

# DOLORE DAC AGGIORNAMENTI CLINICI





Dal 1976 impegnata nello studio e nella cura del dolore



ORGANO UFFICIALE DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LO STUDIO DEL DOLORE

N. 4/2024 - Online: dicembre 2024

**Comitato scientifico:** il Consiglio Direttivo AISD  
**Direttore responsabile:** Giustino Varrassi  
**Coordinamento editoriale:** Lorenza Saini  
**Grafica e impaginazione:** Osvaldo Saverino

**Trimestrale**

Prima Reg. Trib. dell'Aquila n. 335/97  
Seconda Reg. Trib. dell'Aquila n. 571 del 18/12/2007

**Associazione Italiana Studio del Dolore**

Sede legale: Via Tacito, 7 - 00193 Roma  
info@aisd.it - www.aisd.it

© Copyright 2024 Associazione Italiana Studio del Dolore

05

### Dall'European Journal of Pain

Il dolore è mai accettabile? Un'esplorazione qualitativa sul dolore cronico riguardante le percezioni degli adulti

HANAA KAHTAN, ABBIE JORDAN, PATRICE FORGET

20

La multidisciplinarietà, l'interdisciplinarietà e la transdisciplinarietà in terapia del dolore

ANTONIO GIOIA

26

Curare il dolore cronico: il percorso ad ostacoli del paziente da uno specialista all'altro

DALLA REDAZIONE

29

Un nuovo approccio per la gestione della fibromialgia: il progetto INTEGRO

INTERVISTA AL PROF. VITTORIO SCHWEIGER E ALLA PROF. LIDIA DEL PICCOLO

32

### Pubblicazioni soci

38

### Bando Fondazione Francesco Della Valle

41

Verona EFIC Pain School 2024: tre giornate di studio sulle caratteristiche psicologiche del dolore

STEFANO TAMBURIN, MIRIANA MARIA BRESSAN

43

### Calendario eventi patrocinati AISD

44

### Eventi

49

### Notizie

54

### In memoriam

Giampaolo Pinato ed Ezio Storelli

55

### I pazienti ci chiedono

La "magia" dell'idroterapia

Il punto di vista del paziente, il punto di vista del medico

58

### I pazienti raccontano

L'importanza di riuscire ad essere felici



# 48°

CONGRESSO  
NAZIONALE

# AISD

ASSOCIAZIONE ITALIANA  
PER LO STUDIO DEL DOLORE

# Torino

**25-27**

**SETTEMBRE**

**2025**



CENTRO CONGRESSI LINGOTTO

SEGRETERIA SCIENTIFICA



**AISD** Associazione Italiana  
per lo studio del dolore ETS  
[www.aisd.it](http://www.aisd.it) - [info@aisd.it](mailto:info@aisd.it)

PROVIDER ECM  
E AGENZIA ORGANIZZATIVA



Planning Congressi Srl  
T. 051300100 | [www.planning.it](http://www.planning.it)

Project Manager:  
Ramona Cantelli T. 340 4571253  
[r.cantelli@planning.it](mailto:r.cantelli@planning.it)

Contatti Sponsor:  
Cristina Uzzo T. 340 3631931  
[c.uzzo@planning.it](mailto:c.uzzo@planning.it)

# Il dolore è mai accettabile? Un'esplorazione qualitativa sul dolore cronico riguardante le percezioni degli adulti

Hanaa Kahtan<sup>1</sup> | Abbie Jordan<sup>1,2</sup> | Patrice Forget<sup>3,4,5,6</sup>

<sup>1</sup> Department of Psychology, University of Bath, Bath, UK

<sup>2</sup> Centre for Pain Research, University of Bath, Bath, UK

<sup>3</sup> Institute of Applied Health Sciences, Epidemiology Group, School of Medicine, Medical Sciences and Nutrition, University of Aberdeen, Aberdeen, UK

<sup>4</sup> Department of Anaesthesia, NHS Grampian, University of Aberdeen, Aberdeen, UK

<sup>5</sup> Pain and Opioids after Surgery (PANDOS) ESAIC Research Group, European Society of Anaesthesiology and Intensive Care, Brussels, Belgium

<sup>6</sup> IMAGINE UR UM 103, Anesthesia Critical Care, Emergency and Pain Medicine Division, Nimes University Hospital, Montpellier University, Nimes, France

## Corrispondenza

Patrice Forget, Institute of Applied Health Sciences, Epidemiology Group, School of Medicine, Medical Sciences and Nutrition, University of Aberdeen, Aberdeen, UK.

Email: [forgetpatrice@yahoo.fr](mailto:forgetpatrice@yahoo.fr) and [patrice.forget@abdn.ac.uk](mailto:patrice.forget@abdn.ac.uk)

## Abstract

**Background:** Sebbene le sfide del vivere con dolore cronico siano ampiamente documentate all'interno della letteratura esistente, a nostra conoscenza l'accettabilità del dolore per le persone che vivono con dolore persistente non è stata esplorata completamente. Il presente studio mira a esplorare cosa significa "dolore accettabile" per gli adulti che vivono con dolore cronico non oncologico (CPCP).

