

DOLORE DNC

AGGIORNAMENTI CLINICI



Organo ufficiale dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore

49

CONGRESSO
NAZIONALE

AISD

ASSOCIAZIONE ITALIANA
PER LO STUDIO DEL DOLORE

[SAVE THE DATE]

Aci Castello

CATANIA

1-3 OTTOBRE 2026



SEDE CONGRESSO: Four Points by Sheraton Hotel

PLANNING

SEGRETERIA SCIENTIFICA: AISD Associazione Italiana per lo studio del dolore ETS

PROVIDER ECM E AGENZIA ORGANIZZATIVA: Planning Congressi Srl

Project Manager: Ramona Cantelli - r.cantelli@planning.it

Contatti sponsor: Cristina Uzzo - c.uzzo@planning.it

www.aisd.it



AISD

f in y i

Dall'European Journal of Pain

- 05 • Medicina del dolore e crisi degli oppioidi: è tempo di assumerci le nostre responsabilità!
DUNCAN RITCHIE | PATRICE FORGET

- 10 • In memoriam: ci ha lasciati il dottor Davide Gerboni

Dalla letteratura scientifica

- 12 • Blocco del nervo grande occipitale nella cefalea refrattaria: quali pazienti possono beneficiare del trattamento?
15 • Dolore misto: una definizione condivisa per una realtà clinica complessa
17 • Dolore post-operatorio in ortopedia: un consenso multidisciplinare per standardizzare la gestione del dolore moderato
20 • Fibromialgia: l'allodinia emotiva come possibile chiave per comprendere il carico psicologico della malattia
23 • Fibromialgia: un aggiornamento sulle nuove evidenze patogenetiche e cliniche
24 • La retina come finestra sul cervello: una revisione critica delle evidenze e delle prospettive

Linee guida

- 26 • Faccette articolari e dolore spinale cronico: le nuove linee guida ASIPP 2026

Orizzonti

- 29 • La medicina tra arte e scienza. Perché rileggere oggi Wilfred Trotter, a quasi un secolo di distanza
36 • Medicina del dolore: passato presente futuro
Intervista Giustino Varrassi

Congresso AISD 2026

- 40 • Dal dolore neuropatico all'intelligenza artificiale: le nuove sfide della medicina del dolore e i temi da non perdere al 49° Congresso AISD

Strumenti

- 44 • Guida pratica per persone affette da dolore
Proposta del progetto europeo DIGI4MSK



ORGANO UFFICIALE DELL'ASSOCIAZIONE
ITALIANA PER LO STUDIO DEL DOLORE

N. 3/2026 - Online

© Copyright 2026

Associazione Italiana Studio del Dolore

- Per essere sempre aggiornato sulle nostre attività



Iscriviti
al canale AISD
WhatsApp



iscriviti
alla newsletter

www.aisd.it

50° Anniversario della fondazione dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore



Medicina del dolore e crisi degli oppioidi: è tempo di assumerci le nostre responsabilità!

Duncan Ritchie^{1,2} | Patrice Forget^{1,3,4,5}

¹ Department of Anaesthesia, NHS Grampian, Aberdeen, UK | ² Institute of Education in Healthcare and Medical Sciences, University of Aberdeen, Foresterhill, Aberdeen, UK | ³ Aberdeen Centre for Musculoskeletal Health (Epidemiology Group), Institute of Applied Health Sciences, University of Aberdeen, Health Sciences Building, Aberdeen, UK | ⁴ Pain AND Opioids After Surgery (PANDOS) European Society of Anaesthesiology and Intensive Care (ESAIC) Research Group (ID ESAIC_RG_PAND), Brussels, Belgium | ⁵ Imagine UR UM 103, Montpellier University, Anesthesia Critical Care, Emergency and Pain Medicine Division, Nîmes University Hospital, Nîmes, France

Corrispondenza: Patrice Forget (forgetpatrice@yahoo.fr)

Ricevuto: 12 Novembre 2025 | **Modificato:** 18 March 2026 | **Accettato:** 25 March 2026

Parole chiave: Disturbi da uso di oppioidi | Oppioidi | Gestione del dolore

ABSTRACT

Il dolore rimane un importante bisogno sanitario non soddisfatto. L'aumento della prescrizione di oppioidi non ha ridotto il dolore nella popolazione e ha contribuito direttamente all'aumento della morbidità e della mortalità. Il disturbo da uso di oppioidi (OUD) e il dolore coesistono frequentemente. Molte persone con OUD sperimentano dolore acuto e cronico e una percentuale consistente di pazienti a cui vengono prescritti oppioidi sviluppa OUD. Noi abbiamo contribuito a questo problema. In questo Position Paper, difendiamo l'idea che dobbiamo urgentemente ridefinire la medicina del dolore come una disciplina di prima linea nella prevenzione e nel recupero del disturbo da uso di oppioidi. La gestione del dolore deve essere riformulata come parte della soluzione per le persone a rischio di OUD. I principi cardine includono: l'identificazione precoce dell'OUD e della comorbidità psichiatrica; di una abituale comunicazione che tenga informato sul trauma, che ne riduca lo stigma, e condivida il processo decisionale per la continuazione della terapia con agonisti oppioidi durante le cure acute; l'uso di un'analgesia multimodale su misura che risparmi gli oppioidi; la pianificazione perioperatoria con follow-up specialistico per le dipendenze e cure primarie. A livello di organizzazione, raccomandiamo una gestione multidisciplinare degli oppioidi (opioid stewardship), limiti chiari sull'indicazione dell'oppioide, sulla dose e la durata, strategie di diversione-mitigazione e cambiamenti di linee di condotta come la riduzione delle dimensioni delle confezioni e la limitazione delle indicazioni per gli oppioidi a rilascio prolungato. Le priorità della ricerca includono studi qualitativi sull'esperienza vissuta, l'inclusione dei risultati riferiti dai pazienti (patient-reported outcomes) negli studi clinici e analisi di big- data sulle prescrizioni per identificare i bersagli per l'intervento. L'integrazione delle migliori pratiche cliniche, di cure attente allo stigma e di riforme del sistema può ridurre i danni garantendo al contempo un sollievo dal dolore equo ed efficace per le persone con dolore e per quelle con o a rischio di OUD.

Significato: Questo position paper sintetizza le strategie cliniche, psicosociali e a livello di metodo per gestire il dolore nelle persone con o a rischio di OUD. Esso sottolinea la nostra responsabilità unica imparando dai fallimenti e guarda in modo costruttivo al futuro. La continuità del trattamento, una comunicazione informata sul trauma e che riduca lo stigma, le cure integrate, il coordinamento interdisciplinare e le politiche di gestione degli oppioidi non sono più opzionali. Queste raccomandazioni mirano a ridurre i danni, migliorare i risultati del dolore e della salute mentale e guidare i clinici e i decisori politici verso cure migliori e più eque.

1 | Introduzione

Il dolore resta un problema significativo. Accesso inadeguato, efficacia limitata, sicurezza imperfetta e importanti costi sociali continuano a giustificare una

significativo stanziamento di risorse, con l'obiettivo di migliorare la gestione del dolore (Azevedo et al. 2016; Darnall et al. 2023; Forget and Hauser 2023; Institute of Medicine (US) Committee on Advancing Pain Research, Care, and Education 2011). Il massic-

This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

© 2026 The Author(s). European Journal of Pain published by John Wiley & Sons Ltd on behalf of European Pain Federation - EFIC ®.

cio aumento delle prescrizioni di oppioidi, durante gli ultimi vent'anni, in molti Paesi, non ha risolto il problema. E ancor di più, potremmo aver contribuito alla distrazione dagli oppioidi in alcuni Paesi, e alla stigmatizzazione delle persone che usano oppioidi, nella maggior parte di essi. In questo Position Paper, sosteniamo l'idea che dobbiamo urgentemente ridefinire la medicina del dolore come una disciplina di prima linea nella prevenzione e nel recupero dal disturbo da uso di oppioidi, in cui la gestione del dolore sia una soluzione piuttosto che un problema, in particolare nelle persone con disturbi da uso di sostanze.

I disturbi da uso di sostanze, e in particolare il disturbo da uso di oppioidi (OUD), rimangono un problema globale. Dati recenti dell'Agenzia dell'Unione Europea per le Droghe mostrano un aumento dell'incidenza dei decessi indotti da droghe, con un oppioide coinvolto nella vasta maggioranza dei casi (European Union Drugs Agency 2025). Sebbene la maggior parte di questi sia attribuibile all'uso di oppioidi illeciti, come l'eroina, i dati del Nord America mostrano chiaramente che l'OUD è anche prevalente nelle persone che assumono oppioidi prescritti (Kolodny and Bohler 2024). Lo studio OPERA in Canada ha analizzato il rischio di inizio dell'iniezione di droghe in coloro ai quali è stato prescritto un oppioide. I principali fattori di rischio includono la giovane età e la prescrizione cronica di oppioidi ad alte dosi (Wilton et al. 2021). Importante, tuttavia, è che, osservando l'intera coorte, la maggioranza dei pazienti era nel gruppo di prescrizione acuta di oppioidi (molto più ampio), piuttosto che nei gruppi di prescrizione episodica o cronica (Forget 2021). Sebbene la prescrizione acuta possa non essere la causa, è chiaro che spesso precede lo sviluppo di un uso problematico di oppioidi.

Tenendo conto di ciò, è moralmente indifendibile non integrare la prevenzione dei SUD (primaria e secondaria) in tutta l'educazione, la pratica e la politica della gestione del dolore. Questo approccio è essenziale per i clinici disposti ad offrire un trattamento del dolore.

Il dolore è provato dalla vasta maggioranza dei consumatori di oppioidi. Questo include i consumatori di oppioidi illeciti, che in particolare soffrono di un'alta incidenza di dolore muscoloscheletrico (Kim et al. 2025). Il dolore non è un fattore protettivo contro il rischio di sviluppare un SUD, e offrire un trattamento agonista degli oppioidi (OAT), come metadone o buprenorfina, non porta necessariamente al desiderio

di ridurre o interrompere l'uso illecito di oppioidi. Anche se inseriti in un OAT, il 60% continua a soffrire di dolore, frequentemente associato a una peggiore salute mentale (Yang et al. 2024). In breve, se il dolore accompagna il percorso delle persone con OUD, gli specialisti del dolore devono essere formati per prevenire e riconoscere il SUD (Disturbo da uso di sostanze) come parte della loro competenza fondamentale.

Se il dolore accompagna il percorso delle persone con OUD, potrebbe anche l'OUD accompagnare il percorso delle persone con dolore cronico? Sebbene le cifre sopra menzionate siano simili in Europa e Nord America, differenze maggiori risiedono nei numeri eterogenei di prescrizione e nelle questioni relative agli oppioidi, inclusa un'incidenza generalmente molto più bassa, sebbene altamente variabile, dei decessi correlati agli oppioidi. Un'ampia indagine europea ha mostrato che le frequenze di prescrizione di oppioidi sono aumentate significativamente in tutta Europa, con la maggior parte dei Paesi che ha più che raddoppiato i propri tassi di prescrizione durante il decennio precedente al 2015 (Häuser et al. 2021). Una recente meta-analisi, che includeva anche un numero significativo di studi europei, ha suggerito che la prevalenza di comportamenti aberranti riguardo all'uso di oppioidi possa essere dell'ordine del 22% (intervallo di confidenza al 95%—95% CI: 17%–27%). Segni e sintomi di dipendenza e di OUD sono mostrati nel 30% (95% CI: 22%–38%), con il 9% (95% CI: 6%–15%) che soddisfa i criteri per dipendenza e OUD, secondo codici diagnostici stabiliti (Thomas et al. 2024). È importante notare, in questa fase che questi criteri non solo coprono realtà cliniche differenti dalla prospettiva del paziente (i criteri di dipendenza sono per lo più basati su sintomi fisici, anche se gli oppioidi possono essere assunti per alleviarli, mentre l'OUD si riferisce a un pattern problematico di uso di sostanze che porta a deterioramento o sofferenza), ma sono anche attesi quando una prescrizione di oppioidi diventa cronica (in particolare, la dipendenza fisica). L'incapacità di adempiere al ruolo sociale o professionale può essere correlata agli effetti collaterali, ma anche alla condizione dolorosa. Questo complica il quadro e mette in evidenza l'obbligo etico di valutare il rischio di SUD e le strategie di prevenzione con ogni prescrizione di oppioidi, inclusa una discussione su quando, introducendo gli oppioidi, i problemi possano superare i benefici.

2 | Approccio alla gestione del dolore nell'ODU

I pazienti con ODU che si presentano con dolore acuto o cronico rappresentano una popolazione con sfide peculiari. L'uso cronico di oppioidi determina diffuse neuroadattamenti che contribuiscono alla tolleranza, a dipendenza e alterata elaborazione del dolore. A livello recettoriale, i recettori μ -oppioidi vanno incontro a desensibilizzazione e internalizzazione, riducendone l'efficacia. I diversi oppioidi variano nella loro propensione a indurre internalizzazione, il che può influenzare il loro potenziale di dipendenza. Agenti come il metadone e la buprenorfina, usati per l'OAT, tendono a indurre una maggiore internalizzazione rispetto alla morfina, offrendo potenzialmente effetti protettivi (Mehta e Langford 2009).

Gli adattamenti cellulari coinvolgono prevalentemente la cascata di segnalazione del cAMP. Gli oppioidi sopprimono in modo acuto l'attività dell'adenil ciclasi e riducono i livelli di cAMP. Con l'uso cronico, una up-regolazione compensatoria ristabilisce il cAMP, portando a un rilascio alterato di neurotrasmettitori. Durante l'astinenza da oppioidi, la perdita improvvisa dell'inibizione dell'adenil ciclasi può precipitare i sintomi di astinenza. Emergono anche adattamenti sistemici delle reti neurali, inclusi cambiamenti nei circuiti sensibili agli oppioidi e nelle interazioni glia-neurone. Ad esempio, sebbene gli agonisti μ -oppioidi non agiscano direttamente sui neuroni dopaminergici, adattamenti in questa via sono stati implicati nella dipendenza (Mehta e Langford 2009).

I pazienti con ODU, in particolare quelli che usano oppioidi ottenuti illecitamente, sono spesso oggetto di stigma, con il personale sanitario che frequentemente nutre bias impliciti nei confronti di questi pazienti. Questi bias possono influenzare il processo decisionale clinico, risultando spesso in un sotto-trattamento del dolore (Van Boekel et al. 2013). Questo non è accettabile e può creare un circolo vizioso dannoso: i pazienti, consapevoli del potenziale giudizio o di accuse di ricerca di farmaci, possono sotto-riferire il dolore o evitare del tutto di cercare assistenza. Questa riluttanza può aggravare sia la sofferenza fisica sia il distress psicologico, portando a un peggioramento della loro condizione sottostante e potenzialmente favorendo l'uso continuato o aumentato di droghe. La medicina del dolore deve guidare la riduzione dello stigma come standard, non come opzione, includendo una pratica riflessiva sui bias e strategie comunicative che riaffermino la dignità del

paziente e promuovano un processo decisionale condiviso.

L'ODU raramente esiste in isolamento. Comorbidità psichiatriche quali depressione, ansia e disturbo da stress post-traumatico (PTSD) sono altamente prevalenti tra gli individui con ODU (Jones e McCance-Katz 2019; Volkow et al. 2016). Queste condizioni non solo aumentano l'esperienza soggettiva del dolore (Goesling et al. 2013), ma complicano anche la gestione sia dell'ODU sia del dolore. Per esempio, il PTSD è stato associato a iperalgesia e a soglie del dolore alterate (Defrin et al. 2008), mentre la depressione può ridurre il coinvolgimento nel trattamento o esacerbare i sintomi somatici (Bair et al. 2003). Il dolore cronico stesso può portare allo sviluppo della depressione attraverso vari meccanismi molecolari condivisi (Meda et al. 2022).

Un approccio completo, in questo contesto, deve includere screening della salute mentale e dell'ODU, percorsi di cura integrati che coinvolgano la psichiatria delle dipendenze, e terapie del dolore non oppioidi e non farmacologiche, inclusa la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) e interventi basati sulla mindfulness, entrambi dei quali hanno mostrato efficacia nel migliorare il dolore e ridurre l'uso di sostanze in questa popolazione (Cherkin et al. 2016; Garland et al. 2020).

