilibrio storico: sistema molto orientato all'ospedale e territorio "zoppo" nei momenti di crisi.

La medicina primaria viene descritta come il nodo centrale della rete: è la prima interfaccia del cittadino, conosce la storia clinica, intercetta precocemente i problemi e può orientare percorsi appropriati. Ma perché questo avvenga, la medicina primaria deve essere "messa in condizione" di lavorare in rete e non in isolamento, con strumenti, dati e supporti operativi.

## **Evoluzione organizzativa: rete, aggregazioni e continuità assistenziale**

Si insiste sulla costruzione di una rete reale tra professionisti e servizi: territorio-ospedale, medicina primaria-specialistica, farmacia territoriale-farmacia aziendale, e più in generale sanità pubblica in tutte le sue articolazioni.

L'organizzazione viene vista come la leva per rendere "replicabile" la buona pratica: non bastano iniziative episodiche, serve un modello stabile. In questo senso vengono richiamati i nuovi assetti territoriali (case di comunità, modelli aggregativi, strumenti di coordinamento) come occasione per standardizzare percorsi e ridurre la variabilità.

## **Appropriatezza prescrittiva: il nodo dei FANS e il tema sicurezza**

Una parte rilevante dell'incontro è dedicata alla prescrizione dei farmaci antinfiammatori (FANS) e ai fattori di rischio collegati. Dai dati discussi emerge un consumo nazionale elevato rispetto alla media europea, con differenze territoriali significative e con un utilizzo concentrato soprattutto nelle fasce d'età più avanzate (over 65).

Vengono richiamati i principi di cautela: usare il dosaggio minimo efficace e per il periodo più breve possibile, valutare comorbidità e co-terapie (anticoagulanti/antiaggreganti, cardiopatie, insufficienza renale, patologie gastrointestinali) e considerare la gastroprotezione quando indicata.

Si evidenziano criticità tipiche: durata delle terapie spesso prolungata, combinazioni di più FANS, presenza di controindicazioni o fattori di rischio in una quota non marginale di pazienti. Un punto chiave è che i flussi amministrativi descrivono bene "quanto" si consuma, ma non sempre spiegano "perché" e "con quale appropriatezza clinica": per questo diventa decisivo integrare i dati con le informazioni cliniche e di diagnosi disponibili in medicina primaria.

## **Dati, monitoraggio e "valutare per programmare"**

Il concetto "la programmazione vive di valutazione" attraversa l'intero confronto: senza monitoraggio e dati, non è possibile guidare né migliorare.

Si sottolinea il valore informativo delle cartelle cliniche della medicina primaria come patrimonio del sistema sanitario: il sistema deve "girare intorno" alle informazioni del paziente, rendendole utilizzabili lungo la rete (territorio, ospedale, specialistica). Qui si lega anche il tema del fascicolo sanitario elettronico: come infrastruttura abilitante per la continuità informativa, l'interazione tra professionisti e la riduzione delle discontinuità viste durante l'emergenza Covid.

## **Strumenti digitali e piattaforme: dal dato all'informazione utile**

L'evento porta esempi concreti di piattaforme che raccolgono dati clinici e li trasformano in informazione fruibile: interoperabilità tra gestionali diversi, aggiornamento frequente, possibilità di consultare la storia clinica quando un paziente è visto da un altro medico della stessa rete, e soprattutto cruscotti di confronto e audit.

L'aspetto decisivo non è solo tecnologico ma culturale: registrare correttamente diagnosi, terapie, controindicazioni e motivazioni rende possibile un salto di qualità nella gestione del dolore cronico e nella sicurezza prescrittiva.

Viene messo in luce come il "tempo reale" possa cambiare la gestione: vedere l'andamento prescrittivo, confrontarsi con la media del gruppo/territorio, identificare scostamenti e attivare azioni correttive senza aspettare mesi. Questo approccio viene presentato come replicabile anche su altri ambiti (cronicità, screening, campagne vaccinali).

## **Multidisciplinarietà e sinergia: farmacie, specialisti e nuove figure**

La gestione del dolore cronico lieve-moderato viene descritta come intrinsecamente multidimensionale: clinica, psicologica, sociale, organizzativa. Per questo il modello efficace è multidisciplinare.