**Metodi:** Un totale di 117 partecipanti (di età compresa tra 21 e 77 anni) sono stati reclutati in tutto il mondo utilizzando il campionamento di opportunità. I partecipanti hanno completato un sondaggio qualitativo on line. Analisi quantitativa dei dati ha utilizzato l'analisi tematica riflessiva induttiva.

**Risultati:** Sono stati creati due temi: Il primo tema "Sorridente e sopporto", descriveva il desiderio e la spinta dei partecipanti a superare il loro dolore per vivere la loro vita quotidiana al meglio delle loro capacità. Al contrario, il secondo tema "Prosperare o sopravvivere", attribuiva maggiore importanza al condurre una vita rilevante e felice nonostante la convivenza con il dolore cronico. L'accettabilità del dolore è risultata influenzata da vari fattori tra cui, ma non solo, la gravità del dolore, la salute mentale, la funzionalità, la produttività e la qualità della vita.

**Conclusioni:** Può essere difficile identificare dalle scale numeriche di valutazione del dolore quando si è verificato un cambiamento clinicamente significativo nel dolore. Abbiamo identificato due temi e una serie di fattori che influenzano l'accettabilità del dolore. Comprendere le percezioni particolari degli individui di ciò che costituisce 'dolore accettabile' è cruciale per i medici quando si tratta di valutare e gestire il dolore cronico. Il dolore è un'esperienza altamente soggettiva e ciò che una persona considera accettabile può differire significativamente dalla prospettiva di un'altra persona. Vengono proposte raccomandazioni per migliorare i servizi sanitari per gli adulti che vivono con CNCP e vengono esplorate le direzioni per la ricerca futura.

**Significato:** Gli adulti con CNCP hanno esperienze particolari di convivenza e gestione del loro dolore cronico. È stato scoperto che il CNCP influenza gli aspetti biologici, psicologici e sociali della vita di un individuo. L'accettabilità del dolore esiste su un continuum in cui le parti adiacenti non sono notevolmente diverse tra loro, ma gli estremi del continuum appaiono molto distinti. L'accettabilità del dolore è determinata dai diversi fattori che influenzano la capacità di un individuo di operare quotidianamente così come la sua qualità di vita. Mentre il dolore accettabile ed il dolore gestibile rappresentano aspetti distinti dell'esperienza dolorosa, la relazione tra loro è complessa e gioca un ruolo cruciale nel modo in cui gli individui affrontano e si adattano al dolore cronico.

## 1 | INTRODUZIONE

Il dolore cronico è un'esperienza comune, con una revisione sistematica che mostra che il 35%-51% degli adulti nel Regno Unito sono affetti da dolore cronico (Fayaz et al., 2016). Per molti, il dolore cronico influisce sulla loro qualità di vita (Dueñas et al., 2016; Miller & Kaiser, 2018), incidendo sulle attività quotidiane, sulla vita sociale, sulle relazioni personali e sull'occupazione (Fine, 2011; McHugh & Thoms, 2001; Mills et al., 2016., Reid et al., 2011). Dato l'impatto ampio e deleterio del dolore cronico, non sorprende che le persone siano motivate a ridurre il loro dolore. Sebbene sia auspicabile, per alcune persone può essere irrealizzabile ottenere una completa eliminazione del dolore cronico. In tali casi gli individui in genere mirano a ridurre al minimo la difficoltà di operare nella loro vita quotidiana, spesso attraverso l'uso di farmaci antidolorifici, che possono in seguito avere come risultato persone che bilanciano gli effetti collaterali indotti dai farmaci antidolorifici in modo da ottenere lo scopo di completare le attività quotidiane (Pembroke, 2003; Vowles et al., 2014).

Quando è difficile alleviare direttamente il dolore, i modi di trattarlo hanno iniziato a recepire idee sull'accettazione del dolore, riconoscendo che è stato scoperto che il punto di vista ed i sentimenti delle persone nei confronti del loro dolore determinano il loro comportamento e di conseguenza gli esiti del dolore. (Gauntlett-Gilbert & Brook, 2018; Linton & Shaw, 2011; McCracken et al., 2004; Waddell, 2004). Ad esempio, nel contesto della Terapia dell'Accettazione e dell'Impegno (ACT), accettazione significa "contattare attivamente le esperienze psicologiche – direttamente, pienamente e senza difese inutili – comportandosi in modo efficace" (Hayes et al., 1966). Questo approccio mette in discussione la relazione tra intensità del dolore e disabilità sostenendo che l'impegno in attività di valore personale, piuttosto che battaglie infruttuose per il controllo del dolore è una strategia più efficace per ridurre la disabilità (Vowles et al, 2014).

Inoltre una revisione sistematica che esplora le aspettative dei pazienti nel trattamento del dolore cronico, ha messo in evidenza che quando le aspettative e la realtà di un individuo sono disperate, questo può influire sulla sua soddisfazione quindi sulla sua qualità di vita (Guerts et al., 2017). L'adozione di un tale punto di vista ci consentirebbe di sostenere che si potrebbe essere in grado di migliorare la qualità della vita degli individui che vivono con dolore cronico minimizzando la differenza tra le loro aspettative e la realtà relativa alla loro esperienza di dolore e disabilità associata (Zelman et al., 2004). Per facilitare tale spiegazione è imperativo esplorare ciò che gli individui con dolore cronico considerano esiti sfavorevoli mentre vivono con il dolore cronico.