3 | Gestione del dolore acuto

Nel contesto elettivo, la valutazione preoperatoria fornisce un'opportunità per identificare i pazienti con ODU e sviluppare un piano per la gestione del dolore perioperatorio in collaborazione con il paziente. Gli obiettivi in questa fase potrebbero includere la creazione di un rapporto e della fiducia, l'uso attuale di oppioidi incluso l'OAT e discussioni riguardo ad aspettative realistiche per la gestione del dolore. Si può avviare il coinvolgimento preventivo delle cure primarie e dei servizi per l'uso di sostanze per pianificare l'assistenza dopo la dimissione.

Nei pazienti che utilizzano terapia con agonisti degli oppioidi, queste dovrebbero essere continuate perioperatoriamente (Vadeghani et al. 2024). Raccomandazioni precedenti suggerivano l'interruzione della terapia con agonisti parziali, vale a dire la buprenorfina, per minimizzare la competizione con agonisti completi usati per l'analgesia, come la morfina. Vadeghani et al. (2024) hanno riscontrato nessun aumento del rischio di danno nel continuare la buprenorfina, mentre l'interruzione della terapia è associa-

ta a un aumento del rischio di ricaduta, astinenza da oppioidi e amplificazione del dolore cronico.

Usare un approccio multimodale all'analgesia nei pazienti con OUD è particolarmente importante. Questo ovviamente si estende a tutti i pazienti, nei quali un approccio con risparmio di oppioidi può evitare l'esposizione acuta agli oppioidi ponendo i pazienti a rischio di sviluppare successivamente OUD. Gli agenti standard comunemente usati per tutti i pazienti, come il paracetamolo e i FANS, dovrebbero essere usati dove non controindicati. Le tecniche anestetiche locoregionali dovrebbero essere utilizzate qualora appropriate, con considerazione data al posizionamento di cateteri per analgesia continua oltre il periodo perioperatorio immediato. La ketamina a basso dosaggio (iniezione in bolo di 0.15–0.5 mg/kg e/o infusione di 0.002–0.25 mg/kg/h) ha dimostrato di ridurre il dolore postoperatorio, il fabbisogno di oppioidi e gli effetti avversi correlati agli oppioidi (Meyer-Frießem et al. 2022). L'uso di agonisti α_2 , magnesio e lidocaina è suggerito completamente come benefico in molteplici revisioni.

La clonidina, un agonista α_2 , ha anche dimostrato utilità nella gestione dei sintomi autonomici dell'astinenza da oppioidi. Riducendo il deflusso simpatico, la clonidina allevia sintomi come tachicardia, ipertensione, sudorazione e agitazione. Sebbene non affronti il craving da oppioidi o l'intero spettro del disagio da astinenza, può essere un efficace adiuvante non oppioide nei pazienti in astinenza da oppioidi.

4 | Prevenzione dell'OUD

Come introdotto sopra, è noto che le prescrizioni acute di oppioidi spesso precedono lo sviluppo di un uso problematico di oppioidi e dell'OUD. In aggiunta a ciò, i decessi correlati agli oppioidi rimangono particolarmente problematici nelle persone con condizioni acute o recentemente dimesse dalle cure acute. Utilizzando i dati del programma nazionale scozzese sul naloxone, abbiamo recentemente identificato un cluster di decessi correlati agli oppioidi, con uno su quattro che si verifica durante i primi tre mesi dopo la dimissione ospedaliera (Adams et al. 2025). La gestione del dolore e dell'OUD, separatamente e insieme, deve adottare una strategia integrata, estesa all'intero sistema, di prevenzione del dolore e dell'OUD, in aggiunta alla gestione a livello del paziente discussa sopra. Come indicato precedentemente, ciò può iniziare nella fase acuta utilizzando

un'analgesia multimodale con risparmio di oppioidi nei pazienti naïve agli oppioidi per ridurre ulteriormente il rischio di OUD più avanti nel tempo. Un recente Delphi internazionale da noi avviato (Forget et al. 2022) descrive le priorità per lo sviluppo di politiche a livello di sistema in relazione all'uso degli oppioidi. Le raccomandazioni chiave includono l'uso di un comitato direttivo multidisciplinare di stewardship degli oppioidi in relazione alla gestione del dolore acuto. In un contesto ospedaliero, questo ruolo può essere svolto da un servizio di gestione del dolore acuto. Dovrebbero esserci normative riguardanti l'uso sicuro dei farmaci a rischio di sviluppo di dipendenza. Queste includono strategie per affrontare i rischi di diversione dei farmaci. Suggeriamo di fornire linee guida sulle dosi massime e sulla durata del trattamento per i farmaci ad alto rischio come gli oppioidi. Uno sviluppo rilevante in quest'area è la recente rimozione della gestione del dolore postoperatorio come indicazione per gli oppioidi a rilascio prolungato (Medicines and Healthcare products Regulatory Agency 2025). Un cambiamento a livello di sistema in futuro dovrebbe includere anche la riduzione della dimensione delle confezioni degli oppioidi (Adams et al. 2024). Nei pazienti con dolore cronico, l'inizio della terapia con oppioidi dovrebbe essere evitato. Questo è supportato da gruppi come l'International Association for the Study of Pain (Soliman et al. 2025).

5 | Guardando al futuro

La medicina del dolore deve evolversi in una pratica consapevole del SUD (disturbo da uso di sostanze), con la prevenzione come obiettivo centrale sia per il clinico sia per il ricercatore. Il futuro del trattamento dovrebbe concentrarsi sia su una prescrizione attenta e ponderata di un'analgesia multimodale, come descritto precedentemente, sia sull'espansione della collaborazione interprofessionale (Vadeghani et al. 2024). Questa collaborazione dovrebbe comprendere il paziente al suo centro e non essere modellata solo dai principi del processo decisionale condiviso, ma anche da quelli dell'educazione. Questo include naturalmente sia l'educazione tra i membri del team sanitario sia l'educazione del paziente. Non dovremmo dimenticare che l'educazione del paziente offre un'opportunità di scambio a doppio senso. Il clinico può imparare moltissimo dal paziente in quanto insegnante. Questo vale anche per il ricercatore. Le strade

future potrebbero approfondire nelle future sperimentazioni sia studi qualitativi per esaminare l'esperienza vissuta dei pazienti con OUD (disturbo da uso di oppioidi), sia l'inserimento di misure di risultati riportate dai pazienti, inclusa la qualità della vita. Anche gli studi osservazionali hanno un ruolo; il nostro gruppo intende esplorare i "big data", come ad esempio la prescrizione a livello dell'intero sistema sanitario. Questo è promettente sia nel descrivere le pratiche attuali sia nel cercare nuovi obiettivi per la ricerca e lo sviluppo, che potrebbero non essere immediatamente visibili.

6 | Conclusione

Il disturbo da uso di oppioidi e il dolore sono strettamente collegati. Se l'uso di oppioidi e la mancanza di accesso possono aver complicato la gestione del dolore, noi, come prescrittori, abbiamo anche causato l'OUD. Ignorare la dimensione della dipendenza nella cura del dolore non è più accettabile. Comprendere questa relazione complessa è essenziale per fornire cure eque, compassionevoli ed efficaci. Che l'origine dell'esposizione agli oppioidi derivi dall'uso illecito o da una prescrizione ben intenzionata per dolore acuto, i clinici devono essere preparati a riconoscere il continuum del rischio. I pazienti con OUD sono pazienti con dolore; come clinici della medicina del dolore dobbiamo assumerci la responsabilità di gestire questi problemi sovrapposti. L'OUD non insorge in isolamento; frequentemente coesiste con dolore, malattia psichiatrica e avversità socioeconomica. Una gestione efficace deve integrare l'analgesia multimodale, la continuità della terapia agonista degli oppioidi durante il ricovero ospedaliero, una comunicazione consapevole dello stigma e percorsi collaborativi. Le strategie preventive devono estendersi oltre i singoli prescrittori e comprendere riforme sistemiche, come commissioni di stewardship degli oppioidi, linee guida prescrittive riviste e regolamenti sul confezionamento

Traduzione a cura di Caterina Aurilio

Contributo degli autori

Tutti gli autori hanno ideato il lavoro, scritto insieme il manoscritto, rivisto, modificato e approvato la versione finale e hanno letto e confermato di soddisfare i criteri ICMJE per la paternità scientifica.

Ringraziamenti

È stata utilizzata un'applicazione basata sull'intelligenza artificiale, in particolare Copilot (Microsoft, Stati Uniti), per gli obiettivi di elaborazio-

ne linguistica, tra cui la correzione grammaticale e il miglioramento della selezione delle parole. Gli autori hanno rivisto e modificato la versione finale secondo necessità e si assumono la piena responsabilità del contenuto della pubblicazione.

Finanziamenti

Gli autori non hanno nulla da segnalare

Conflitti di interesse

D.R. dichiara di non avere conflitti di interesse. P.F. è supportato dalla European Society of Anaesthesiology and Intensive Care (ESAIC) per il programma Pain and Opioids after Surgery (PANDOS) e dai gruppi di ricerca Euro-Periscope (ID ESAIC_GR_2021_PF, ESAIC_RG_PAND e ESAIC_RG_EP) e ha ricevuto compensi per attività di consulenza/relazioni da Grunenthal e GE Healthcare.

Bibliografia

- Adams, T. J., N. Levy, P. E. Macintyre, and P. Forget. 2024. "Limit Packaging Size for Opioids Prescribed at Post-Surgical Discharge." *Lancet* 403: 1745. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02021-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02021-4).
- Adams, T. J., J. T. W. Teck, A. Baldacchino, and P. Forget. 2025. "An Impact Evaluation of the Scottish Take-Home Naloxone Programme." *Health Policy and Technology* 14: 101072. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2025.101072>.
- Azevedo, L. F., A. Costa-Pereira, L. Mendonça, C. C. Dias, and J. M. Castro-Lopes. 2016. "The Economic Impact of Chronic Pain: A Nationwide Population-Based Cost-Of-Illness Study in Portugal." *European Journal of Health Economics* 17: 87–98. <https://doi.org/10.1007/s10198-014-0659-4>.
- Bair, M. J., R. L. Robinson, W. Katon, and K. Kroenke. 2003. "Depression and Pain Comorbidity: A Literature Review." *Archives of Internal Medicine* 163: 2433. <https://doi.org/10.1001/archinte.163.20.2433>.
- Cherkin, D. C., K. J. Sherman, B. H. Balderson, et al. 2016. "Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction vs Cognitive Behavioral Therapy or Usual Care on Back Pain and Functional Limitations in Adults With Chronic Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial." *JAMA* 315: 1240–1249. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.2323>.
- Darnall, B. D., K. A. Edwards, R. E. Courtney, M. S. Ziadni, L. E. Simons, and L. E. Harrison. 2023. "Innovative Treatment Formats, Technologies, and Clinician Trainings That Improve Access to Behavioral Pain Treatment for Youth and Adults." *Frontiers in Pain Research (Lausanne)* 4: 1223172. <https://doi.org/10.3389/fpain.2023.1223172>.
- Defrin, R., K. Ginzburg, Z. Solomon, et al. 2008. "Quantitative Testing of Pain Perception in Subjects With PTSD—Implications for the Mechanism of the Coexistence Between PTSD and Chronic Pain." *Pain* 138: 450–459. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.05.006>.
- European Union Drugs Agency. 2025. "European Drug Report 2025: Trends and Developments."
- Forget, P. 2021. "Opioid Treatment for Non-Cancer Pain: We Need a Comprehensive Approach." *BMJ (Clinical Research ed.)* 375: n3045. <https://doi.org/10.1136/bmj.n3045>.
- Forget, P., and W. Hauser. 2023. "Europe Has Much to Do to Improve the Quality of and Access to Safe Pain Management." *Lancet* 401: 1651. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00669-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00669-4).
- Forget, P., C. Patullo, D. Hill, et al. 2022. "System-Level Policies on Appropriate Opioid Use, a Multi-Stakeholder Consensus." *BMC Health Services Research* 22: 329. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07696-x>.
- Garland, E. L., J. Hudak, A. W. Hanley, and Y. Nakamura. 2020. "Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement Reduces Opioid Dose in Primary Care by Strengthening Autonomic Regulation During Meditation." *American Psychologist* 75: 840–852. <https://doi.org/10.1037/amp0000638>.
- Goessling, J., D. J. Clauw, and A. L. Hassett. 2013. "Pain and Depression: An Integrative Review of Neurobiological and Psychological Factors." *Current Psychiatry Reports* 15: 421. <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0421-0>.
- Häuser, W., E. Buchser, D. P. Finn, et al. 2021. "Is Europe Also Facing an Opioid Crisis?—A Survey of European Pain Federation Chapters." *European Journal of Pain* 25: 1760–1769. <https://doi.org/10.1002/ejp.1786>.
- Institute of Medicine (US) Committee on Advancing Pain Research, Care, and Education. 2011. *Relieving Pain in America: A Blueprint for Transforming Prevention, Care, Education, and Research*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/13172>.
- Jones, C. M., and E. F. McCance-Katz. 2019. "Co-Occurring Substance Use and Mental Disorders Among Adults With Opioid Use Disorder." *Drug and Alcohol Dependence* 197: 78–82. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.12.030>.
- Kim, J. J., D. Hayati, M. Zamany, et al. 2025. "Chronic Pain Among Primary Fentanyl Users: The Concept of Self-Medication." *European Journal of Pain* 29: e4753. <https://doi.org/10.1002/ejp.4753>.
- Kolodny, A., and R. M. Böhler. 2024. "Screened Out—How a Survey Change Sheds Light on Iatrogenic Opioid Use Disorder." *New England Journal of Medicine* 391: 2183–2184. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2410911>.
- Meda, R. T., S. P. Nuguru, S. Rachakonda, S. Sripathi, M. I. Khan, and N. Patel. 2022. "Chronic Pain-Induced Depression: A Review of Prevalence and Management." *Cureus* 14: 28416. <https://doi.org/10.7759/cureus.28416>.
- Medicines and Healthcare products Regulatory Agency. 2025. "Prolonged-Release Opioids: Removal of Indication for Relief of Post-Operative Pain (No. 18(8)), MHRA Safety Update."
- Mehta, V., and R. Langford. 2009. "Acute Pain Management in Opioid Dependent Patients." *Reviews in Pain* 3: 10–14. <https://doi.org/10.1177/204946370900300204>.
- Meyer-Frießem, C. H., E. Lipke, S. Weibel, et al. 2022. "Perioperative Ketamine for Postoperative Pain Management in Patients With Preoperative Opioid Intake: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Journal of Clinical Anesthesia* 78: 110652.

<https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2022.110652>.

- Soliman, N., X. Moisset, M. C. Ferraro, et al. 2025. "Pharmacotherapy and Non-Invasive Neuromodulation for Neuropathic Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Lancet Neurology* 24: 413–428. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(25\)00068-7](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(25)00068-7).
- Thomas, K. H., M. N. Dalili, H. Cheng, et al. 2024. "Prevalence of Problematic Pharmaceutical Opioid Use in Patients With Chronic Non-Cancer Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Addiction* 119: 1904–1922. <https://doi.org/10.1111/add.16616>.
- Vadeghani, A. T., M. Grant, and P. Forget. 2024. "Perioperative Pain Management Interventions in Opioid User Patients: An Overview of Reviews." *BMC Anesthesiology* 24: 310. <https://doi.org/10.1186/s12871-024-02703-6>.
- Van Boekel, L. C., E. P. M. Brouwers, J. Van Weeghel, and H. F. L. Garretsen. 2013. "Stigma Among Health Professionals Towards Patients With Substance Use Disorders and Its Consequences for Healthcare Delivery: Systematic Review." *Drug and Alcohol Dependence* 131: 23–35. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>.
- Volkow, N. D., G. F. Koob, and A. T. McLellan. 2016. "Neurobiologic Advances From the Brain Disease Model of Addiction." *New England Journal of Medicine* 374: 363–371. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1511480>.
- Wilton, J., Y. Abdia, M. Chong, et al. 2021. "Prescription Opioid Treatment for Non-Cancer Pain and Initiation of Injection Drug Use: Large Retrospective Cohort Study." *BMJ* 375: e066965. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-066965>.
- Yang, J., M. Jung, L. Picco, et al. 2024. "Pain in People Seeking and Receiving Opioid Agonist Treatment: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prevalence and Correlates." *Addiction* 119: 1879–1901. <https://doi.org/10.1111/add.16574>.