Si rimarca l'importanza della collaborazione con le farmacie (territoriali e aziendali) non come conflitto, ma come sinergia finalizzata a orientare correttamente il cittadino, ridurre usi impropri e migliorare l'aderenza a percorsi condivisi.

In parallelo, emerge l'esigenza di rafforzare l'integrazione con la specialistica (anche "portandola" sul territorio in modalità più vicine al cittadino) e di ampliare il team con nuove figure di supporto (infermieri, professionisti sanitari, psicologi, nutrizionisti, ecc.), soprattutto per gestire complessità, educazione e follow-up.

## **Comunicazione, fake news e “tempo di cura”**

Un capitolo centrale riguarda la distorsione informativa: social network e “dottor Google” influenzano comportamenti e aspettative, generando pressione sul medico e rischi di automedicazione. Il dolore, essendo un’esperienza soggettiva e spesso emotivamente connotata, è terreno fertile per convinzioni errate e scelte non sicure.

Il messaggio forte è che la soluzione passa per una migliore comunicazione clinica e per il recupero del rapporto di fiducia medico-paziente. Ma questa comunicazione richiede tempo: tempo per ascoltare, spiegare, fare educazione sanitaria. Viene evidenziato come la burocrazia sottragga tempo alla cura e come la riorganizzazione (collaboratori di studio, team, nuovi modelli territoriali) debba liberare tempo “utile” al colloquio, riducendo lo spazio lasciato alle informazioni non verificate.

Dal punto di vista dei pazienti si sottolinea che, quando il medico non ha tempo di spiegare, il cittadino cerca altrove: servono quindi anche canali informativi affidabili, accessibili e ripetuti nel tempo (incontri, materiali semplici, momenti online guidati da professionisti).

## **Territorialità e contesto: aree metropolitane, aree interne e diseguaglianze**

Viene ribadito che l’organizzazione non può essere uguale ovunque: le aree interne hanno criticità di accesso e mobilità, spesso con popolazione più anziana; le aree metropolitane pongono sfide diverse (volumi, logistica, frammentazione).

Il sistema informativo deve essere unico e interoperabile, ma l’organizzazione deve essere contestualizzata: modelli differenti per densità abitativa, geografia e disponibilità di strutture. Questo vale anche per la gestione del dolore cronico, che richiede prossimità e percorsi chiari.

## **Sostenibilità: equilibrio tra bisogni clinici e uso responsabile delle risorse**

Il tema economico non è trattato come “taglio” ma come sostenibilità: l’aumento della spesa farmaceutica e la disponibilità di terapie innovative impongono appropriatezza e percorsi efficaci. Il farmaco viene considerato una risorsa “preziosa”: utile e spesso indispensabile, ma da usare con responsabilità soprattutto nei pazienti complessi e politerapici. La sostenibilità viene connessa alla prevenzione degli effetti avversi, alla riduzione di accessi impropri (pronto soccorso), all’educazione del paziente e alla standardizzazione di percorsi sul territorio.

## Temi emersi

- **Dolore cronico lieve-moderato come problema di sanità pubblica:** ampia prevalenza, impatto sociale/lavorativo e sulla qualità della vita.
- **Ruolo centrale del territorio:** necessità di rafforzare l'assistenza primaria e la presa in carico continuativa.
- **Rete tra attori:** integrazione strutturata tra medicina primaria, specialistica, ospedale, farmacie, servizi territoriali.
- **Appropriatezza prescrittiva:** criticità legate a FANS (consumi elevati, durata, dosaggi, combinazioni, rischio in anziani e comorbidi).
- **Sicurezza clinica:** attenzione a controindicazioni, co-terapie, gastroprotezione e gestione del paziente politerapico.
- **Dati e valutazione:** monitorare per programmare; necessità di indicatori e audit continui.
- **Fascicolo sanitario elettronico e continuità informativa:** come base per integrare territorio-ospedale e superare frammentazioni.
- **Piattaforme digitali:** trasformare il dato clinico in informazione, usare cruscotti e confronto tra pari per migliorare.
- **Multidisciplinarietà:** team allargati e collaborazione con farmacie e specialisti per percorsi più efficaci.
- **Fake news e automedicazione:** influenza dei social, pressione sul medico, rischio per i pazienti.
- **Tempo di cura:** comunicazione e ascolto come fattori terapeutici; burocrazia come ostacolo.
- **Differenze territoriali:** aree interne/metropolitane richiedono modelli organizzativi adattati.
- **Sostenibilità:** equilibrio tra accesso alle cure, appropriatezza e gestione responsabile delle risorse.