L'attuale ricerca si basa sull'idea che, sebbene il dolore possa essere gestibile, non significa necessariamente che sia accettabile per l'individuo (Forget et al., 2023). L'idea dell'accettabilità del dolore è nuova. Il lavoro iniziale in quest'area è stato condotto da Zelman et al. (2004) il cui lavoro ha esplorato quali risultati quotidiani nella gestione del dolore erano desiderabili per i pazienti che vivono con il dolore cronico. Il termine 'dolore accettabile' è stato ritenuto inappropriato dai partecipanti poiché non affrontava le significative sfide deleterie associate alla convivenza con il dolore cronico nella loro vita. I partecipanti erano più a loro agio nel descrivere 'giorni inaccettabili' che includevano effetti collaterali dei farmaci, nonché disabilità fisiche, sociali o emotive. Tuttavia, tali risultati non significano che i partecipanti considerassero accettabile la loro esperienza di dolore. Sappiamo ancora molto poco su cosa significhi dolore accettabile per gli adulti che vivono con il dolore cronico non oncologico (CNCP) e per colmare questa lacuna di conoscenza, è imperativo adottare un approccio idiografico allo studio della 'accettabilità' del dolore cronico per gli individui, che ci consenta di comprendere le sfumature relative alle diverse percezioni al riguardo.

Lo scopo di questo studio è quello di esplorare le percezioni degli adulti che vivono con CNCP riguardo

all'accettabilità del dolore. Per raggiungere quest'obiettivo viene presentata la seguente domanda di ricerca: "Cosa significa il termine "dolore accettabile" per gli adulti che vivono con dolore cronico non oncologico?".

## 2 | METODI

### 2.1 | Progetto dello studio

Questo studio comprende un'indagine qualitativa (Braun et al., 2020; Terry et al., 2017). Un approccio qualitativo consente di esplorare in profondità il significato dei dati, fornendo quindi preziose informazioni sulle esperienze soggettive, le pratiche e le posizioni dei partecipanti (Braun & Clarke, 2013). L'uso di un sondaggio qualitativo ha permesso ai partecipanti di rispondere liberamente utilizzando le proprie parole, catturando così sfumature del linguaggio e della terminologia (Braun et al., 2020). Inoltre, rispetto ad altri metodi qualitativi di raccolta dei dati, quali interviste e focus group, le indagini on-line facilitano la raccolta di dati qualitativi da campioni più grandi e sono particolarmente utili per nuove aree di ricerca (Toerien & Wilkinson, 2004), come l'accettabilità del dolore cronico.

Inoltre, un'indagine qualitativa è stata particolarmente appropriata in questo studio, poichè la natura anonima della compilazione consente la divulgazione di informazioni sensibili (Braun et al., 2020; Braun & Clarke, 2013), rivelandosi utile per esplorare idee contestate come l'accettabilità del dolore (Zelman e al., 2004).

### 2.2 | Reclutamento

I partecipanti sono stati reclutati attraverso vari canali di social media (ad es. Twitter, Facebook e LinkedIn) e piattaforme di ricerca (per es. SurveyCircle e il 'Research Community Participation Panel' presso l'Università di Bath). I potenziali parte-

cipanti hanno ricevuto un link al sondaggio tramite Qualtrics (2021), che li ha indirizzati a una scheda informativa dettagliata e a un modulo di consenso reso disponibile su Qualtrics. I dettagli di contatto dei ricercatori sono stati anche messi a disposizione dei partecipanti tramite il sondaggio, in caso di ulteriori domande. Ai partecipanti è stata offerta l'opportunità di partecipare a un sorteggio per vincere uno dei due buoni Amazon da 25 sterline, come incentivo a partecipare allo studio.

### 2.3 | Partecipanti

Per essere idonei a partecipare al sondaggio online, i partecipanti dovevano avere almeno 18 anni e aver vissuto esperienze di dolore cronico (3 mesi o più di dolore intermittente o continuo). L'indagine era disponibile a livello internazionale. I partecipanti idonei erano inoltre tenuti ad avere accesso a Internet per completare il sondaggio on-line. I criteri di esclusione includevano il non capire o parlare inglese, avere un grave disturbo della salute mentale (es. schizofrenia) e/o provare dolore maligno (es. dolore correlato a un cancro).

Il campione finale utilizzato in questo studio comprendeva 117 adulti (97 donne, 16 uomini e 4 non binari).

I partecipanti avevano un'età compresa tra 21 e 77 anni ( $M = 48,0$  anni,  $SD = 14,2$ ).

Novantacinque partecipanti hanno dichiarato di aver ricevuto una diagnosi per il dolore cronico e hanno citato una serie di condizioni di dolore cronico come la fibromialgia, l'artrite, la sindrome dolorosa regionale complessa e l'emicrania cronica (Tabella 1). Ventidue partecipanti hanno riferito di non aver ricevuto una diagnosi di dolore cronico.

I partecipanti hanno riferito di aver sperimentato dolore cronico che variava tra 6 mesi e 53 anni ( $M = 12,0$  anni,  $SD = 11,4$ ). La tabella 2 presenta i dettagli demografici dei partecipanti inclusi in questo studio.