In memoriam: ci ha lasciati il dottor Davide Gerboni

Annunciamo con profonda tristezza la scomparsa del dottor Davide Gerboni, medico anestesista, specialista in medicina del dolore, avvenuta il 26 settembre.

La sua attività professionale si è svolta tra Pietra Ligure (Ospedale Santa Corona, dall'agosto 1980 a marzo 2000), Cuneo (Centro del Dolore al Santa Croce, da marzo 2000 a maggio 2020 e a Como, presso il Centro del Dolore Villa Aprica, da luglio 2020 a luglio 2024, fino a quando la malattia l'ha costretto a lasciare l'attività clinica.

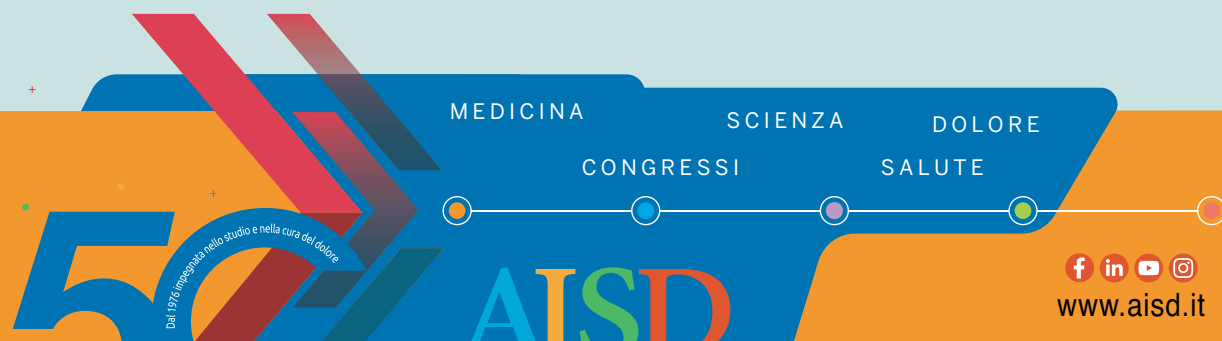
Profondamente legato alla sua Liguria, era nato a Pietra Ligure nel 1953. La Liguria ha dato i natali anche a uno dei pionieri più illustri dell'associazione, il Prof. Enrico Torquato Cavallini, cui era particolarmente legato e del quale ha scritto in più occasioni, anche recentemente, in uno degli articoli che hanno contribuito alla celebrazione dei 50 anni della fondazione dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore. In questo articolo racconta con grande passione la sua storia personale di socio e rappresentante regionale AISD e i cambiamenti cui ha assistito nella medicina del dolore.

Invitiamo tutti a rileggere le sue parole nel testo disponibile sul nostro sito, sezione **I SOCI RACCONTANO:**

"Prima di operare sul dolore devi sapere fare diagnosi". <https://www.aisd.it/notizie/2955-50-anni-dell-associazione-italiana-per-lo-studio-del-dolore-i-soci-raccontano-prima-di-operare-sul-dolore-devi-sapere-fare-diagnosi>

Medico di grande umanità e preparazione, si è dedicato intensamente alla medicina del dolore, ha partecipato a oltre 150 congressi e pubblicato 41 lavori scientifici, aggiornandosi e studiando costantemente con esperienze formative anche all'estero, tra Svizzera e Stati Uniti.

Il Consiglio Direttivo dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore si unisce al cordoglio della famiglia e dei colleghi.



Più siamo, più forte è la medicina del dolore

L'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore da 50 anni costruisce cultura, ricerca e competenze intorno alla medicina del dolore. Oggi la sua forza cresce anche grazie ai professionisti che scelgono di farne parte.

I benefit

Iscriversi, o rinnovare l'iscrizione, significa avere accesso alle opportunità di formazione, aggiornamento e confronto che l'AISD mette a disposizione dei propri soci.

Alcuni vantaggi

- accesso all'Area Risorse Educative con registrazioni e materiali dei congressi e dei convegni;
- quota agevolata per il Congresso nazionale;
- partecipazione ai Gruppi di studio;
- abbonamento online all'European Journal of Pain;
- aggiornamenti scientifici attraverso newsletter, sito web e notiziario trimestrale;
- occasioni di confronto con una rete nazionale e internazionale di professionisti che condividono l'interesse per la medicina del dolore;
- accesso ad altre iniziative formative riservate ai soci

Per rinnovare la quota o iscriversi

Bonifico bancario IBAN: IT 44 J 08327 03239 0000 0000 2154

BCC (Banca di Credito Cooperativo Roma) conto intestato all'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore ETS

I nuovi soci si devono registrare nel sito e compilare il modulo disponibile al seguente link:
<https://www.aisd.it/area-soci/diventa-socio>

- Quota annuale medici, farmacologi, dentisti, psicologi, biologi, veterinari 70€
- Quota annuale medici specializzandi, infermieri, fisioterapisti 25€.





dalla **LETTERATURA**

Blocco del nervo grande
occipitale nella cefalea
refrattaria: quali pazienti
possono beneficiare
del trattamento?





Le cefalee croniche e refrattarie rappresentano una sfida terapeutica nella quale, accanto alle strategie farmacologiche, trovano spazio interventi mirati di neuromodulazione periferica. Tra questi, il blocco del nervo grande occipitale (greater occipital nerve block, GONB) è una procedura relativamente semplice, poco invasiva e con limitate interazioni farmacologiche, utilizzata in diversi fenotipi di cefalea. Restano tuttavia aperte alcune questioni: quanto sia efficace nel breve periodo quando viene applicata a pazienti con diagnosi differenti e, soprattutto, quali caratteristiche cliniche possano aiutare a prevedere la risposta.

È proprio su questo terreno che si concentra lo studio prospettico osservazionale pubblicato su *Pain and Therapy* da Mariateresa Giglio, Alberto Corriero e colleghi. La ricerca ha seguito 29 pazienti con cefalea cronica refrattaria, comprendenti emicrania cronica, cefalea a grappolo, nevralgia occipitale e cefalea cervicogenica. Tutti sono stati sottoposti a un singolo blocco ecoguidato prossimale del nervo grande occipitale a livello C2, mantenendo invariata durante il mese successivo la terapia farmacologica già in corso. L'obiettivo non era quindi soltanto misurare la riduzione del dolore, ma valutare l'effetto della procedura su più dimensioni dell'esperienza di malattia: intensità del dolore, impatto della cefalea, qualità del sonno e frequenza degli attacchi.

I risultati mostrano, a quattro settimane, un miglioramento significativo di tutti gli outcome considerati. La mediana della NRS è passata da 8 a 4, il punteggio HIT-6 da 66 a 52, il PSQI da 12 a 8 e il numero mensile di crisi da 24 a 12. Poco più della metà dei pazienti, il

51,7%, ha raggiunto inoltre la soglia prestabilita di risposta clinicamente significativa sull'HIT-6, definita come una riduzione di almeno 10 punti.

Ma è soprattutto l'analisi dei predittori di risposta a rendere interessante il lavoro. Una maggiore intensità del dolore al basale è risultata associata indipendentemente a una maggiore probabilità di risposta sull'HIT-6, con un OR di 3,38; l'analisi ROC ha individuato nella $NRS \geq 8$ una possibile soglia discriminativa, pur con tutte le cautele imposte dalla dimensione del campione. Anche il fenotipo clinico sembra avere un ruolo: i pazienti con cefalea a grappolo hanno mostrato miglioramenti più marcati, mentre la presenza di una comorbidità di tipo reumatologico è risultata associata a una risposta meno favorevole. Gli stessi autori sottolineano però che questi elementi devono essere considerati segnali esplorativi, utili per formulare ipotesi sulla selezione dei pazienti ma non ancora criteri decisionali applicabili alla pratica clinica.

Il lavoro offre inoltre uno spunto interessante sul possibile razionale fisiopatologico della procedura. Il nervo grande occipitale e le afferenze trigeminali convergono infatti a livello del complesso trigemino-cervicale, fornendo una possibile base anatomofunzionale per spiegare perché un intervento periferico possa influenzare manifestazioni dolorose appartenenti a fenotipi diversi. Gli autori discutono l'ipotesi che il blocco prossimale a C2 possa ridurre il drive nocicettivo diretto verso questo sistema condiviso e, di conseguenza, modulare anche meccanismi di sensibilizzazione centrale.

La lettura dell'articolo è particolarmente utile, tuttavia, anche per comprendere ciò che



questi risultati non consentono ancora di concludere. Si tratta di una casistica piccola, monocentrica, senza gruppo di controllo e con una valutazione limitata al primo mese. L'assenza di un comparatore impedisce di attribuire con certezza i miglioramenti osservati alla procedura, mentre la numerosità ridotta dei singoli sottogruppi rende necessariamente preliminari le osservazioni sui diversi fenotipi e sulle comorbidità. Gli stessi autori richiamano inoltre il possibile ruolo della regressione verso la media nel rapporto fra elevata intensità del dolore iniziale e maggiore miglioramento.

Il valore dello studio sta quindi meno nella dimostrazione definitiva dell'efficacia del

GONB che nell'aver posto una domanda clinicamente rilevante: non soltanto se il blocco del nervo grande occipitale possa essere utile nella cefalea refrattaria, ma quali pazienti possano trarne il maggiore beneficio. In questa prospettiva, i dati sulla severità del dolore iniziale, sulla cefalea a grappolo e sulle comorbidità reumatologiche costituiscono altrettante ipotesi da verificare in studi più ampi, controllati e con un follow-up più lungo. È proprio questo passaggio, dalla semplice valutazione dell'efficacia alla ricerca di caratteristiche capaci di orientare la selezione del paziente, a rendere il lavoro meritevole di approfondimento.



Giglio, M., Corriero, A., Tramacere, C. et al. Ultrasound-Guided Greater Occipital Nerve Block Across Headache Phenotypes: Outcomes and Determinants of Response in a Prospective Cohort. *Pain Ther* (2026). doi.org/10.1007/s40122-026-00881-4





Dolore misto: una definizione condivisa per una realtà clinica complessa

Nella pratica della medicina del dolore sono frequenti condizioni nelle quali coesistono caratteristiche nocicettive, neuropatiche e nociplastiche. Lombalgia cronica, osteoartrosi, dolore oncologico, dolore post-chirurgico e CRPS possono infatti presentare una sovrapposizione di componenti diverse, rendendo non sempre adeguata una classificazione basata su un unico meccanismo.

Un gruppo internazionale di 14 esperti di medicina del dolore ha affrontato questa area grigia attraverso un processo di consenso strutturato, con l'obiettivo di chiarire il significato del termine mixed pain.





Il lavoro, pubblicato sull'European Journal of Pain, propone una nuova definizione: il dolore misto è «pain that is associated with a lesion, disease, or disorder resulting in an overlap of at least two mechanistic pain descriptors», cioè un dolore associato a una lesione, malattia o disturbo nel quale si sovrappongono almeno due descrittori meccanicistici tra nocicettivo, neuropatico e nociplastico. La formulazione chiarisce un punto importante: il dolore misto non costituisce una quarta categoria di dolore né una diagnosi autonoma. È piuttosto un modo per descrivere la presenza contemporanea di più componenti, che possono avere un peso diverso nel singolo paziente e modificarsi nel tempo. Per questo, identificare quali descrittori contribuiscano al quadro clinico rimane essenziale per la valutazione e la scelta terapeutica. La proposta ha anche una possibile rilevanza

per la ricerca. Una caratterizzazione più precisa dei fenotipi di dolore potrebbe migliorare la stratificazione dei pazienti negli studi clinici, soprattutto quando un trattamento è rivolto prevalentemente a una sola componente del dolore.

Gli autori sottolineano tuttavia che la definizione dovrà essere ulteriormente validata nella pratica clinica e verificata rispetto alla capacità di migliorare gli esiti dei pazienti. La sua eventuale adozione nella terminologia ufficiale delle principali società scientifiche del settore rappresenterà un ulteriore passaggio. Il lavoro offre uno strumento concettuale per descrivere una realtà clinica già ampiamente riconosciuta: il dolore può essere il risultato della sovrapposizione di più componenti e richiedere, di conseguenza, una lettura meccanicistica non riducibile a un'unica categoria.

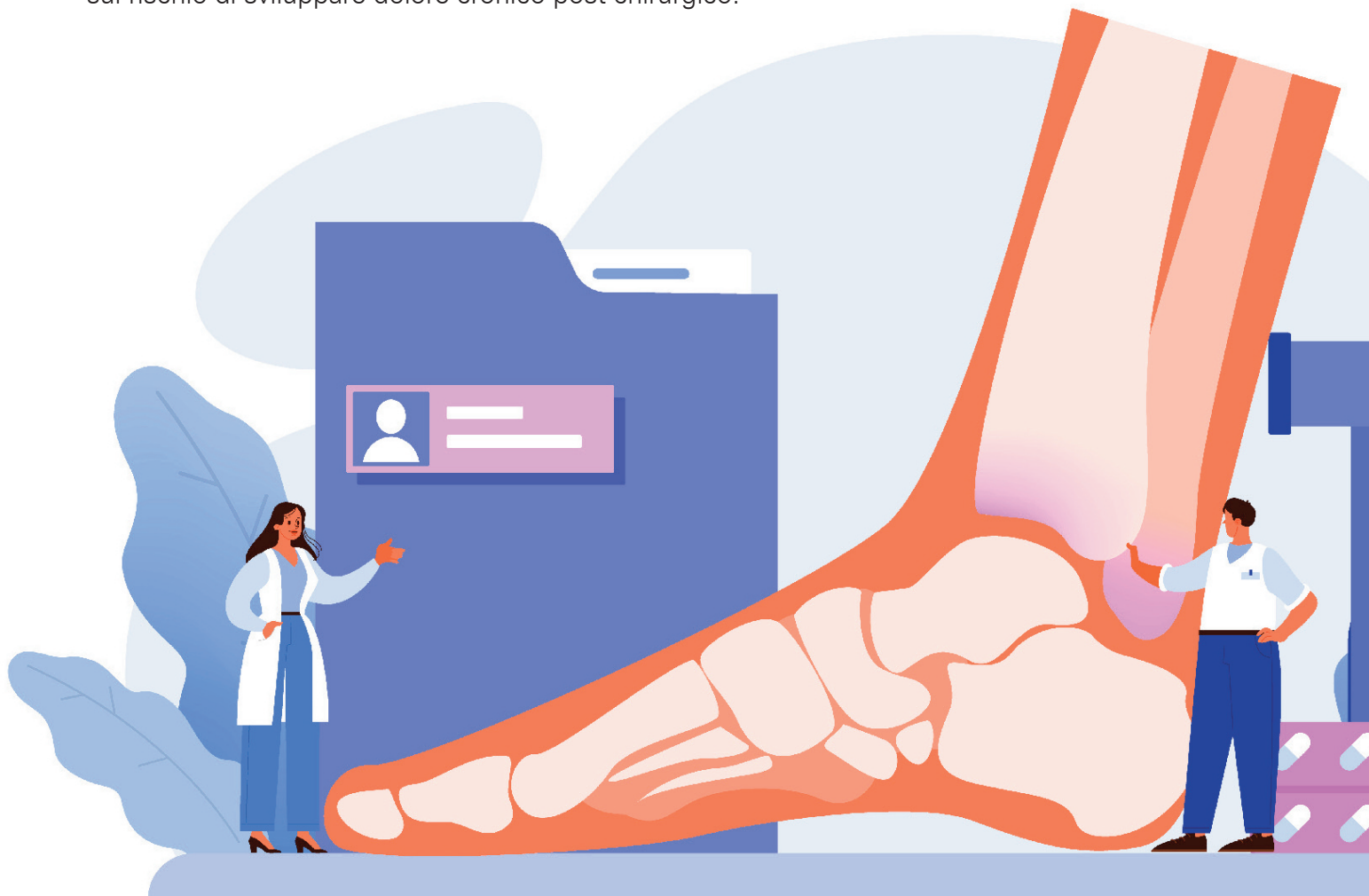


Freynhagen R, Morlion B, Alcántara Montero A, Ciampi de Andrade D, Hernández-Ortiz A, Hodges PW, Nimmaanrat S, Pogatzki-Zahn EM, Raff M, Rey RD, Tesfaye S, Truini A, Varrassi G, Baron R. Mixed Pain: Toward a Consensus Definition and a Mechanism-Based Framework. Eur J Pain. 2026 Aug;30(7):e70356. doi: 10.1002/ejp.70356. PMID: 42559696; PMCID: PMC13445151.