## Action points

- **Costruire percorsi condivisi di gestione del dolore cronico:** definire linee operative territoriali, criteri di presa in carico, follow-up e invio allo specialista.
- **Rafforzare la rete territoriale e la collaborazione multiprofessionale:** integrazione stabile tra medicina primaria, specialistica e farmacie; coinvolgimento di infermieri e altre figure di supporto.
- **Usare i dati per guidare l'appropriatezza:** audit periodici, cruscotti di confronto tra pari, indicatori su dosaggi/durate/duplicazioni; valutazione continua come base della programmazione.
- **Integrare flussi amministrativi e dati clinici:** collegare consumo farmaci (SSN e, quando possibile, acquisti privati) con diagnosi e profilo clinico per valutare la reale appropriatezza.
- **Implementare piattaforme interoperabili e continuità informativa:** strumenti digitali che permettano condivisione della cartella clinica in rete, alert su rischi/controindicazioni e monitoraggio in tempo reale.
- **Promuovere l'uso più sicuro dei FANS:** "dose minima e tempo minimo", attenzione a anziani e comorbidi, verifica controindicazioni e co-terapie, appropriatezza della gastroprotezione quando indicata, ridurre combinazioni/rotazioni non motivate.
- **Liberare tempo clinico riducendo burocrazia e potenziando il team di studio:** collaboratori di studio e organizzazione delle attività per aumentare ascolto e counselling al paziente.
- **Attivare campagne strutturate di informazione al cittadino:** materiali chiari, momenti educativi e canali affidabili (anche online) per contrastare fake news e automedicazione.
- **Coinvolgere sistematicamente le associazioni dei pazienti:** portare la voce dell'esperienza vissuta nei tavoli organizzativi e co-progettare iniziative di comunicazione.
- **Adattare l'organizzazione ai contesti locali:** modelli diversi per aree interne e metropolitane, mantenendo un sistema informativo unico ma con soluzioni operative contestualizzate.
- **Misurare l'impatto delle riorganizzazioni:** indicatori su accessi impropri, aderenza ai percorsi, eventi avversi, qualità di vita, e (dove applicabile) migrazione sanitaria, per verificare benefici reali e correggere il modello.

## **Sono intervenuti**

**Nicola Calabrese**, Vice Segretario Nazionale FIMMG

**Rosalbino Cerra**, Segretario Regionale FIMMG Calabria

**Luca Degli Esposti**, Presidente CliCon S.r.l Health, Economics & Outcomes Research

**Alessandro Delle Vedove**, Ricerca e sviluppo Net Medica Italia

**Antonio Giovanni De Maria**, Segretario Regionale FIMMG Puglia

**Sonia De Rossi**, Dirigente Responsabile U.O.S.V.D. Farmacia Ospedaliera ASL BARI

**Mariano Fusco**, Direttore Dipartimento Farmaceutica ASL NA2 Nord

**Simona Angela Mirarchi**, Dirigente Farmacista ASP Cosenza

**Paolo Misericordia**, Segretario Regionale FIMMG Marche

**Maurizio Pastorello**, Direttore Dipartimento Farmaceutico ASP Palermo

**Rosa Pelissero**, Presidente Gruppo LES Italiano OdV

**Antonio Postiglione**, Direttore Generale Tutela della Salute Regione Campania

**Vito Emanuele Raia**, Segretario Regionale Fimmg Formazione Sicilia

**Luigi Sparano**, Segretario Provinciale FIMMG Napoli

**Ugo Trama**, Dirigente del "Settore Accreditemento Istituzionale, Health Technology Assessment (HTA), Rapporti con il Mercato" della Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale

Questo progetto è stato realizzato  
grazie al contributo incondizionato di



Comunicazione e redazione stampa  
a cura di **[www.mondosanita.it](http://www.mondosanita.it)**

Registrati e ottieni le nostre  
**rassegne stampa** in esclusiva

**ORGANIZZAZIONE e SEGRETERIA**

**Anna Maria Malpezzi** - 329 9744 772

**Aurora Di Cicco** - 350 5232094

[segreteria@panaceascs.com](mailto:segreteria@panaceascs.com)



WWW.MOTORESANITA.IT