**TABLE 1** Participant pain characteristics.

Chronic pain disorder <sup>a</sup>	n (%)
Fibromyalgia	42 (35.90)
Arthritis	9 (7.70)
Complex Regional Pain Syndrome	18 (15.38)
Chronic migraine	3 (2.56)
Spine or disc problems	15 (12.82)
Neuropathic pain	5 (4.27)
Osteoarthritis	9 (7.69)
Shoulder pain	3 (2.56)
Rheumatoid arthritis	5 (4.27)

<sup>a</sup>35 participants reported multiple types of chronic pain and 22 participants did not receive a chronic pain diagnosis.

## 2.4 | Materiali (indagine)

L'indagine qualitativa comprendeva 21 domande ed era divisa in tre sezioni principali, la prima delle quali comprendeva domande sulle informazioni demografiche specifiche. La seconda sezione poneva ai partecipanti domande generali sul loro dolore come "Come è iniziato il tuo dolore?" e "Quanto spesso provi dolore cronico?". Il resto del sondaggio ha chiesto ai partecipanti di fornire risposte testuali libere a domande sulle loro esperienze di convivenza e gestione del dolore cronico, come "Quando il tuo dolore non è accettabile per te?" Gli elementi completi dell'indagine qualitativa sono riportati nella Tabella 3.

## 2.5 | Procedura

Questo studio ha ricevuto l'approvazione etica dal Comitato Etico della Ricerca in Psicologia (PREC) del Dipartimento di Psicologia dell'Università di Bath. I partecipanti sono stati reclutati attraverso vari canali di social media (ad es. Twitter, Facebook e LinkedIn) e piattaforme di ricerca (per es. SurveyCircle e il 'Research Community Participation Panel' presso l'Università di Bath). Nell'annuncio dello studio, ai potenziali partecipanti è stato fornito un link al sondaggio tramite il software di indagine Qualtrics (2021), che li ha indirizzati ad un foglio

**TABLE 2** Participant socio-demographic information.

Age (years)	
Mean (range)	48.04 (21–77)
SD	14.15 years
Gender (n, %)	
Female	97 (82.91)
Male	16 (13.68)
Non-binary	4 (3.42)
Ethnicity (n)	
White	108
Black, African, Caribbean or Black British	1
Asian or Asian British	2
Mixed or multiple ethnic groups	4
Native American	1
Other	1
Relationship status (n, %)	
Single	24 (20.51)
Married/civil partnered/co-habiting	78 (66.66)
Divorced	11 (9.4)
Widowed	4 (3.42)
Education (n, %)	
No formal education	7 (5.98)
Some college, no degree	54 (46.15)
Bachelor's degree	29 (24.79)
Master's degree	15 (12.82)
Professional degree/Doctorate	12 (10.265)
Employment status (n, %)	
Employed full-time	26 (22.22)
Employed part-time	18 (15.38)
Unemployed looking for work	2 (1.71)
Unemployed not looking for work	4 (3.42)
Self-employed	5 (4.27)
Student	5 (4.27)
Homemaker	6 (5.13)
Retired	20 (17.09)
Disabled	31 (26.50)
Experience of chronic pain (n, %)	
All the time	78 (66.67)
Daily	30 (25.64)
Several times a week	6 (5.13)
Several times a month	3 (2.56)
Duration experiencing chronic pain (years)	
Mean (range)	12.82 (0.5–53.08)
SD	11.43
Current pain intensity (M out of 10, SD)	6.23 (2.14)

informativo dettagliato ed al modulo di consenso.

I partecipanti hanno potuto accedere al sondaggio solo dopo aver letto la scheda informativa online e aver approvato tutte le dichiarazioni di consenso. In caso contrario, i ricercatori sono stati reindirizzati a una pagina separata con i loro dati di contatto.

Le coordinate dei ricercatori sono state messe anche a disposizione dei partecipanti tramite il sondaggio in caso di ulteriori domande dopo la loro partecipazione, insieme ad alcune informazioni di debriefing con dettagli sulle fonti di supporto ed ulteriori informazioni.

### 2.5.1 | Analisi dei dati

I dati sono stati analizzati utilizzando l'analisi tematica riflessiva induttiva (Braun & Clarke, 2006, 2019). L'analisi tematica riflessiva è stata utilizzata con successo per analizzare i dati delle indagini qualitative (Frances et al., 2023; Gledhill et al., 2023). La capacità di generare temi attraverso i dati senza la necessità di ricerche esistenti rende l'analisi tematica un metodo utile per aree poco studiate (Braun & Clarke, 2006) come l'accettabilità del dolore. L'analisi tematica riflessiva, quindi, ha facilitato un approccio 'bottom-up' all'analisi, in cui i codici e i temi identificati non erano guidati da strutture di codifica preesistenti (Braun & Clarke, 2019). I dati del sondaggio sono stati trasferiti da Qualtrics (2021) in file di documento Word separati dove i dati sono stati analizzati in modo iterativo. L'analisi dei dati ha seguito le sei fasi di codifica e sviluppo tematico coinvolti nell'analisi tematica riflessiva.