Dolore post-operatorio in ortopedia: un consenso multidisciplinare per standardizzare la gestione del dolore moderato

Il dolore moderato dopo un intervento di chirurgia ortopedica rappresenta ancora oggi una delle principali criticità del percorso perioperatorio. Nonostante la disponibilità di strategie analgesiche efficaci, la gestione del dolore rimane spesso eterogenea tra strutture e territori, soprattutto nella fase successiva alla dimissione, con ripercussioni sulla mobilizzazione precoce, sul recupero funzionale, sulla soddisfazione del paziente e sul rischio di sviluppare dolore cronico post-chirurgico.





Da questa esigenza nasce il lavoro pubblicato sul *Journal of Experimental Orthopaedics*, che propone un modello condiviso e riproducibile per la gestione del dolore post-operatorio moderato in chirurgia ortopedica.

Lo studio non è un trial clinico, ma un processo di consenso strutturato che ha coinvolto 28 esperti – ortopedici, anestesisti e specialisti della terapia del dolore – provenienti da tre regioni italiane (Campania, Lombardia ed Emilia-Romagna). Gli autori hanno adottato una *Virtual Nominal Group Technique* (vNGT), una metodologia che permette di raccogliere e integrare in modo sistematico l'esperienza clinica degli specialisti. Il percorso ha previsto una fase preparatoria con questionari sulle pratiche cliniche correnti, seguita da incontri strutturati nei quali gli esperti hanno discusso quattro scenari assistenziali: chirurgia ambulatoriale e artroscopica, chirurgia traumatologica maggiore nell'anziano, artroprotesi degli arti inferiori e gestione della dimissione. I risultati dei diversi panel sono stati successivamente confrontati e sintetizzati per identificare i principi condivisi e le possibili differenze organizzative tra i diversi contesti sanitari.

Dal confronto è emerso un modello assistenziale comune, fondato su cinque pilastri:

valutazione sistematica del dolore mediante scale validate, definizione di obiettivi analgesici orientati al recupero funzionale, utilizzo programmato di un'analgesia multimodale basata principalmente su farmaci non oppioidi, impiego razionale degli oppioidi esclusivamente come terapia di salvataggio e pianificazione strutturata della continuità terapeutica dopo la dimissione. Il consenso sottolinea inoltre il ruolo delle tecniche di anestesia loco-regionale come componente integrante dell'analgesia multimodale e ribadisce la necessità di un approccio multidisciplinare che coinvolga ortopedici, anestesisti, infermieri e, quando necessario, medicina territoriale.

Più che introdurre nuove evidenze sull'efficacia dei trattamenti, il lavoro fornisce uno strumento operativo per tradurre le raccomandazioni disponibili nella pratica clinica quotidiana. Il framework elaborato dagli esperti offre infatti una base concreta per lo sviluppo di protocolli ospedalieri standardizzati, adattabili alle diverse realtà organizzative, con l'obiettivo di migliorare la qualità della gestione del dolore post-operatorio, favorire il recupero funzionale dei pazienti e promuovere un impiego appropriato degli oppioidi lungo tutto il percorso di cura.



Finco G, Balato G, Busatto C, Caruso G, Colosio A, Coviello A, et al. Management of moderate pain after orthopaedic surgery: a multiregional expert consensus model for postoperative and discharge protocol development. *J Exp Orthop*. 2026; 13:e70846. <https://doi.org/10.1002/jeo2.70846>

SEE YOU IN
GLASGOW 2027
PAIN IN EUROPE **XV**



15TH CONGRESS OF THE
EUROPEAN PAIN FEDERATION EFIC®

21-23 APRIL 2027 | GLASGOW, SCOTLAND



EFIC-CONGRESS.ORG #EFIC2027

49

CONGRESSO
NAZIONALE

AISD

ASSOCIAZIONE ITALIANA
PER LO STUDIO DEL DOLORE

WWW.AISD.IT

Aci Castello
CATANIA
1-3 OTTOBRE 2026





Fibromialgia: un aggiornamento sulle nuove evidenze patogenetiche e cliniche

La ricerca sulla fibromialgia continua a produrre nuove evidenze che contribuiscono a chiarire i meccanismi biologici della malattia e la sua eterogeneità clinica. Una review pubblicata su Clinical and Experimental Rheumatology sintetizza gli studi più rilevanti pubblicati nel 2025, offrendo un aggiornamento sui principali sviluppi riguardanti fisiopatologia, fenotipi clinici e prospettive diagnostiche.

L'analisi, realizzata dal Pain Study Group della Società Italiana di Reumatologia, prende in esame oltre mille pubblicazioni e conferma come la fibromialgia debba essere considerata una sindrome complessa, nella quale convergono alterazioni dei meccanismi di elaborazione del dolore, fattori neurobiologici, immunitari, metabolici, genetici e psicosociali.

Una sindrome sempre più eterogenea

Uno dei messaggi centrali della review riguarda la crescente consapevolezza dell'eterogeneità della fibromialgia. Pur rimanendo il paradigma del dolore nociplastico, la sindrome non appare completamente spiegabile attraverso un unico meccanismo fisiopatologico.

Negli ultimi anni si è progressivamente affermata l'idea che possano coesistere differenti fenotipi clinici e biologici. In alcuni pazienti, ad esempio, sono stati descritti elementi suggestivi di un coinvolgimento neuropatico,

probabilmente correlato a disfunzione delle piccole fibre nervose, mentre altri presentano manifestazioni nelle quali predominano alterazioni della modulazione centrale del dolore o sintomi sistemici particolarmente marcati. Questa variabilità contribuisce a spiegare l'eterogeneità della risposta ai trattamenti e rafforza la necessità di una valutazione clinica orientata ai meccanismi predominanti nel singolo paziente.

La sensibilizzazione centrale resta il principale meccanismo

Nonostante l'ampliamento delle conoscenze, la sensibilizzazione centrale continua a rappresentare il cardine fisiopatologico della fibromialgia.



Le evidenze raccolte dalla review mostrano come studi psicofisici, di risonanza magnetica funzionale e di imaging molecolare convergano nel documentare una persistente amplificazione dei segnali nocicettivi associata a una ridotta efficacia dei sistemi discendenti di controllo del dolore.

Alle alterazioni funzionali delle reti cerebrali coinvolte nella modulazione nocicettiva si associano modificazioni dell'attività autonoma e dell'asse dello stress, delineando un quadro di disregolazione neurobiologica che coinvolge il sistema nervoso centrale ben oltre la semplice percezione del dolore.

Le nuove linee di ricerca: immunità, microbiota e genetica

Accanto ai meccanismi ormai consolidati, la review dedica ampio spazio ad alcune aree emergenti della ricerca.

Tra queste, particolare interesse rivestono i dati sui possibili meccanismi neuroimmuni. Studi sperimentali hanno mostrato che le immunoglobuline G derivate da pazienti con fibromialgia possono indurre ipersensibilità dolorosa in modelli animali e, in circa un terzo dei pazienti, riconoscere strutture neuronali dei gangli delle radici dorsali e cellule gliali satelliti. Gli autori sottolineano tuttavia che tali osservazioni non consentono di considerare la fibromialgia una malattia autoimmune, ma suggeriscono l'esistenza di sottogruppi nei quali i meccanismi immunitari potrebbero contribuire alla modulazione del dolore.

Anche il microbiota intestinale continua a raccogliere evidenze di crescente interesse. Oltre alla conferma di alterazioni della composizione batterica nei pazienti, uno studio sperimentale ha dimostrato che il trapianto di

microbiota fecale da pazienti con fibromialgia a topi germ-free è in grado di trasferire un fenotipo caratterizzato da ipersensibilità dolorosa, sostenendo un possibile ruolo dell'asse intestino-cervello nella fisiopatologia della sindrome.

Sul versante genetico, un'ampia analisi genome-wide ha identificato 26 loci associati alla fibromialgia, prevalentemente correlati a geni coinvolti nello sviluppo e nella funzione neuronale. Sebbene queste osservazioni non abbiano ancora ricadute cliniche immediate, rafforzano ulteriormente l'ipotesi di una base neurobiologica della malattia.

Biomarcatori: risultati promettenti, ma ancora lontani dalla pratica clinica

Un altro filone di ricerca riguarda la ricerca di biomarcatori. Stress ossidativo, alterazioni del metabolismo lipidico, autoanticorpi, disfunzione mitocondriale e marcatori di stress del reticolo endoplasmatico rappresentano alcune delle principali ipotesi oggi in fase di studio. La review evidenzia come molti di questi parametri risultino alterati rispetto ai controlli sani, ma sottolinea anche che nessuno dispone, allo stato attuale, di sufficienti evidenze per un impiego nella pratica clinica o come strumento diagnostico.

Lo stesso vale per alcune strategie terapeutiche sperimentali, come il trasferimento di mitocondri in modelli animali, che hanno prodotto risultati incoraggianti sul dolore e sullo stress ossidativo ma restano confinati alla ricerca preclinica.



Le implicazioni per la medicina del dolore

La review affronta anche alcuni aspetti di particolare interesse clinico. Tra questi, il crescente riconoscimento del "fibro-fog" come manifestazione cognitiva multidimensionale, l'elevato carico di sintomi affettivi e sistemici, il ruolo della disautonomia e la frequente riduzione della forza muscolare, che sembra configurare un quadro di dinapenia più che di sarcopenia.

Gli autori dedicano inoltre attenzione ai limiti degli attuali criteri classificativi ACR del 2016, ritenuti non sempre in grado di rappresentare la complessità clinica della sindrome. La prospettiva delineata è quella di criteri diagnostici più aggiornati e di una valutazione maggiormente orientata ai meccanismi fisiopatologici, integrando le dimensioni biologica, psicologica e sociale della malattia.

Un modello sempre più multidimensionale

Nel complesso, la review conferma che la sensibilizzazione centrale rappresenta ancora il principale riferimento interpretativo della fibromialgia, ma evidenzia come essa costituisca soltanto uno degli elementi di un sistema biologico più complesso.

Le nuove acquisizioni riguardanti neuroimmunità, microbiota, genetica e stress ossidativo non modificano ancora la pratica clinica, ma contribuiscono a spiegare la notevole eterogeneità della sindrome e aprono la strada a una futura caratterizzazione biologica dei diversi fenotipi. Per gli specialisti della terapia del dolore, il messaggio principale è

che la fibromialgia appare sempre meno come un'entità uniforme e sempre più come uno spettro di condizioni accomunate da alterazioni della nocicezione centrale, ma differenziate dai meccanismi fisiopatologici predominanti. Una migliore fenotipizzazione dei pazienti rappresenta probabilmente il passaggio necessario per sviluppare, nei prossimi anni, strategie terapeutiche più mirate e realmente personalizzate.



Iannuccelli C, Favretti M, Bianchi B, Dolcini G, Cauli C, Ferraro V, Gioia C, Bazzichi L, Atzeni F, Batticciotto A, Galli F, Varrassi G, Ablin JN, Gualtierotti R, Conti F, Di Franco M, Salaffi F, Sarzi-Puttini P, Di Carlo M; Pain Study Group of the Italian Society of Rheumatology (SIR). Pathogenetic and clinical aspects of fibromyalgia: one year in review 2026. Clin Exp Rheumatol. 2026 Jun;44(6):1057-1068. doi: 10.55563/clinexprheumatol/asx3uo. Epub 2026 Jun 18. PMID: 42328952.





Fibromialgia: l'allodinia emotiva come possibile chiave per comprendere il carico psicologico della malattia

La fibromialgia è oggi riconosciuta come una condizione complessa, nella quale ai meccanismi di sensibilizzazione centrale si affiancano alterazioni della sfera emotiva e della regolazione affettiva. Negli ultimi anni è cresciuto l'interesse verso il modo in cui i pazienti elaborano gli stimoli emotivi e su come questi possano influenzare l'esperienza del dolore, aprendo nuove prospettive per una comprensione più completa della malattia.

In questo contesto si inserisce il nuovo studio pubblicato su *Frontiers in Psychology* da Alberto Corriero e collaboratori, che approfondisce il concetto di allodinia emotiva, un costrutto recentemente proposto dagli stessi autori per descrivere la tendenza di alcune persone con fibromialgia a reagire con intensa sofferenza emotiva a stimoli interpersonali neutri o di lieve entità. Attraverso l'analisi di una coorte di 136 pazienti, gli autori hanno cercato di individuare quali aspetti della disregolazione emotiva siano realmente associati a questo fenomeno, distinguendoli dagli effetti di depressione, ansia, catastrofizzazione del dolore e sensibilizzazione centrale.

L'interesse del lavoro risiede soprattutto nella capacità di andare oltre l'associazione generica tra fibromialgia e difficoltà emotive, identificando invece un profilo psicologico più specifico. I risultati suggeriscono che l'allodinia emotiva si accompagna soprattutto a difficoltà nel mantenere il controllo delle proprie risposte emotive, a una ridotta fiducia nelle proprie capacità di regolare le emozioni, alla difficoltà di accettare gli stati emotivi negativi e di identificarli con chiarezza. Al contrario, non emerge un deficit nella semplice attenzione rivolta alle emozioni, indicando che il problema non consiste nel "non sentire" le emozioni, ma piuttosto nel gestirle e attribuire loro un significato.

Pur trattandosi di un'analisi preliminare, gli autori evidenziano come questi risultati possano contribuire a definire interventi psicologici maggiormente personalizzati per i pazienti con fibromialgia, orientando il trattamento verso specifiche difficoltà di regolazione emotiva piuttosto che verso un approccio indistinto al disagio psicologico. Lo studio rappresenta inoltre un ulteriore passo nel processo di validazione dell'**Emotional Allodynia Questionnaire (AEQ)**, uno strumento sviluppato per identificare questa particolare dimensione clinica e potenzialmente utile nella caratterizzazione dei pazienti con dolore nociplastico.

L'articolo offre quindi uno spunto di riflessione rilevante per i professionisti che si occupano di terapia del dolore, evidenziando come la comprensione delle componenti emotive della fibromialgia possa contribuire a una valutazione più accurata del paziente e, in prospettiva, a percorsi terapeutici sempre più mirati.



Corriero A, Giglio M, Pilolla A, Galdini F, Fornarelli F, Venosa CD, Costantino E, Orsi DD, Varrassi G, Trerotoli P and Puntillo F (2026) Which facets of emotion dysregulation are uniquely associated with emotional allodynia in fibromyalgia? A preliminary analysis using the emotional allodynia questionnaire and the difficulties in emotion regulation scale. *Front. Psychol.* 17:1910128. doi: 10.3389/fpsyg.2026.1910128



La retina come finestra sul cervello: una revisione critica delle evidenze e delle prospettive

La collaborazione internazionale continua a rappresentare uno dei motori più importanti della ricerca biomedica. Ne è un esempio la review *The Eye as a Window to Neurodegeneration: Oxidative Stress, Optic Nerve Vulnerability, and Retinal Biomarkers*, pubblicata sulla rivista *Antioxidants*, alla quale hanno contribuito ricercatori di diversi Paesi e discipline, tra cui il professor Giustino Varrassi, figura ben nota alla comunità scientifica che si occupa di dolore. Il lavoro affronta un tema di crescente interesse nelle neuroscienze: la possibilità di utilizzare la retina come biomarcatore non invasivo dei processi neurodegenerativi che interessano il sistema nervoso centrale. Può l'occhio offrire informazioni preziose sullo stato di salute del cervello? È questa la domanda alla base della scoping review. Gli autori prendono in esame 175 studi pubblicati tra il 2020 e il 2026, ricostruendo il quadro delle evidenze sul ruolo dello stress ossidativo nei processi

neurodegenerativi e sulle analogie biologiche tra sistema nervoso centrale e sistema visivo. La retina e il nervo ottico, infatti, condividono con il cervello caratteristiche anatomiche, metaboliche e molecolari che li rendono particolarmente vulnerabili ai danni provocati dallo stress ossidativo, dalla disfunzione mitocondriale e dalla neuroinfiammazione. Proprio questa stretta relazione ha alimentato negli ultimi anni l'ipotesi che la retina possa diventare un biomarcatore facilmente accessibile per individuare precocemente alterazioni neurologiche.

