

DOCUMENTO DI SINTESI

WWW.MOTORESANITA.IT

APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA
E CORRETTA INFORMAZIONE

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

FOCUS NORD

12 Novembre 2025

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

MILANO

Talent Garden Isola

Piazza Città di Lombardia, 1

Apertura dei lavori e obiettivi della Roadmap

L'evento si inserisce nella roadmap nazionale dedicata alla proprietà prescrittiva e alla corretta gestione del dolore cronico lieve e moderato negli adulti. L'obiettivo è quello di consolidare un modello replicabile a livello nazionale, costruito attraverso il confronto tra regioni, medicina generale, farmacisti territoriali, specialisti e stakeholder istituzionali. Emergono sin da subito due assi strategici:

- **modello di rete territoriale per la terapia del dolore**, distinto dalle cure palliative;
- **governance dell'appropriatezza**, intesa come equilibrio tra efficacia clinica, sicurezza e sostenibilità economica.

Il peso epidemiologico e socio-economico del dolore cronico

Viene ribadito l'impatto del dolore cronico sulla popolazione italiana:

- oltre **10–11 milioni** di persone coinvolte;
- alta prevalenza nelle fasce anziane (50% negli ultra-85enni);
- differenze di genere (60% donne);
- il 97% è dolore **non oncologico**;
- il dolore è una malattia a sé, con un impatto funzionale, psicologico, sociale ed economico molto rilevante.

La gestione inadeguata del dolore comporta:

- perdita di produttività;
- peggioramento della qualità di vita;
- aumento degli accessi impropri a cure specialistiche e ospedaliere;
- rischio di uso inappropriato di FANS e di automedicazione.

Le criticità dell'attuale modello di gestione

Dalla discussione emerge una lunga serie di criticità strutturali:

Variabilità regionale

- Uso dei FANS molto eterogeneo tra Nord, Centro e Sud.
- Disomogeneità nell'accesso ai centri specialistici e nei servizi riabilitativi e psicologici.
- Differente adozione delle reti territoriali e dei PDTA.

Carenze organizzative del territorio

- DM77 giudicato insufficiente o non applicabile in molte realtà.
- Case di Comunità spesso incomplete, sottodimensionate o non operative.
- Mancanza di integrazione tra medicina generale, ospedale e servizi di riabilitazione.

Sovraccarico della medicina generale

I medici di famiglia descrivono:

- carichi di lavoro insostenibili;
- aumento delle richieste "non differibili" post-Covid;
- massimali elevati;
- difficoltà a dedicare tempo alla gestione cronica strutturata.

Il **tempo** diventa la risorsa più scarsa e preziosa.

Problemi nell'uso dei farmaci

- Prescrizioni inappropriate (alto uso di diclofenac, ibuprofene 600, coxib).
- Uso elevato di FANS out-of-pocket.
- Errori frequenti nell'automedicazione (dosaggi, durata, molecole non adatte).
- Scarsa segnalazione di reazioni avverse.
- Indicatori nazionali non adeguati, soprattutto per gli oppioidi.

Proposte di modello: la Rete Territoriale del Dolore

Si delinea un modello ideale fondato su:

Medicina generale come perno

Il medico di famiglia è:

- il principale gestore del dolore lieve-moderato;
- il titolare della presa in carico continuativa;
- il coordinatore di un approccio multimodale:
farmaco + attività fisica + interventi psicologici + monitoraggio continuo.

AFT come nuovo punto di svolta organizzativo

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) sono viste come:

- il vero “luogo” della presa in carico strutturata;
- la sede per ambulatori dedicati al dolore cronico;
- il contesto per la condivisione dei dati clinici;
- lo spazio dove valorizzare competenze specialistiche interne.

Il ruolo cruciale della digitalizzazione

I sistemi digitali (Netmedica e altri) permettono finalmente:

- analisi in tempo reale dei dati di prescrizione;
- monitoraggio degli indicatori di appropriatezza;
- confronto tra colleghi all'interno dell'AFT (benchmarking);
- alert su controindicazioni, duplicazioni terapeutiche, multitrattamento;
- nuove modalità di comunicazione medico-paziente;
- integrazione con fascicolo sanitario elettronico.

Si tratta di un salto quantico che consente:

- migliore proprietà prescrittiva;
- riduzione di rischi clinici;
- maggiore continuità assistenziale;
- reporting strutturato verso ASL e Regioni.

La dimensione psicologica, sociale e riabilitativa: il “treppiede” del dolore

Il dolore cronico non oncologico richiede un approccio multimodale:

1. **Farmaco terapia appropriata**, titolata e rivalutata nel tempo.
2. **Attività fisica adattata**, spesso sottoutilizzata.
3. **Interventi psicologici / mindfulness / CBT**, quasi inesistenti nei LEA.

Qui emerge la debolezza maggiore:

- il sistema sanitario non è organizzato per offrire interventi non farmacologici in modo appropriato e accessibile;
- il peso ricade quasi esclusivamente sul medico di famiglia.