La fase 1 ha comportato la familiarizzazione iterativa dei dati mediante lettura e riletture delle risposte al sondaggio. La fase 2 ha comportato l'esame dei dati riga per riga e la creazione di codici semantici per aiutare a identificare i modelli e i temi nei dati. La fase 3 ha comportato il raggruppamento di codici simili e pertinenti in possibili temi. Le mappe tematiche sono state utilizzate per facilitare l'identifica-

zione delle relazioni esistenti tra i temi. La codifica iniziale e l'identificazione dei temi sono state effettuate dal primo autore (HK). Nella fase 4, i temi provvisori sono stati rivisti e perfezionati in sottotemi sotto temi generali per produrre una 'storia' generale di ciò che significa 'dolore accettabile' per le persone che vivono con CNCP. Nella fase 5 sono stati definiti i nomi dei temi e alcuni di essi sono stati ridefiniti per fornire una definizione concisa che distingueva chiaramente tra i temi. Gli autori AJ e PF sono stati consultati e interrogati durante l'analisi per discutere lo sviluppo e l'interpretazione dei temi. AJ (un ricercatore qualitativo esperto che ha precedentemente utilizzato l'RTA per analizzare i dati delle indagini qualitative) ha fornito indicazioni sui temi finali e sulla loro presentazione. I temi sono stati anche discussi in modo iterativo all'interno del gruppo di autori fino a quando non è stato raggiunto un accordo. Infine nella fase 6 sono stati utilizzati estratti delle risposte dei partecipanti per supportare i temi identificati, con HK che ha preso l'iniziativa ed ha ricevuto contributi sostanziali da AJ e PF.

### 2.5.2 | Stabilire il rigore dell'analisi qualitativa

Per tutta la durata dello studio, ci siamo concentrati sulla conduzione di una ricerca rigorosa e di alta qualità. In primo luogo, ci siamo concentrati sulla credibilità che considera la misura in cui la ricerca indaga ciò che intendeva e riflette la realtà sociale dei suoi partecipanti (Maher et al., 2018). La credibilità è stata in parte raggiunta grazie ai contributi dei coautori nel corso dello studio. La conformabilità assicura che i nostri risultati siano fondati sui dati e viene dimostrata in questo studio attraverso l'inclusione di una serie di citazioni nel pool dei partecipanti (Maher et al., 2018; Shenton, 2004). Inoltre, attraverso regolari riunioni di supervisione e discussioni, tutti gli autori concordano sul fatto che le analisi sono basate sui dati. La affidabilità consiste nel

**TABLE 3** Survey questions for adults with chronic non-cancer pain.

Question number	Question and prompt
1	How would you describe your gender? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Male</li> <li>• Female</li> <li>• Non-Binary</li> <li>• Prefer not to say</li> <li>• Other (please specify below)</li> </ul>
2	How old are you?
3	What is your ethnicity? <ul style="list-style-type: none"> <li>• White</li> <li>• Mixed or Multiple ethnic groups</li> <li>• Asian or Asian British</li> <li>• Black, African, Caribbean or Black British</li> <li>• Other/prefer to self-describe (please specify below)</li> </ul>
4	What country do you live in?
5	What is your present relationship status? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Single</li> <li>• Married/civil partnered/co-habiting</li> <li>• Divorced</li> <li>• Widowed</li> </ul>
6	What is the highest degree or level of education you have completed?
7	What is your current employment status? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Employed full-time</li> <li>• Employed part-time</li> <li>• Unemployed and currently looking for work/ unemployed and not currently looking for work</li> <li>• Self-employed</li> <li>• Student</li> <li>• Homemaker</li> <li>• Unable to work</li> <li>• Retired</li> </ul>
8	Have you received a diagnosis for chronic pain? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Yes</li> <li>• No</li> </ul>
9	If you selected yes, what is the diagnosis you received for your chronic pain? (e.g. fibromyalgia, Complex Regional Pain Syndrome [also known as Reflex Sympathetic Dystrophy or causalgia])
10	How often do you experience chronic pain? <ul style="list-style-type: none"> <li>• All the time. I am never pain free</li> <li>• Daily</li> <li>• Several times a week</li> <li>• Several times a month</li> </ul>
11	How long have you experienced chronic pain?
12	How did your pain start?
13	What is your pain like now?
14	How often do you use painkillers? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Multiple times a day</li> <li>• Everyday</li> <li>• Several times a week</li> <li>• Several times a month</li> <li>• Once/twice a month or less</li> <li>• Never</li> </ul>

**TABLE 3** (Continued)

Question number	Question and prompt
15	Using the numerical rating scale below where 0 = no pain and 10 = the worst pain imaginable, what is your pain intensity on average?
16	Thinking about your experience of pain, what does the term 'acceptable pain' mean to you?
17	Thinking about your experience of pain, what does the term 'manageable pain' mean to you?
18	Thinking about your own experience of pain, what are the most important differences between pain being <i>manageable</i> to you and pain being <i>acceptable</i> to you?
19	When is your pain <u>NOT</u> acceptable to you?
20	When is your pain <u>NOT</u> manageable to you?
21	Please tell me about anything else you feel is important about the ideas of manageable and acceptable pain

descrivere la ricerca in modo sufficientemente dettagliato da consentire ad altri ricercatori di ripetere il lavoro (Maher et al., 2018). Siamo stati in grado di raggiungere l'affidabilità fornendo un resoconto dettagliato del processo analitico.

Inoltre, riconoscere e affrontare l'influenza delle interpretazioni dei ricercatori è fondamentale per fornire credibilità e affidabilità ai dati analizzati e al processo di interpretazione (Braun & Clarke, 2021; Johnson et al., 2020).