La revisione evidenzia come numerosi meccanismi patogenetici siano comuni a malattie quali Alzheimer, Parkinson, sclerosi laterale amiotrofica, glaucoma e altre neuropatie ottiche. Le cellule gangliari della retina, caratterizzate da un elevato fabbisogno energetico e da una marcata dipendenza dalla fosforilazione ossidativa, risultano particolarmente suscettibili ai danni mitocondriali e rappre-



sentano un modello privilegiato per studiare la neurodegenerazione. Accanto ai tradizionali fenomeni di apoptosi, vengono analizzati anche i più recenti meccanismi di morte cellulare regolata, come ferroptosi, piroptosi e PANoptosi, oggi considerati possibili bersagli di future strategie neuroprotettive.

Un'ampia parte del lavoro è dedicata ai biomarcatori retinici e alle moderne tecniche di imaging, in particolare OCT e OCT-angiografia, che consentono di documentare in modo non invasivo modificazioni strutturali e microvascolari della retina. Secondo gli autori, questi strumenti potrebbero in futuro contribuire alla diagnosi precoce, al monitoraggio dell'evoluzione delle malattie neurodegenerative e alla stratificazione dei pazienti nell'ambito della medicina di precisione. Tuttavia, la revisione mantiene un approccio rigorosamente critico: la maggior parte delle evidenze disponibili deriva ancora da studi preclinici, i biomarcatori ossidativi non sono sufficientemente standardizzati e i trial clinici sugli antiossidanti hanno finora prodotto risultati limitati o contrastanti. Per questo motivo, gli autori invitano a considerare lo stress ossidativo non come l'unico motore della neurodegenerazione, ma come uno dei nodi di una complessa rete di meccanismi biologici interconnessi, mentre il paradigma della "retina come finestra sul cervello" rappresenta una promettente ipotesi biologica, ancora in attesa di una piena validazione clinica.

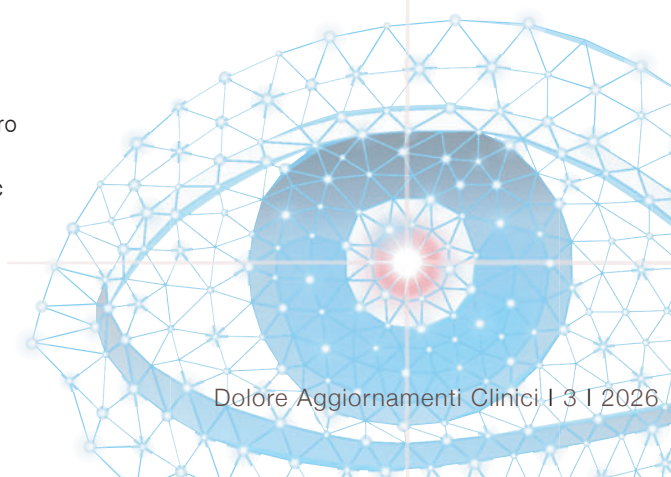
La review offre quindi una sintesi aggiornata

dello stato dell'arte, evidenziando sia i risultati più solidi sia le aree nelle quali saranno necessari studi prospettici, protocolli condivisi e una maggiore standardizzazione dei biomarcatori. Il lavoro rappresenta un utile riferimento per neurologi, oftalmologi e ricercatori interessati allo sviluppo di nuovi strumenti diagnostici e di approcci traslazionali nelle malattie neurodegenerative.

Commentando il significato della pubblicazione, il prof. Giustino Varrassi sottolinea: «La ricerca esplora una delle frontiere più entusiasmanti delle neuroscienze moderne: la possibilità di utilizzare la retina come finestra non invasiva sul cervello. In quanto estensione del sistema nervoso centrale, la retina offre un'opportunità unica per individuare i primi cambiamenti biologici associati alle malattie neurodegenerative, potenzialmente molto prima della comparsa di sintomi clinici evidenti. La revisione evidenzia il ruolo cruciale dello stress ossidativo, della vulnerabilità del nervo ottico, dell'imaging retinico e dei biomarcatori emergenti nel promuovere la diagnosi precoce, il monitoraggio della malattia e i futuri approcci di medicina di precisione. Questa pubblicazione è il risultato di una collaborazione internazionale e desidero ringraziare sinceramente tutti i miei coautori per il loro straordinario impegno e l'eccellenza scientifica. Lavorare insieme tra diverse discipline e Paesi rimane uno dei maggiori punti di forza della ricerca contemporanea.»



Varrassi G, Tran YV, Fari G, Narvaez Encinas M, Corriero A, Puntillo F, Pham PV, Leoni MLG. The Eye as a Window to Neurodegeneration: Oxidative Stress, Optic Nerve Vulnerability, and Retinal Biomarkers-A Scoping Review. *Antioxidants*. 2026; 15(8):948. <https://doi.org/10.3390/antiox15080948>

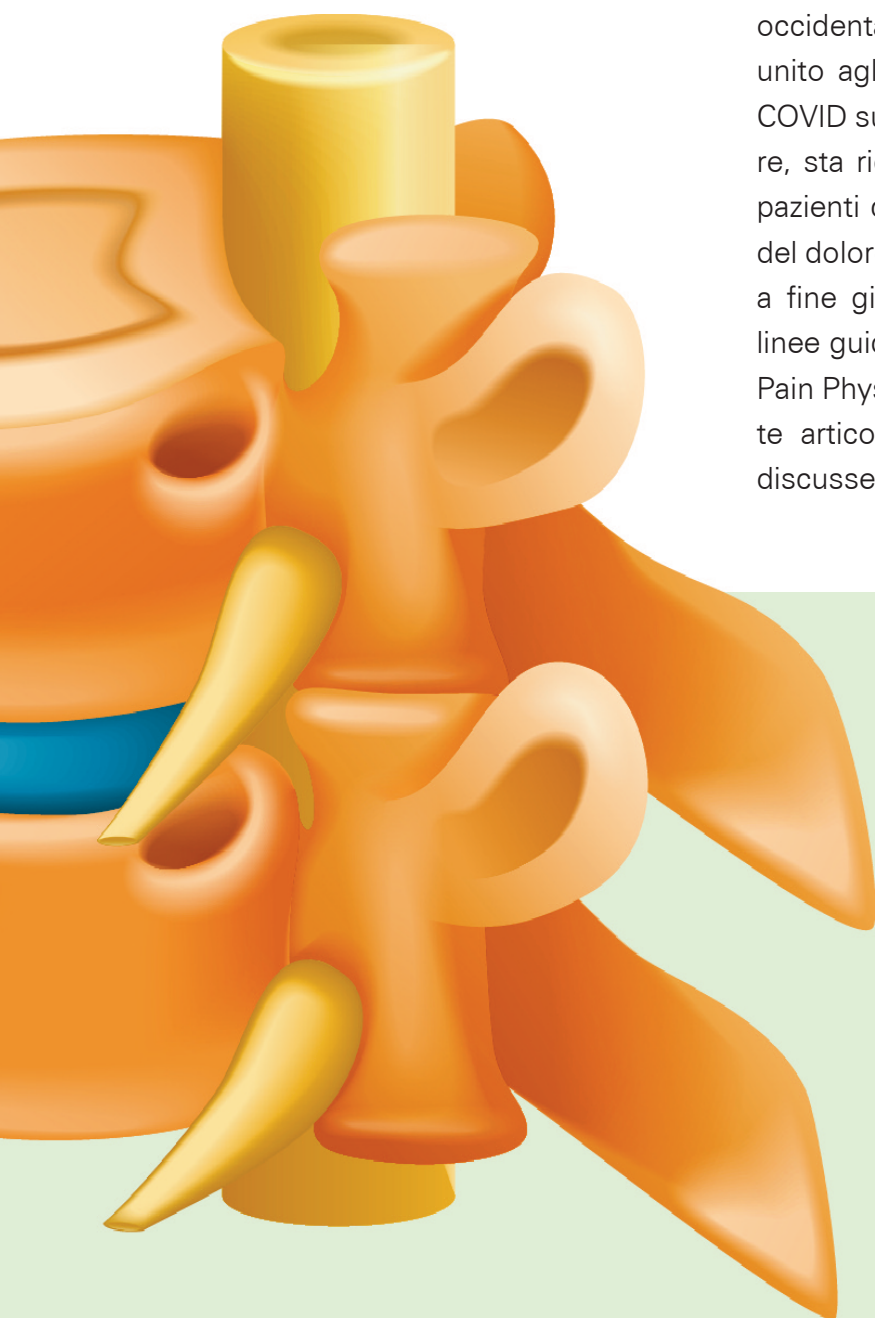




Faccette articolari e dolore spinale cronico

Le nuove linee guida ASIPP 2026

Il dolore spinale cronico resta una delle prime cause di disabilità e di spesa sanitaria nei paesi occidentali. L'invecchiamento della popolazione, unito agli effetti ancora poco compresi del long COVID sulla percezione e cronicizzazione del dolore, sta ridisegnando il profilo epidemiologico dei pazienti che afferiscono agli ambulatori di terapia del dolore. In questo contesto arrivano, pubblicate a fine giugno 2026 su *Pain Physician*, le nuove linee guida dell'American Society of Interventional Pain Physicians (ASIPP) sugli interventi alle faccette articolari, una delle fonti più comuni, e più discusse, di dolore assiale.





Il documento, frutto del lavoro di un panel multidisciplinare di esperti che ha esaminato l'evidenza disponibile e integrato la prospettiva dei pazienti, aggiorna in modo sistematico i criteri diagnostici e terapeutici per gli interventi sulle faccette articolari, dai blocchi nervosi diagnostici alla neurolisi a radiofrequenza, fino alle iniezioni intra-articolari.

La metodologia di grading, basata su un approccio modificato ASIPP integrato con i criteri GRADE e AHRQ, permette di distinguere con maggiore rigore le pratiche sostenute da evidenze solide da quelle ancora in cerca di conferma clinica.

Per chi lavora ogni giorno con pazienti affetti da dolore assiale cronico, la vera novità di questo aggiornamento non sta solo nelle indicazioni procedurali, ma nell'attenzione crescente alla sicurezza - dalla gestione della terapia anticoagulante alla presenza di dispositivi impiantabili - e nel tentativo di ricollocare il trattamento interventistico all'interno di un percorso multidisciplinare, insieme a farmacoterapia e riabilitazione fisica. Vediamo nel dettaglio cosa cambia rispetto alle raccomandazioni precedenti, e cosa questo significa nella pratica clinica quotidiana.

Quali sono le più importanti novità che possono interessare la pratica clinica dei terapeuti del dolore?

Le nuove linee guida ASIPP del 2026 introducono diversi aggiornamenti significativi rispetto alle versioni precedenti (come quella del 2020), con un impatto diretto sulla pratica clinica dei terapeuti del dolore.

Di seguito sono riportate le principali novità e conferme che interessano la gestione dei pazienti con dolore faccettale:

1. Cambio di paradigma diagnostico (Modello cronico vs. acuto)

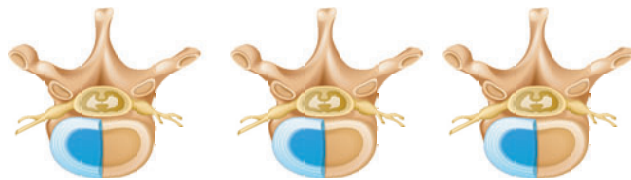
La novità concettuale più importante è lo spostamento da un modello di dolore acuto a uno di dolore cronico per l'interpretazione dei blocchi diagnostici.

- Nelle versioni precedenti, si riteneva che un sollievo superiore alla durata farmacologica attesa dell'anestetico locale (es. >2 ore per lidocaina) fosse un falso positivo o un effetto placebo.
- Le nuove linee guida riconoscono che nel dolore cronico gli anestetici locali possono indurre un sollievo prolungato (giorni o settimane) a causa della modulazione dei meccanismi di sensibilizzazione centrale e periferica. Gli studi dimostrano che nei pazienti "positivi" ai blocchi controllati, la lidocaina può fornire sollievo per circa 6 giorni e la bupivacaina per circa 12 giorni.

2. Consolidamento dei criteri per i blocchi diagnostici

Le linee guida ribadiscono con forza la necessità di blocchi diagnostici controllati (doppi blocchi con anestetici a diversa durata d'azione) prima di procedere alla radiofrequenza (RFA).

- Viene confermato il cut-off dell'80% di sollievo dal dolore come standard aureo per la diagnosi di dolore faccettale, poiché un criterio inferiore (come il 50%) porta a un tasso di falsi positivi eccessivamente alto e a risultati terapeutici meno duraturi nel tempo.
- I blocchi dovrebbero essere eseguiti solo dopo 3 mesi di dolore persistente e il fallimento di terapie conservative.



3. Ruolo della diagnostica per immagini (SPECT)

Mentre RM e TC rimangono scarsamente correlate all'effettiva origine del dolore faccettale (Livello V), viene dato maggior rilievo alla SPECT.

- L'evidenza per l'uso della SPECT per identificare le faccette dolorose prima dei blocchi diagnostici è ora di Livello III.
- Una SPECT positiva può aiutare a identificare i pazienti che beneficeranno maggiormente di iniezioni intra-articolari di corticosteroidi.

4. Gestione della sedazione e sicurezza

Le linee guida 2026 forniscono indicazioni più precise sulla sedazione, cercando di bilanciare comfort e accuratezza diagnostica:

- Sedazione minima: Può essere utilizzata durante i blocchi diagnostici (es. basse dosi di benzodiazepine), poiché gli studi indicano che non altera significativamente la validità della diagnosi.
- Oppioidi intraoperatori: Al contrario, l'uso di oppioidi durante le procedure diagnostiche è fortemente sconsigliato (Livello II) perché può compromettere la validità del risultato.
- RFA e sedazione: Per la neurolisi a radiofrequenza, è considerata ragionevole una sedazione moderata o una "monitored anesthesia care" (MAC).

5. Raccomandazioni per pazienti con impianti (CIED e Stimolatori)

C'è un'attenzione specifica per la sicurezza dei pazienti con dispositivi elettronici impiantati:

- In presenza di pacemaker cardiaci, si raccomanda (Livello II) di preferire blocchi nervosi terapeutici rispetto alla RFA.

- Viene fornito un algoritmo decisionale dettagliato per la gestione dei dispositivi cardiaci durante la RFA, distinguendo tra procedure sopra e sotto l'ombelico e tra pazienti dipendenti o meno dal pacemaker.
- Per i pazienti con stimolatori midollari (SCS) o cerebrali (DBS), viene suggerito di mantenere una distanza di sicurezza di almeno 15 cm tra la punta dell'elettrodo per RFA e i componenti del sistema impiantato.

6. Specifiche tecniche sulla RFA

Vengono definite con più precisione le preferenze tecniche per ottimizzare la lesione termica:

- Ago: Si raccomanda l'uso di un ago 18-gauge nel tratto lombare e 20-gauge nei tratti cervicale e toracico.
- Punta attiva: 10 mm nel tratto lombare; 5 o 10 mm nei tratti cervicale e toracico.
- Parametri: Viene confermata la necessità di eseguire test motori o sensoriali prima della lesione (Livello II).

7. Terapie anticoagulanti e antitrombotiche

Le linee guida includono raccomandazioni aggiornate sulla gestione dei farmaci anticoagulanti (DOAC) e antiaggreganti.

Gli interventi sulle faccette sono generalmente considerati a rischio basso o moderato, e la terapia può essere continuata o sospesa per un periodo variabile (da 1 a 7 giorni) a seconda del farmaco specifico e del rischio tromboembolico del paziente.