La questione delle fake news e dell’empowerment

Molte scelte irrazionali dei pazienti derivano da:

- informazioni sbagliate online;
- “consigli di amici” e cultura della pillola facile;
- sfiducia nelle indicazioni mediche.

Viene proposta:

- una comunicazione istituzionale coordinata;
- canali digitali certificati;
- messaggi unificati inviati dai MMG tramite app (“notifiche cliniche”);
- educazione alla corretta informazione scientifica.

L'evoluzione verso nuovi modelli di presa in carico

La discussione finale introduce nuovi paradigmi:

Ruolo unico e team interni alle AFT

- Medici a quota oraria con competenze specifiche (palliativisti, esperti di dolore, geriatria, fragilità).
- Possibilità di consulenze interne all'AFT, evitando invii specialistici esterni.

Ospedale virtuale e telemedicina

- Esempi già attivi (es. Dossena – Lombardia): telemonitoraggio H24 con ottimi risultati.
- Riduzione degli accessi inappropriati.
- Maggiore aderenza terapeutica.

Gestione delle emergenze territoriali

Proposta innovativa:

- piccoli team MMG + infermiere per micro-emergenze domiciliari e RSA, riducendo 118 e ricoveri evitabili.

Temi emersi

Epidemiologia critica e sottovalutata

- 10–11 milioni di italiani con dolore cronico, per il 97% non oncologico.
- Impatto elevato su anziani e donne.

Inappropriatezza prescrittiva diffusa

- Uso eccessivo di FANS (fascia A e C).
- Elevata automedicazione.
- Dosi spesso troppo alte o troppo lunghe.

Forti disomogeneità regionali

- Accesso ai servizi, reti del dolore, indicatori, modelli di governance molto differenti.

Sovraccarico della medicina generale

- Mancanza di tempo.
- Carichi non differibili.
- Massimali elevati.

Insufficienza dei servizi non farmacologici

- Scarsa offerta riabilitativa e psicologica.
- Mancanza di percorsi multidisciplinari reali.

Digitalizzazione come leva di sistema

- Monitoraggio in real time.
- Dati clinici integrati.
- Nuovi strumenti di comunicazione.

Rischio crescente di fake news

- Pazienti disorientati.
- Necessità di canali certificati gestiti dai MMG.

Action points

Rafforzare la rete territoriale del dolore

- AFT come luogo principale di presa in carico.
- Ambulatori dedicati al dolore lieve-moderato.

Implementare indicatori di appropriatezza realmente adeguati

- Revisione degli indicatori sugli oppioidi.
- Monitoraggio dosi/durata FANS.
- Alert automatici su controindicazioni.

Sviluppare percorsi multimodali

- Integrazione di attività fisica adattata.
- Psicoterapia/mindfulness a supporto.
- Facilitazioni economiche o modelli LEA territoriali.

Potenziare la digitalizzazione

- Dashboard in tempo reale per MMG e ASL.
- Benchmarking tra medici dell'AFT.
- Comunicazione medico-paziente tramite app e notifiche.

Contrastare la disinformazione

- Campagne educative coordinate.
- Messaggi clinici standardizzati inviati dal MMG.

Accelerare modelli innovativi

- Ospedale virtuale e telemonitoraggio.
- Team domiciliari MMG-infermieri per micro-emergenze.
- Consulenze interne all'AFT per competenze specifiche.

Tempo clinico e nuove risorse

- Riorganizzazione della non differibilità.
- Personale di studio.
- Investimenti strutturali sul territorio (non solo sugli ospedali).

Sono intervenuti

Marco Alparone, Vicepresidente Regione Lombardia

Alberto Avetta, Consigliere Consiglio Regione Piemonte

Marco Bestetti, Consigliere Consiglio Regione Lombardia

Marzia Bottussi, MMG FIMMG Friuli Venezia Giulia

Nicola Calabrese, Vice Segretario Nazionale FIMMG

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

Alessandro Delle Vedove, Ricerca e sviluppo Net Medica Italia

Umberto Gallo, Dirigente Farmacista Assistenza Farmaceutica Territoriale ULSS 6 Euganea

Simona Liguori, Consigliere Consiglio Friuli Venezia Giulia

Anna Marra, Direttore Farmacia Ospedaliera AOU AUSL Ferrara

Rino Moraglia, Direttore Strategico Net Medica Italia

Daniele Morini, Segretario FIMMG Regionale Emilia-Romagna

Paola Pedrini, Segretario FIMMG Regionale Lombardia

Serena Pellegrino, Consigliera Regionale Friuli Venezia Giulia

Carla Rolle, Direttore Assistenza SC Farmaceutica Territoriale ASL "Città di Torino"

Federico Riboldi, Assessore alla Sanità Regione Piemonte

Paolo Misericordia, Segretario Regionale FIMMG Marche

Emanuele Monti, Presidente Commissione Sostenibilità Sociale Casa e Famiglia

Roberto Venesia, Segretario FIMMG Regionale Piemonte

Claudio Zanon, Direttore Scientifico di Motore Sanità

Questo progetto è stato realizzato
grazie al contributo incondizionato di



Comunicazione e redazione stampa
a cura di **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



WWW.MOTORESANITA.IT