Per quanto riguarda la riflessività, i ricercatori vorrebbero riconoscere come il loro background e le proprie esperienze possano aver influenzato l'analisi dei dati (Braun & Clarke, 2021). In primo luogo, il co-autore AJ ha una vasta esperienza nello studio scientifico del dolore cronico pediatrico e dell'impatto che esso ha sui giovani e sulle famiglie. Il co-autore PF ha anche lavorato per molti anni nel campo del dolore ed è coinvolto nella ricerca clinica, principalmente focalizzata sul dolore, sull'epidemiologia peri-operatoria e farmacologia clinica.

### 3 | RISULTATI

I dati dell'indagine dei 117 partecipanti sono stati analizzati utilizzando l'analisi tematica riflessiva induttiva per esplorare ciò che il termine 'dolore

accettabile' significati per gli adulti che vivono con CNCP. Le percezioni dei partecipanti sono state interpretate e concettualizzate all'interno di due temi: (1) "Sorridente e sopportivo" e (2) Prosperare versus sopravvivere. Di seguito, i temi sono approfonditi utilizzando citazioni come esempi per la nostra interpretazione dei dati. I numeri dei partecipanti vengono utilizzati al posto dei nomi dei partecipanti per mantenere la riservatezza dei partecipanti.

### 3.1 | Tema uno: "Sorridente e lo sopportivo"

Questo tema descrive il modo in cui gli individui spingono attraverso il loro dolore per "andare avanti con le cose." (Partecipante 70). Il dolore accettabile non ha ostacolato la capacità di dei partecipanti di funzionare ed è stato generalmente descritto come "vivibile ma fastidioso." (Partecipante 38). Tuttavia, c'era una passività percepita nella rappresentazione del dolore accettabile dove è stato descritto come: "...qualcosa che devo tollerare." (Partecipante 48). Per alcune persone, semplicemente la gravità del loro dolore sembrava determinare la sua accettabilità. "Il dolore che è tollerabile." (Partecipante 29), sebbene non sia l'ideale, riflette ciò che gli individui considerano una aspettativa realistica di dolore accettabile quando il loro dolore è cronico. Il tema attuale esplora i vari modi in cui i partecipanti descrivono livelli di dolore che essi percepiscono come gestibili e, come tali, accettabili:

Il dolore di fondo (fino ad un 6 [su 10] è un po' così com'è, quindi in un certo senso immagino che sia diventato accettabile.

(Partecipante 21)

Per via della cronicità del loro dolore e della necessità di riadattare ciò che è ora accettabile per loro, alcuni partecipanti hanno descritto una nuova linea di base per il loro dolore. Gli adulti hanno riferito di aver bisogno di imparare ad adattarsi alla loro condizione,

influenzando di conseguenza la quantità di dolore che sono ora disposti ad accettare giorno per giorno. Un linguaggio passivo, come 'così com'è' denota un'accettazione della cronicità della loro condizione. Per alcuni, abbracciare un senso di accettazione della realtà e della longevità del loro dolore ha cercato di ridurre i sentimenti di inadeguatezza e angoscia:

Alla fine sono arrivato ad un punto di accettazione; non posso fare nulla per alleviarlo [dolore] e ho dovuto accettare che alcuni giorni ho bisogno di stare a letto e permettere al mio corpo di riposare. Ora capisco che arrabbiarmi, rattristarmi o sentirmi frustrato non mi aiuterà e mi farà solo sentire peggio.

(Partecipante 101)

Le persone hanno sottolineato che l'accettazione del dolore non è sinonimo di dolore accettabile.

In effetti, per il partecipante che segue, queste due idee sono notevolmente diverse, focalizzandosi più sulla descrizione dell'accettazione del dolore sotto forma di aspettative di dolore piuttosto che della sua accettabilità:

Ritengo che il termine 'accettabile' sia molto inappropriato per qualcuno che lotta con il dolore cronico. Nessun dolore è accettabile. Tuttavia, una persona con dolore cronico può scegliere di accettare un certo livello di dolore se non ha scelta... Coloro che dicono di avere livelli accettabili di dolore possono usare questo termine per indicare il 'minimo dolore che posso aspettarmi con una condizione come la mia.

(Partecipante 66)

Diversi partecipanti credevano che il termine 'accettabile' diminuisse la gravità del dolore che provavano. Nonostante la critica nei confronti della terminologia, associare il dolore accettabile con il 'minimo

dolore' possibile era un sentimento condiviso da molti partecipanti. Mentre la caratterizzazione del dolore accettabile variava spesso nelle risposte dei partecipanti, un risultato coerente all'interno della narrazione era che quando il dolore ha superato il limite di ciò che può essere tollerato, è stato inequivocabilmente considerato inaccettabile:

Il dolore può essere così insopportabile che non so cosa fare con me stesso. Allora è assolutamente inaccettabile e tutto ciò che voglio è aiuto per farlo andare via.

(Partecipante 3)

Molti partecipanti hanno accettato che alleviare il loro dolore non è sempre possibile, e quindi hanno scelto di concentrarsi sugli aspetti della loro vita che erano maggiormente sotto il loro controllo. Le persone, quindi, hanno espresso l'importanza di essere in grado di ignorare il proprio dolore in modo tale che non fosse il centro della loro consapevolezza, ma fosse vissuto al margine:

Su base giornaliera, non è accettabile quando non riesco più a distrarmi ed è questa l'unica cosa.