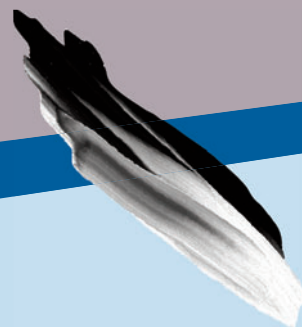
Antonio Gioia



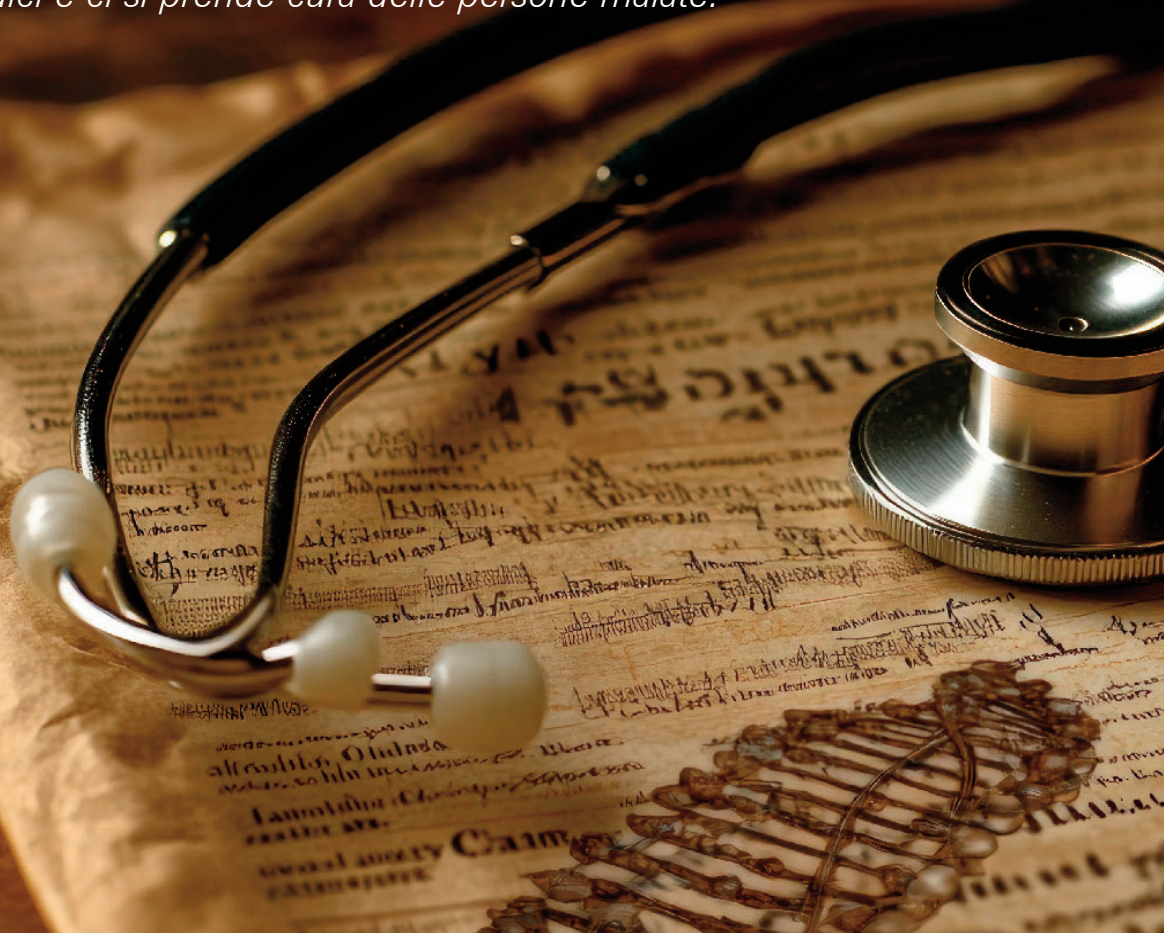
Il testo completo disponibile nel sito www.painphysicianjournal.com



La medicina tra arte e scienza: perché rileggere oggi Wilfred Trotter, a quasi un secolo di distanza



Ci sono testi che appartengono alla storia della medicina e che, proprio per questo, rischiano di rimanere confinati alla storia. E ce ne sono altri che sembrano continuare a interrogarci sul modo in cui si intende la professione, si formano i medici e ci si prende cura delle persone malate.



Il 4 ottobre 1932, all'apertura della sessione 1932-33 dell'University College Hospital Medical School di Londra, il chirurgo inglese Wilfred Trotter pronunciò il discorso "Arte e Scienza in Medicina". Il testo è stato tradotto in italiano da Piersante Sestini, docente del Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Neuroscienze dell'Università di Siena, e pubblicato nel 2013 sulla rivista Tutor. Si tratta della prima traduzione italiana di quel discorso, un testo di difficile reperibilità anche in lingua inglese, come spiega lo stesso traduttore, proponendo una rilettura che è insieme un recupero storico e una riflessione sulla medicina contemporanea. Non soltanto perché il testo conserva un evidente interesse per la storia dell'educazione medica, ma perché molte delle questioni affrontate da Trotter rimangono sorprendentemente riconoscibili: il passaggio dagli studi scientifici alla pratica clinica, il rapporto fra conoscenza sperimentale e giudizio del medico, il valore dell'esperienza, la necessità di coltivare lo spirito critico e, soprattutto, quella che Trotter definisce la «facoltà umana», indispensabile per esercitare la medicina

Perché tradurre oggi un discorso del 1932?

La scelta di Sestini nasce innanzitutto da una ragione personale e intellettuale. «Ho deciso di tradurre questo discorso di Wilfred Trotter», scrive, perché è, *insieme all'Antica Medicina* del IV secolo a.C., «uno dei testi sulla medicina che amo di più e che più mi hanno aiutato a capire il senso della pratica e dell'insegnamento della medicina».

Trotter, ricorda Sestini, è stato una delle figure più importanti della medicina inglese

della prima metà del Novecento: grande chirurgo generale, pioniere della neurochirurgia e della chirurgia oncologica, interessato alla psicoanalisi, ai problemi cognitivi e psicologici e alle questioni filosofiche e pratiche della medicina e del suo insegnamento. A un certo punto della sua carriera rinunciò anche all'attività privata per dedicarsi all'insegnamento e alla direzione del reparto di chirurgia dell'University College Hospital. Ma è soprattutto come "pedagogista medico" che Sestini invita a leggerlo.

Nel discorso del 1932 alcuni elementi appaiono inevitabilmente legati al loro tempo: la fiducia nella scienza sperimentale, il riferimento alle «scienze applicate», l'idea del «metodo» e della «progressività» scientifica, oltre a un'organizzazione degli studi preclinici molto diversa da quella attuale. Sestini segnala anche, con una particolare sensibilità per chi oggi si occupa di dolore, quella che allora era una lacuna nella conoscenza fisiologica dei sintomi più comuni. Eppure, proprio accanto a questi elementi storicamente datati, il testo conserva una serie di intuizioni che sembrano rivolgersi direttamente al medico contemporaneo.

Dalla scienza alla clinica: il momento in cui le certezze finiscono

Il primo passaggio che Trotter affronta è quello dagli studi preclinici al lavoro in ospedale. Secondo Sestini è uno dei punti di maggiore attualità del discorso. Per lo studente, l'ingresso in ospedale rappresenta un cambiamento radicale. Dopo avere studiato il corpo normale e acquisito gli strumenti della scienza sperimentale, egli entra in un mondo

nel quale le condizioni sono molto meno facilmente definibili, le variabili sono numerose e le risposte non sempre possono essere ricavate direttamente dai principi appresi in laboratorio.

Trotter descrive questo momento come una vera e propria "avventura intellettuale". E si sofferma volutamente su questa espressione, per restituirle il significato originario: «l'avventura nel mondo del pensiero è ancora aperta a ogni anima che non sia completamente domata e innamorata della sua gabbia».

È un invito alla curiosità, ma anche alla libertà intellettuale. Trotter mette in guardia dall'uniformità del pensiero e invita lo studente a «nutrire» quella «piccola scintilla selvaggia» che ancora brucia in ciascuno di noi. Pensare autonomamente, avverte, è difficile e rischioso; ma è proprio questa capacità a rendere la medicina un'attività intellettuale e non la semplice applicazione meccanica di conoscenze. Un passaggio particolarmente interessante anche alla luce della formazione medica attuale. La scienza offre strumenti sempre più sofisticati per descrivere, misurare e interpretare la malattia, ma il paziente concreto continua a non coincidere perfettamente con il modello teorico. Il passaggio dal dato scientifico alla decisione clinica richiede interpretazione, esperienza, giudizio. Ed è precisamente su questa frattura che Trotter costruisce il suo discorso.

Il laboratorio e il paziente non parlano sempre la stessa lingua

Trotter riconosce alla scienza sperimentale un ruolo straordinario: il metodo scientifico è, a suo giudizio, «lo strumento più efficace

per l'avanzamento della conoscenza mai inventato dall'uomo». Ma proprio per funzionare, il metodo sperimentale deve semplificare le condizioni dell'esperienza, specificarle, misurarle e controllarle. Quanto più è possibile eliminare l'influenza delle capacità e del giudizio individuale dell'osservatore, tanto più l'osservazione sperimentale acquista validità. Il paziente, però, non è un esperimento. Quando lo studente entra in ospedale, scopre che le conoscenze acquisite non illuminano necessariamente con la stessa efficacia la complessità della malattia. Trotter usa un esempio che oggi appare particolarmente significativo: la maggioranza dei pazienti, osserva, non presenta malattie rare o facilmente riconducibili alle categorie studiate, ma lamenta sintomi comuni come malessere, dolore, perdita dell'appetito, nausea o vomito, insonnia e stipsi. Ed è proprio su questi fenomeni quotidiani che la fisiologia sembra avere, nella sua epoca, le maggiori difficoltà. La critica è formulata con ironia. Se si chiede al fisiologo che cosa siano il senso di benessere, il sonno, l'appetito o la normale attività intestinale, scrive Trotter, egli può dare la risposta corretta che semplicemente «non gli è capitato di passare su questi argomenti».

Il dolore occupa in questo ragionamento un posto particolare. Trotter lo definisce «senza eccezione il più frequente di tutti i sintomi» e osserva che proprio sul dolore l'illuminazione proveniente dalla fisiologia è particolarmente debole.

Per un lettore contemporaneo impegnato nello studio e nella cura del dolore, è difficile non soffermarsi su questa frase. In quasi un secolo la conoscenza scientifica del dolore

ha compiuto progressi enormi, ma la domanda implicita di Trotter conserva la sua forza: quanto della sofferenza della persona malata può essere effettivamente tradotto in variabili misurabili? E che cosa rimane, inevitabilmente, affidato alla capacità del medico di ascoltare, interpretare e comprendere?

La medicina come arte pratica

Che cosa significa dire che la medicina è un'arte? Trotter invita innanzitutto a usare con cautela la parola «arte». Non intende l'abilità manuale, benché la medicina ne comprenda molte, né intende la medicina come una delle belle arti. La colloca invece fra le «arti pratiche», accanto alle attività del contadino, del costruttore, del carpentiere, del marinaio o del maniscalco. Non c'è nulla di riduttivo in questa classificazione. Al contrario.

La differenza fondamentale, per Trotter, sta nel fatto che una scienza applicata opera attraverso principi accertati che possono essere applicati a casi particolari. Un'arte pratica, invece, si muove in un territorio nel quale la conoscenza è incompleta, frammentaria e non completamente definibile. Le regole esistono, ma devono essere interpretate attraverso «il giudizio, l'intuito, e l'abilità personale dell'artista».

La distinzione è ancora più importante perché mette in guardia da un rischio che non appartiene soltanto alla medicina del 1932: quello di attribuire alla scienza una certezza che non possiede e, contemporaneamente, di considerare priva di valore tutto ciò che non può essere ricondotto a una procedura perfettamente standardizzata.

Trotter formula il concetto in modo voluta-

mente provocatorio: «un'arte pratica che pretende di essere scienza applicata, con questo non si mostra come progressiva, si mostra solo come ciarlataneria». La frase merita di essere riletta oggi non come una contrapposizione alla medicina basata sulle prove, ma quasi come una sua integrazione. Il problema non è scegliere fra scienza e arte. Il problema è comprendere che appartengono a dimensioni differenti della pratica clinica e che la medicina diventa fragile quando una delle due pretende di sostituire completamente l'altra.

Istruire non basta: il medico deve essere addestrato

Il passaggio forse più attuale del discorso arriva quando Trotter prova a definire le conseguenze pratiche della distinzione fra scienza e arte.

«Il grosso delle attività di un medico rimangono quindi nella regione dell'arte», afferma, mentre la frontiera fra arte e scienza è caratterizzata da una inevitabile «indistinzione». Proprio imparare a riconoscere e chiarire quella frontiera dovrebbe diventare uno degli esercizi più interessanti per lo studente.

Trotter ricorre quindi a una metafora meccanica. La scienza è «il motore più efficiente che si possa trovare»: richiede conoscenza e, quando la conoscenza è sufficiente e il caso appropriato, garantisce un risultato con un margine di errore molto ridotto. La medicina come arte, invece, è «un motore dall'inefficienza stravagante» che ha bisogno di tutte le facoltà del medico per funzionare almeno un po'. Da qui deriva una distinzione essenziale: il medico non deve essere soltanto istruito, ma anche addestrato.



«Per istruito intendo dire che gli vengano impartite delle conoscenze», scrive Trotter. «Per addestrato intendo la coltivazione dell'atteggiamento». Le conoscenze dipendono dagli insegnanti; l'atteggiamento dipende invece dalle opportunità offerte dalla formazione e, soprattutto, dal lavoro che ciascuno compie su sé stesso.

È probabilmente questo uno dei passaggi nei quali il testo del 1932 dialoga più direttamente con la medicina di oggi. La formazione professionale può trasmettere conoscenze e insegnare tecniche, ma non può esaurire ciò che significa diventare un buon medico.

La «facoltà umana»

Il concetto sul quale Trotter fa convergere il suo discorso è quello di «facoltà umana». Se la medicina rimane, almeno in parte, un'arte pratica, il suo strumento principale non può che essere la capacità umana del medico.

La prima qualità da coltivare è l'attenzione. «Dedicare l'intera mente al paziente senza l'interposizione di nulla di sé», scrive Trotter. Non si tratta di un'attesa passiva, ma di un processo attivo: «La malattia spesso dice i suoi segreti in una parentesi casuale».

Poi viene l'intuito. Trotter non lo considera qualcosa di misterioso o di inspiegabile, ma il risultato di un'esperienza accumulata e non richiamata consapevolmente. E introduce qui una definizione dell'esperienza che conserva una forza particolare: «Un evento sperimentato è un evento percepito, digerito e assimilato nella sostanza del nostro essere». La misura dell'esperienza, aggiunge, non è semplicemente il numero dei casi osservati, ma il rapporto fra quelli visti e quelli realmente assimilati. Sono parole che riportano la for-

mazione clinica a una dimensione personale. Non basta essere presenti davanti a molti pazienti: occorre trasformare ciò che si osserva in esperienza, e l'esperienza in capacità di giudizio.

Toccare il corpo, ascoltare la mente

Trotter parla dell'«arte di maneggiare la carne viva»: mani coordinate, capaci di movimenti «calmi, fermi e gentili», che devono diventare il complemento di una mente attenta e ricettiva. Il corpo malato, sostiene, «concede ad esse i suoi segreti» ma li nega alla rozzezza. È un'affermazione che acquista una particolare risonanza nella medicina del dolore, dove il contatto con il corpo, la valutazione clinica e la capacità di riconoscere ciò che il paziente comunica anche attraverso il comportamento e la corporeità costituiscono ancora oggi una parte essenziale della relazione terapeutica.

Ma per Trotter non basta saper maneggiare il corpo. Occorre imparare a «maneggiare la mente dell'uomo malato». Qui il discorso si sposta sulla relazione fra le aspettative del paziente e quelle del medico. Il paziente arriva dal medico perché ha un dolore o un altro malessere e vuole tornare a stare bene; il medico, invece, cerca di identificare la condizione patologica e, quando possibile, controllarla. «I due quindi hanno in qualche misura scopi diversi fin dal principio».

È una formulazione semplice, ma estremamente moderna. La cura non coincide con la diagnosi della malattia. Il buon medico deve perseguire contemporaneamente due obiettivi: affrontare il problema clinico e mantenere il paziente «a proprio agio», nel senso più ampio, comprendendo la dimensione della

mente oltre a quella del corpo. E qui arriva una delle frasi più significative dell'intero discorso: «Il modo più semplice di farlo è di essere interessato». Per Trotter l'interesse autentico del medico per la persona che ha davanti possiede una forza terapeutica che può superare perfino le conoscenze e le abilità tecniche. «Il suo interesse è più potente delle conoscenze e abilità, dell'ultimo sviluppo della scienza, o della massima virtuosità nell'arte». È difficile immaginare una conclusione più direttamente collegata alla medicina centrata sulla persona.

Una lezione anche per la medicina del dolore

Nel testo di Trotter il dolore compare quasi incidentalmente, come uno degli esempi della distanza che nel 1932 separava la conoscenza fisiologica dalla complessità della pratica clinica. Ma, paradossalmente, proprio questo riferimento permette di cogliere quanto la questione sia ancora attuale. Il dolore è contemporaneamente fenomeno biologico, esperienza soggettiva, segnale clinico e vissuto individuale. La sua comprensione richiede strumenti scientifici sempre più sofisticati, ma anche quella «facoltà umana» che Trotter considera irrinunciabile per il medico.

La storia successiva della medicina ha certamente modificato profondamente il rapporto fra scienza e pratica clinica. La fisiologia, la farmacologia, la neurologia, le neuroscienze e la ricerca clinica hanno colmato molte delle lacune che Trotter poteva osservare nel 1932. Ma non hanno cancellato il problema che sta al centro del suo ragionamento: la

conoscenza scientifica non coincide con l'atto clinico.

È forse questa la ragione per cui un testo di quasi un secolo fa può ancora essere letto non soltanto con interesse storico, ma come una sorta di esercizio di autocoscienza professionale.

Una medicina che non rinuncia né alla scienza né all'umanità

Il discorso di Trotter non è, in definitiva, una celebrazione romantica dell'arte medica contro la scienza. Anzi, nelle ultime pagine egli ribadisce con forza il valore dell'ingresso della scienza sperimentale nella medicina. La scienza ha contribuito a rendere il medico meno disposto ad affidare i problemi della pratica clinica a «vaghe impressioni cliniche», statistiche insignificanti, autorità o tradizione. Il suo auspicio è, semmai, che ogni atto clinico per il quale le condizioni lo consentano venga sottoposto a metodi capaci di fornire una decisione il più possibile esatta.

Scienza e arte, quindi, non sono per Trotter due territori nemici. Sono due modalità diverse di costruire conoscenza e di agire nella realtà della malattia. La scienza cerca di eliminare, per quanto possibile, la variabilità introdotta dall'osservatore; la pratica clinica, quando affronta la singolarità della persona, non può invece fare a meno delle capacità del medico. È in questa tensione, e non nella scelta di una delle due componenti, che Trotter colloca la specificità della medicina. Sestini, nella sua introduzione, individua proprio qui il messaggio più importante da portare nel presente. Dopo avere richiamato l'attenzione sul passaggio dalla scienza alla

complessità della clinica, sul valore della riflessione, sulla conoscenza tacita, sulla necessità di imparare anche da sé stessi e sulla difesa dello spirito critico, arriva al concetto che domina le ultime pagine: la «facoltà umana». Una facoltà difficile da definire, forse proprio perché comprende molte dimensioni dell'esperienza clinica. «È nutrendo questa facoltà», scrive Sestini, «che ci si dota di quegli atteggiamenti (attenzione, cura del pensiero del malato e dei suoi valori, ascolto) che determinano il successo e la natura stessa del buon medico, più delle sue capacità tecniche e conoscenze dottrinali». Forse è questa la ragione principale per cui vale la pena tornare oggi alle parole di Wilfred Trotter. Non perché la medicina del 1932 possa essere assunta come modello per quella del XXI secolo, né perché le categorie di «arte» e «scienza» possano essere riproposte senza discuterle. Ma perché il testo ci costringe a ricordare

che l'enorme sviluppo della conoscenza scientifica non ha reso meno importante il medico come persona.

Anzi, quanto più la medicina diventa sofisticata, tecnologica e ricca di informazioni, tanto più diventa necessario interrogarsi su ciò che nessun algoritmo, nessun dispositivo diagnostico e nessuna procedura possono sostituire interamente: la capacità di stare davanti a una persona malata, prestarle attenzione, ascoltarla, interpretarne l'esperienza e assumersi la responsabilità di una decisione.

Quasi un secolo dopo, la «avventura intellettuale» di cui parlava Trotter è tutt'altro che conclusa.



Il testo completo della traduzione, con l'introduzione del prof. Sestini, si può facilmente reperire su Academia.edu oppure qui: DOI: <https://doi.org/10.14601/>



La sezione documenti del sito AISD si aggiorna

Pubblicazioni

Video



AISD

**AREA RISORSE
EDUCATIVE**



Questionari

Linee guida

www.aisd.it



Medicina del dolore: passato presente futuro

Intervista a Giustino Varrassi

Se dovesse spiegare a un giovane medico i cambiamenti nella medicina del dolore dagli anni '90 a oggi, quali indicherebbe come le tre rivoluzioni più importanti che ha osservato?

La prima importante rivoluzione che c'è stata, a mio modo di vedere, è stata un incremento di consapevolezza sul tema dolore, stimolato da molte situazioni, soprattutto a partire dall'inizio degli anni Novanta. Per esempio, la nascita di EFIC, European Pain Federation, ha generato un interesse molto diffuso a livello europeo e ha coinciso con un incrementato interesse da parte di diversi attori del tema, soprattutto aziende farmaceutiche, che hanno ritenuto opportuno che il tema dolore dovesse essere amplificato e spostato dalla monopolarità americana a tutto il resto del mondo. Infatti, dopo EFIC sono nate la FEDE-

LAT (Federazione Latino-Americana), la ASE-APS (Associazione del Sud-Est Asiatico) e la SAPRS (South Asian Regional Pain Society, Ufficialmente riconosciuta da IASP).

La seconda importante rivoluzione è legata strettissimamente al fatto che sempre di più si è passati da un concetto, soprattutto in alcune nazioni, di monopolarità, diciamo così, alla assoluta indispensabilità di una multidisciplinarietà e di un approccio multimodale al paziente con dolore cronico. Questo cambiamento ha stimolato da una parte molti interessi scientifici, per esempio tutta la nascita del dolore neuropatico, un tema che si è sviluppato all'incirca nella seconda metà degli anni Novanta e che ancora oggi continua a destare tantissimo interesse. È stato inoltre un modo eccellente per reclutare, tra i medici che si occupano di medicina del dolo-



re, tutta una serie di altri specialisti. La multidisciplinarietà si è diffusa sempre di più ed oggi finalmente è un concetto che è stato acquisito in maniera direi abbastanza imponente. La terza rivoluzione, che tra l'altro è una rivoluzione che mi preoccupa non poco, è il grande impatto che sta avendo in questo momento l'approccio interventistico al dolore. Se è vero che il dolore cronico ha bisogno di un approccio multimodale, è altrettanto vero, ahimè, che a questo approccio multimodale stanno dando un input notevolissimo tutta una serie di aziende che hanno l'interesse a promuovere apparecchiature piuttosto che... piuttosto che... Si sta sviluppando un approccio interventistico al dolore che è preoccupante per un motivo molto semplice, perché, come emerge sempre più chiaramente, mentre questo approccio si sta sviluppando sotto il profilo del marketing, non si sta sviluppando, ahimè, sotto il profilo scientifico, nel senso che non vengono valutati con precisione e con criteri scientifici le risultanti vere che si hanno con questo approccio interventistico al dolore. E questo sta generando diversi problemi. Il problema più eclatante lo si vede negli Stati Uniti, dove ci sono esempi veramente preoccupanti di uomini bionici, personalmente ho avuto la sventura di vedere un paziente che aveva ben sette stimolatori elettrici neuromidollari o periferici sul corpo. Purtroppo, l'efficacia di queste metodologie non viene valutata in maniera scientifica. Questa è sicuramente la terza rivoluzione più importante, più imponente che vedo in questo ultimo decennio, soprattutto, una rivoluzione che mi preoccupa. Se la tecnologia ha acquisito questo peso

importante, come si può quindi mantenere quello che viene sempre considerato un aspetto centrale, cioè la dimensione umana relazionale della cura del dolore.

Sicuramente è un tema molto scottante, tutti i dati che noi abbiamo, senza ombra di dubbio, dimostrano che il paziente rappresenta il punto centrale nell'ambito della medicina del dolore, cioè il dialogo con il paziente è fondamentale. Una diagnosi attenta, una empatia con il paziente stesso rappresentano già di per sé una parte importante del management del dolore cronico nei pazienti. Purtroppo questo aspetto si sta sempre di più perdendo. Al contrario, invece, vedo che tematiche che oggi sono più emergenti, come l'applicazione dell'intelligenza artificiale agli aspetti del trattamento del dolore, sono un aspetto molto positivo, perché un approccio trasparente, etico nell'utilizzazione dell'intelligenza artificiale potrebbe migliorare in maniera altamente significativa tutti gli aspetti diagnostici e anche terapeutici nel paziente con dolore cronico. Tanto per essere concreto, l'utilizzazione dell'intelligenza artificiale ci mette nella condizione di poter sapere con precisione che cosa sta succedendo veramente nel paziente che noi stiamo trattando e questo è un aspetto non indifferente. Quindi credo che l'approccio con l'utilizzo dell'intelligenza artificiale possa essere di enorme beneficio sul tema del trattamento, del management del paziente con dolore cronico.

A lato di questo, poi, sta emergendo un'altra cosa importante, sempre rimanendo nel tema centrale degli sviluppi tecnologici: oggi noi ci affidiamo, quando parliamo di aspetti



scientifici riguardanti la terapia, ai cosiddetti randomized clinical trials, cioè a studi che sono molto selettivi, su gruppi di pazienti selezionati con metodologie di trattamento selezionate, con criteri altissimamente scientifici che evitano qualsiasi tipo di bias di fondo che possa alterare i risultati, ma molto spesso, ahimè, dimentichiamo alcuni aspetti che sono cruciali. Per esempio questi studi difficilissimamente vanno a esplorare che cosa prova il singolo paziente quando noi facciamo un tipo di terapia. Al contrario invece, lo sviluppo tecnologico che stiamo avendo in questo momento, e che mette a disposizione dei pazienti tutta una serie di modalità di comunicazione impensabili fino a pochi anni fa, consente di andare a cogliere degli aspetti fondamentali che, soprattutto per alcune patologie, rappresentano un punto cruciale nella malattia dolore cronico.

Faccio un esempio per tutti: se noi andiamo a esplorare su internet, quali sono i sentimenti di pazienti con dolore cronico e fibromialgia possiamo trovare milioni di dati su alcune piattaforme specifiche, cosa che mai un randomized clinical trial potrebbe metterti a disposizione. Sono aspetti che soprattutto per un tema come quello del dolore cronico vanno valutati, perché i sentimenti del paziente rappresentano un aspetto importantissimo in una patologia nella quale si è dimostrato chiaramente che gli aspetti psicologici rappresentano una parte importante molto, molto importante della malattia nel suo insieme, quindi la tecnologia attuale ci mette a disposizione degli strumenti che fino a pochissimi anni fa erano assolutamente impensabili.

Quindi nella formazione del medico si dovrà lavorare ancor più perché sviluppi una sensibilità nella comunicazione, nel rapporto con il paziente. Sempre pensando al nostro ipotetico interlocutore giovane professionista che vuole avventurarsi nella medicina del dolore, che cosa gli suggerirebbe in merito?

È molto semplice. Al giovane che si voglia occupare di medicina del dolore, e a chi si occupa di formazione, suggerirei prima di tutto di imparare a stare insieme al paziente, invece di correre appresso all'apprendimento della tecnologia A piuttosto che della tecnologia B per curare la patologia C. Prima regola: i pazienti vanno ascoltati in maniera religiosa. Poi si pensa come utilizzare lo stimolatore piuttosto che l'ago piuttosto che ...piuttosto che ... Credo che quello sia l'aspetto fondamentale della medicina del dolore.

Ora le vorrei proporre qualche riflessione sul ruolo delle società scientifiche.

Il ruolo delle società scientifiche è stato assolutamente cruciale e continua ad essere cruciale perché le società scientifiche rappresentano le modalità migliori per poter convogliare dei messaggi di diffusione, di incremento dell'awareness nei confronti della specialità e quindi evidentemente rappresentano il modo semplice e più tranquillo per poter sensibilizzare la classe medica, almeno quella parte di medici che hanno questo tipo di interesse nei confronti dei pazienti con dolore. Tutte le società scientifiche sono ovviamente ugualmente importanti per tutte le altre specialità per lo stesso identico motivo, non ci sono differen-

ze abissali. Ci tengo a tal proposito a sottolineare come tutto il mondo scientifico internazionale debba molta gratitudine a John Bonica, che è colui che ha iniziato questo percorso e che lo ha portato poi a livelli altissimi perché, di fatto, senza questa implementazione attraverso la creazione di una società scientifica (la IASP e i suoi Capitoli nazionali), non ci sarebbe stato quello che ora abbiamo.

Oggi il discorso sui pazienti con dolore si sta spostando verso alcune problematiche che riguardano la rimborsabilità, ma l'avvio del discorso è collegato in maniera sostanziale al grosso impatto che le società hanno dato nel diffondere il tema generale da un punto di vista scientifico e professionale.

Intervista a cura di **Lorenza Saini**

Il prof. Giustino Varrassi è una figura molto importante nel campo della medicina del dolore e dell'anestesiologia, cui ha dedicato pressoché tutta la sua attività accademica e clinica. Attualmente è Presidente della Fondazione Paolo Procacci ed Editor in chief di varie riviste scientifiche. È stato presidente dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore dal 2003 al 2009, presidente della European Pain Federation dal 2008 al 2011 (è stato inoltre tra i soci fondatori EFIC), presidente del World Institute da maggio 2019 al dicembre 2020. Già professore ordinario di anestesia, rianimazione, terapia intensiva e medicina del dolore all'Università dell'Aquila, ha al suo attivo una vasta produzione scientifica di articoli e libri e l'organizzazione di importanti congressi medici nazionali e internazionali. Dal 2021 organizza il Congresso Roma Pain Days, un punto di incontro per medici, ricercatori e giovani scienziati dediti alla comprensione e al trattamento del dolore, al quale partecipano esperti da tutto il mondo.