(Partecipante 21)

Accettabile per me .... è quando tutto va bene, non ho bisogno di prendere farmaci e non è il mio principale obiettivo è solo un fastidio nel contesto della mia giornata.

Gestibile è quando è molto doloroso, ma posso usare i farmaci e passare alle tecniche per fare ciò che devo fare durante la mia giornata.

(Partecipante 45)

Ciò evidenzia come il dolore intenso, ritenuto inaccettabile, possa ancora essere gestibile diminuendo

la gravità del dolore ad un livello accettabile in cui un individuo è ancora in possesso delle sue facoltà.

Il grado di interruzione della vita di un individuo sembrava essere un fattore determinante, significativo dell'accettabilità del dolore. Molti partecipanti hanno riferito che il loro dolore interrompeva i loro desideri e la capacità di andare avanti con la vita e di svolgere attività significative.

Il dolore inaccettabile era spesso associato alla perdita di funzione, derivante da livelli di dolore percepiti come insopportabili.

Gli individui hanno riferito di aver bisogno di livelli tollerabili di dolore per mantenere l'operosità:

Il dolore accettabile, per me, significa l'intensità di un'esperienza dolorosa in cui posso ancora operare per lo più normalmente. Un luogo dove il dolore esiste ma non mi impedisce di partecipare alle mie attività quotidiane.

(Partecipante 72)

I partecipanti hanno dimostrato la loro perseveranza nel "continuare con la vita" (Partecipante 23) nonostante il loro dolore, che è intrinsecamente percepito come spiacevole, ma non così spiacevole da limitare i lavori quotidiani. Tuttavia, mentre il dolore inizialmente può essere stato abbastanza accettabile per svolgere compiti quotidiani, le persone che si sono esercitate fisicamente hanno trovato che hanno solo esacerbato il loro dolore in seguito:

Accettabile può andar bene per alcune ore, ma di solito allora si pagherà per i prossimi giorni/settimane.

(Partecipante 59)

Qui, l'accettabilità del dolore sembra essere determinata dalla sua longevità. Ad esempio, mentre il dolore possa essere stato gestibile in breve tempo, è inaccettabile a causa dell'effetto a lungo termine che ha.

Inoltre, si ritiene che l'accettabilità del dolore sia legata al tempo che alla situazione, suggerendo che le percezioni dell'accettabilità del dolore possono variare a seconda che il dolore di un individuo abbia superato il livello di "dolore basale" che gli individui sono disposti a tollerare e, quindi, ad accettare. È interessante notare, che alcune persone erano disposte a pagare per l'efficienza con un aumento del dolore il giorno successivo sulla base che "viene col fare queste cose." (Partecipante 3). Contrariamente alle conclusioni precedenti, qui il dolore elevato è stato ritenuto accettabile in quanto è stato utile ad uno scopo e non è, quindi, in qualche modo, senza beneficio:

Per me il dolore accettabile è quando so di aver fatto troppo e ne sto pagando il prezzo. Sto 'accettando' di avere dolore se voglio fare qualcosa come il giardinaggio o la decorazione. Viene facendo queste cose. Ho dovuto fare i conti con il fatto che la mia sofferenza aumenterà per soddisfare il mio bisogno di fare le cose.

(Partecipanti 3)

In questo caso, il fattore determinante per l'accettabilità del dolore, indipendentemente dalla gravità del dolore, sembra essere la produttività. Pertanto, per alcuni, il dolore esacerbato era accettabile, ma solo se permetteva l'efficienza. In assenza di questo compromesso, le persone hanno utilizzato vari metodi per gestire la loro gravità e riportarla a un livello accettabile in cui possono ancora funzionare nella loro vita quotidiana:

Trovo che il peggio (rendendolo inaccettabile) è se non riesco a rilassarmi o dormire a causa del dolore... questo è il momento in cui non riesco affrontarlo e mi sento abba-

stanza turbato. È stato quando sono andato a vedere i medici per il dolore, quando stava interrompendo il mio sonno ed il benessere.

(Partecipante 38)

Molti adulti hanno gestito il loro dolore attraverso il sonno, poiché offriva una tregua temporanea dal dolore continuo. Quando il dolore non è a un "livello sopportabile" (Partecipante 4), ed è quindi inaccettabile, un partecipante ha descritto di aver sentito "il bisogno di riposare e sperare di dormire per sfuggirgli". (Partecipante 4). Al contrario, non tutti condividevano questo sentimento di funzionalità che aveva la precedenza nell'accettabilità del dolore:

Quando penso a "dolore accettabile", penso più all'accettazione di questo dolore che è nella mia vita, e la mia vita è preziosa quanto quella di chiunque altro, il mio valore non dipende da ciò che produco, e ho molti momenti di felicità, gioia e appagamento.