Roma Pain Days

MAY (27-29) 2027



49

CONGRESSO
NAZIONALE

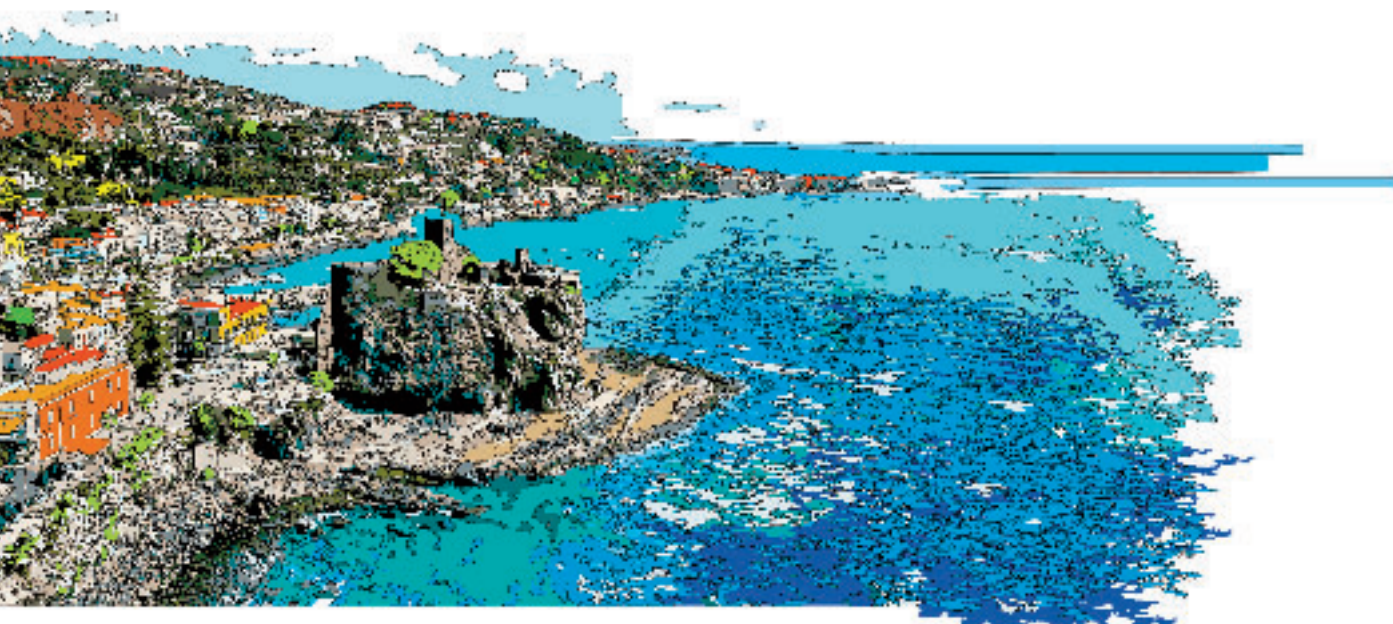
AISD

ASSOCIAZIONE ITALIANA
PER LO STUDIO DEL DOLORE

Aci Castello ospita il 49° Congresso nazionale dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore

Dall'1 al 3 ottobre 2026 il mondo della medicina del dolore si incontra in Sicilia. Nel programma ricerca, innovazione, multidisciplinarietà e nuove sfide cliniche, a pochi mesi dalla celebrazione dei 50 anni dell'AISD

Comitato scientifico Diego Maria Michele Fornasari, Presidente
Caterina Aurilio, Stefano Coaccioli, Gabriele Finco, Nicola Luxardo,
Maria Caterina Pace, Antonella Paladini, Massimo Parolini, Maria Beatrice Passavanti,
Enrico Polati, Filomena Puntillo, Pier Carlo Sarzi Puttini, Vittorio Schweiger,
Stefano Tamburin, Giustino Varrassi

**1976-2026**CINQUANT'ANNI DEDICATI
ALLO STUDIO E ALLA CURA
DEL DOLOREaisd.it    



Aci Castello, in provincia di Catania, si prepara ad accogliere, dall'1 al 3 ottobre 2026, il 49° Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore (AISD), l'appuntamento annuale che riunisce professionisti di diverse discipline impegnati nella ricerca, nella diagnosi e nella cura del dolore.

Una comunità multidisciplinare

Il congresso arriva in un anno particolarmente significativo per l'AISD, che quest'anno ha celebrato i **50 anni dalla fondazione**, avvenuta a Firenze il 10 marzo 1976. Mezzo secolo nel quale l'associazione ha contribuito allo sviluppo della Medicina del Dolore in Italia, promuovendo ricerca, formazione e cultura della cura e favorendo il confronto tra discipline diverse. Una storia che ha avuto origine dall'intuizione di alcuni pionieri della medicina del dolore e che continua oggi attraverso una comunità scientifica articolata e multidisciplinare. «L'AISD è il capitolo italiano della International Association for the Study of Pain (IASP) e della European Pain Federation (EFIC) e rappresenta una realtà scientifica nella quale convergono competenze e professionalità differenti» puntualizza il prof. Diego Fornasari, attuale Presidente di AISD e Professore Ordinario di Farmacologia all'Università Statale di Milano. «È proprio la multidisciplinarietà uno degli elementi caratterizzanti l'AISD che anche nel congresso di Aci Castello vedrà algologi, neurologi, fisiatristi, reumatologi, farmacologi, psicologi, infermieri, fisio-

terapisti e altri professionisti della salute confrontarsi sui diversi aspetti della gestione del dolore. Il programma scientifico riflette questa impostazione, alternando sessioni dedicate ai principali quadri clinici a momenti di approfondimento sulle innovazioni terapeutiche e tecnologiche».

Nuove prospettive nella medicina del dolore

Tra gli argomenti affrontati troviamo il rapporto tra dolore cronico e depressione, il dolore neuropatico localizzato, la fibromialgia e il dolore conseguente a malattia tumorale. Inoltre, verranno discussi argomenti relativi al dolore da osteoartrite, al dolore muscoloscheletrico, vascolare, cranio-facciale e pelvico cronico. Particolare rilievo avrà il **dolore neuropatico**, tema al centro del *Global Year 2026* della IASP. La sessione "Quando i nervi fanno male: il dolore neuropatico tra scienza e clinica" affronterà le basi fisiopatologiche, i principi diagnostici e gli aggiornamenti sulle linee guida terapeutiche, esplorando le nuove prospettive offerte dalla stimolazione cerebrale non invasiva e dalla neurostimolazione.

Tecnologie e intelligenza artificiale

Il Congresso affronterà inoltre argomenti relativi alle più recenti innovazioni tecnologiche applicate alla medicina del dolore quali la stimolazione vagale, le terapie neuromodulative quali la Scrambler Therapy, le tecniche di neurostimolazione periferica e midollare e le procedure interventistiche, con un confronto sulle indicazioni,

1976-2026
CINQUANT'ANNI DEDICATI
ALLO STUDIO E ALLA CURA
DEL DOLORE

aisd.it    

AISD È IL CAPITOLO ITALIANO DI





sulla selezione dei pazienti e sulle nuove tecnologie disponibili. Anche **l'intelligenza artificiale (AI)**, argomento di stretta attualità, trova uno spazio specifico nel programma scientifico. In particolare, una sessione sarà interamente dedicata alle opportunità e ai limiti dell'AI nella medicina del dolore, oltre alle responsabilità che accompagnano il suo utilizzo, anche dal punto di vista medico-legale. «L'AI può essere una grande opportunità per gli algoritmi, e un aiuto incredibile nella valutazione dei pazienti e nell'impostazione di percorsi di cura personalizzati e ad alto livello di appropriatezza - specifica il Prof. Vittorio Schweiger, vice-presidente di AISD e Direttore del Centro HUB di Terapia del Dolore dell'AOUI di Verona. - Le possibilità di sviluppo anche in questo campo della medicina sono inimmaginabili se consideriamo quanto l'evoluzione di questi strumenti sia veloce tanto da lasciare intravedere ogni giorno nuove grandi opportunità ma anche nuovi problemi che devono essere tenuti in grande considerazione».

Appropriatezza terapeutica e complessità del paziente

Accanto alle innovazioni tecnologiche, il congresso propone un confronto su strumenti e terapie già largamente utilizzati nella pratica clinica, ma sui quali è necessario continuare a interrogarsi. È il caso del **paracetamolo**, oggetto di una sessione dal titolo volutamente provocatorio, "Mito o realtà nella terapia del dolore?", e degli **antinfiammatori**, affrontati sotto il profilo dell'efficacia, della sicurezza e dell'appro-

priatezza d'uso. Ampio spazio è dedicato anche ai nutraceutici, analizzati come possibili adiuvanti nel dolore acuto e cronico e in condizioni specifiche quali le neuropatie, l'osteoartrosi e la fibromialgia. Un altro elemento caratterizzante è l'attenzione alla complessità del paziente. La sessione dedicata al **dolore di genere** affronterà tematiche di stretta attualità quali le differenze di genere nei meccanismi del dolore, il dolore nelle persone transgender, il dolore oncologico e le differenze di genere nella riabilitazione. Il congresso dedicherà inoltre una sessione all'osteoporosi e alla sarcopenia, con particolare attenzione alla persona fragile e all'integrazione tra trattamento farmacologico e riabilitazione.

Il confronto tra società scientifiche

La collaborazione con altre Società Scientifiche rappresenta un ulteriore elemento qualificante del programma. Sono previste sessioni congiunte con SIMFER (Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa), SISC (Società Italiana per lo Studio delle Cefalee), SIUD (Società Italiana di Urodinamica) e SICP (Società Italiana Cure Palliative), dedicate rispettivamente al dolore associato a osteoporosi e sarcopenia, al dolore cranio-facciale di difficile diagnosi, al dolore pelvico cronico e ai nuovi orizzonti delle cure palliative.

«Il dolore viene affrontato nel nostro paese da numerosi professionisti della salute - precisa il Prof. Enrico Polati, Professore Ordinario di Anestesia e Rianimazione all'Università di Verona e Prossimo

1976-2026

CINQUANT'ANNI DEDICATI
ALLO STUDIO E ALLA CURA
DEL DOLORE

aisd.it    



Presidente dell'AISD per il biennio 2027-2029. - Tuttavia, tali diverse estrazioni non devono essere un limite ma una ricchezza, che AISD ha sempre coltivato, poiché l'interscambio culturale ed esperienziale sta alla base di una medicina completa e non settoriale, che deve trovare nella complessità le corrette risposte che il paziente si aspetta da noi». Il rapporto tra medicina del dolore e cure palliative è presente nel programma scientifico del congresso con la sessione congiunta AISD-SICP dove si discuterà di cure palliative precoci e personalizzate, dell'impiego dell'intelligenza artificiale, dell'utilizzo di informazioni sullo stato di salute riferite direttamente dal paziente (PROs) e di strumenti standardizzati e validati come i questionari usati per misurarle (PROMs). Verranno indagate inoltre le potenzialità della realtà virtuale nelle cure palliative. Il congresso non si limita però alla discussione scientifica.

La formazione pratica: ecografia e gestione infermieristica

Sono previsti anche momenti specificamente dedicati alla formazione pratica. Il workshop teorico-pratico sull'**ecografia nella diagnosi e terapia del dolore** accompagnerà i partecipanti dall'inquadramento diagnostico del dolore neuropatico all'utilizzo dell'ecografia di nervo, muscolo e articolazioni e alla guida ecografica di procedure interventistiche e di neurostimolazione. Un secondo workshop sarà dedicato agli **infermieri nella gestione del dolore**, dalla valutazione all'intervento, con una didattica interattiva basata anche su casi clinici

riguardanti il bambino, il dolore post-operatorio, l'anziano fragile, l'urgenza e il dolore persistente.

Dalla storia dell'AISD alle prospettive future

La cerimonia inaugurale si terrà giovedì 1° ottobre alle 17.30 presso la sede congressuale, il Four Points Sheraton Hotel Catania di Aci Castello. Ad aprire la parte scientifica della cerimonia sarà la lettura magistrale "Il dolore come identità: Frida Kahlo tra corpo e arte", a sottolineare ancora una volta la volontà dell'AISD di affrontare il dolore non soltanto come fenomeno biologico e clinico, ma anche nella sua dimensione umana e culturale.

Il 49° Congresso nazionale rappresenta così il primo grande appuntamento scientifico dell'AISD dopo le celebrazioni dei suoi primi cinquant'anni di vita. Un passaggio simbolico ma anche concreto: dalla memoria di una storia costruita da generazioni di studiosi alla necessità di continuare a innovare, formare e collaborare per affrontare una delle condizioni più complesse e trasversali della medicina. «Anche quest'anno il congresso sarà un momento fondamentale per fare il punto sui risultati raggiunti e per definire le direzioni future dell'AISD e della medicina del dolore in Italia - conclude il Prof. Fornasari - ma sono certo che rappresenterà anche un'occasione unica di incontro e scambio culturale tra i diversi professionisti che lottano contro il dolore nelle diverse parti del nostro paese».

1976-2026
CINQUANT'ANNI DEDICATI
ALLO STUDIO E ALLA CURA
DEL DOLORE

aisd.it    

AISD È IL CAPITOLO ITALIANO DI



Guida pratica per persone affette da dolore

La propone il progetto europeo DIGI4MSK

Il documento è stato elaborato nell'ambito di un progetto europeo a scopo esclusivamente didattico e informativo.

Il progetto si chiama DIGI4MSK, guida pratica rivolta a pazienti e clinici sulla salute dell'apparato muscolo-scheletrico, è stato finanziato dall'Unione europea: ERASMUS-EDU-2022-PI-ALL-INNO: Progetto n.101111708. Si tratta di un ambizioso progetto che mira a creare una metodologia innovativa per comprendere, analizzare e migliorare la comunicazione in materia di salute muscolo-scheletrica, quindi le conoscenze e il processo decisionale in merito al dolore muscoloscheletrico. Vengono presentati consigli e informazioni rivolte al paziente che soffre di dolore muscoloscheletrico, per aiutarlo ad approfondire le sue conoscenze sulla salute muscoloscheletrica e sull'autogestione, per prendere le decisioni migliori su come affrontarlo.

Il professionista sanitario può invece essere aggiornato sull'utilizzo basato sull'evidenza delle risorse digitali e sulla promozione dell'autogestione per i suoi pazienti.



Per scaricare la guida:
<https://digi4msk.eu>

Il contenuto della guida non costituisce un parere medico, una diagnosi o un trattamento e non deve essere considerato come tale.

Indice della guida per persone con dolore:

Introduzione - Come posso utilizzare questo libro? Cosa significa autogestione?

- Dolore cronico: significa che non si può migliorare?
- Il dolore è sempre un segno di un infortunio che non è guarito?
- La "cattiva postura" è la causa comune del mal di schiena?
- In che modo il sonno influisce sul dolore?
- È opportuno interrompere tutte le attività quando si avverte dolore?
- Cosa è importante sapere sull'ibuprofene?
- È opportuno affidarsi ai social media per consigli sulla gestione del dolore?
- Nuovi dolori con l'avanzare dell'età? Ecco quando rivolgersi al proprio medico (e quando non farlo)
- La propria cultura può influenzare il modo in cui si percepisce o si gestisce il dolore?
- È sicuro continuare a muoversi quando si prova dolore?
- Le consulenze online possono essere efficaci quanto le visite di persona per il trattamento del dolore?
- Il supporto alla salute mentale può essere utile nella gestione del dolore?
- Le risorse online possono essere utili nella gestione del dolore?
- È sempre necessario sottoporsi ad accertamenti radiologici quando si avverte dolore?
- È importante partecipare alle decisioni relative al trattamento del dolore?
- Perché le vostre azioni sono importanti nella gestione del dolore a lungo termine?
- È necessario seguire il programma di esercizi quando si prova dolore?
- I cambiamenti ergonomici sul lavoro o a casa sono la chiave per gestire il dolore?
- Come gestire le riacutizzazioni del dolore?
- Essere informati sui consigli relativi al dolore: a cosa credere sui social media?

Corso di Perfezionamento in Medicina del dolore

Pain Medicine

CORSO DI PERFEZIONAMENTO

A.A. 2026 - 2027

ISCRIVITI

Organizzato dal Centro di Ricerca e Studi Biomedici dell'Università degli Studi della Repubblica di San Marino in collaborazione con l'Università degli Studi di Verona e con l'U.O.S. Medicina del Dolore Cure Palliative e Hospice di San Marino.

Lo scopo del Corso di Perfezionamento in Pain Medicine, che nasce dalla collaborazione di diversi professionisti del settore, è quello di fornire strumenti al professionista per creare fin da subito "un'alleanza educativa e terapeutica" con il paziente, che consenta a quest'ultimo di trarre i maggiori benefici dal servizio di cura. Attraverso una combinazione di approfondimento scientifico e formazione clinica pratica, i partecipanti saranno preparati a migliorare la gestione del dolore all'interno delle loro istituzioni.

Il Corso, in lingua inglese, mira a colmare le necessità educative e ad aumentare le competenze dei clinici nel fornire cure per il dolore sicure, basate sulle evidenze, culturalmente sensibili e centrate sul paziente.

Direttore del Corso: Stefano Tamburin

Docenti: Daniele Battelli, Gianluca Castelnuovo, Magdalena Kocot-Kępska, Bart Morlion, Daniela Viorica Mosoiu, Jesus De Santiago



**IASP 2026 WORLD
CONGRESS ON PAIN**

Bangkok, Thailand • 26-30 October



www.aisd.it