(Partecipante 21)

L'apprezzamento che "il mio valore non dipende da ciò che produco" (Partecipante 21) mette in discussione l'importanza che alcuni adulti attribuiscono all'essere "un membro produttivo della società" (Partecipante 43) nel tema attuale. Il Partecipante 21 esemplifica come gli individui possano coltivare una prospettiva positiva concentrandosi sulle loro identità personali e sulle cose che danno senso e scopo alla loro vita. Ciò evidenzia il paradosso di speranza e disperazione che può esistere quando si vive con dolore cronico. Il tema attuale "Sorridente e lo sopporto" ha dimostrato che il dolore cronico può portare un misto di disagio fisico, stress emotivo e un senso di incertezza sul futuro. Il tema seguente "Prosperare contro sopravvivere" dimostra come bilanciare speranza e accettazione possa essere cruciale per il benessere emotivo degli individui che vivono con dolore cronico.

### 3.2 | Tema due: prosperare versus sopravvivere

Nel tema precedente, le persone hanno messo in evidenza come vivere con il dolore cronico possa portare a sentimenti di frustrazione, tristezza e disperazione per cui l'accettabilità del dolore è associata all'efficienza, alla tollerabilità e al sollievo momentaneo. Tuttavia, nel tema attuale, le persone hanno descritto come siano ancora in grado di mantenere una visione positiva e fiduciosa della vita, nonostante le sfide che devono affrontare, attraverso le relazioni con i propri cari, gli hobby o altre attività che portano gioia e appagamento.

Molti partecipanti hanno mostrato un desiderio di condurre una vita felice e significativa nonostante vivessero con il dolore cronico.

Piuttosto che accettare la mediocrità e la disperazione, gli individui riflettevano e si sono adattati alle loro circostanze, esprimevano momenti di soddisfazione e di sollievo e rimanevano ottimisti riguardo al loro futuro. I criteri per il dolore accettabile per gli individui nel tema attuale, quindi, si estendono oltre il semplice affrontare o sopravvivere:

Tutto quello che voglio davvero è avere di nuovo un dolore accettabile. La differenza è totale. È la differenza tra avere una vita e semplicemente trascinarsi in un'esistenza quotidiana.

(Partecipante 25)

L'immagine animale rappresentata in 'trascinarsi' denota profondi sentimenti di disperazione, sconforto e sconfitta associati a un dolore inaccettabile. Qui, la differenza tra dolore accettabile e dolore inaccettabile è tra quello di vivere una vita significativa e semplicemente sopravvivere. Per alcuni individui, limitarsi a superare il dolore non è sufficiente, poiché la qualità della loro vita ha la precedenza nel determinare l'accettabilità del dolore. Questo è affermato in modo potente nel seguente estratto:

Solo perché stiamo gestendo il nostro dolore, non significa che siamo felici del livello di dolore. Mi rifiuto di essere infelice, ma tutti pensano che io sia felice e quindi il mio dolore debba essere insignificante.

Ci sono solo abituato. Ho fatto buon viso a cattivo gioco e questo sembra avere un effetto negativo su come sono percepito.

(Partecipante 67)

Questo evidenzia ancora una volta come l'accettazione del dolore possa essere fraintesa come un dolore accettabile.

Nel loro rifiuto di vivere vite infelici, le persone associavano un dolore accettabile con la capacità di vivere una vita gioiosa e appagante di fronte alle avversità. Per alcuni, questa era la differenza tra dolore accettabile e dolore gestibile:

[Gestibile] significa che posso farcela, ma ancora una volta non vivo la vita al massimo per paura di peggiorarla.

(Partecipante 117)

Ciò suggerisce che, mentre il dolore può essere gestibile, l'incapacità di impegnarsi in attività significative per paura di esacerbare il dolore, rende il dolore inaccettabile. Gli adulti hanno identificato la capacità di avere e mantenere relazioni significative con amici e familiari come una determinante importante per l'accettabilità del dolore:

Sento che il [dolore] accettabile mi permette di... portare mia figlia a fare cose divertenti senza pensare alla mia mano.

(Partecipante 45)

“

Analogamente al tema precedente, per alcuni, lo sforzo eccessivo e “il pagare il prezzo” (Partecipante 3) il giorno successivo con un aumento del dolore erano accettabili se questo era compensato dall'aver avuto un'esperienza piacevole e/o preziosa come risultato:

Trovo che quel livello di dolore sia accettabile anche a causa del piacere che ricevo dall'attività ... Provo più dolore nei giorni in cui vado all'università per studiare. Tuttavia, ottenere la laurea è importante per me ... Il dolore è accettabile a causa dell'importanza che attribuisco alla mia istruzione.

(Partecipante 35)

Qui, il dolore esacerbato è stato considerato accettabile solo se ha consentito la capacità di vivere la vita più pienamente come impegnarsi in un'attività significativa o piacevole. Ciò contrasta con il tema precedente 'Sorrìdo e lo sopporto' in cui le persone consideravano come accettabile un aumento del dolore solo se questo permetteva efficienza e funzionalità. In sostanza, il tema 'Prosperare contro sopravvivere' racchiude il viaggio delle persone con dolore cronico mentre si sforzano non solo di sopportare le sfide ma di impegnarsi attivamente in una vita appagante. Sottolinea l'integrazione di speranza, accettazione e misure proattive per migliorare il benessere emotivo nonostante la vita con dolore persistente.

#### 4 | DISCUSSIONE

Il presente studio ha lo scopo di esplorare cosa significhi 'dolore accettabile' per gli adulti che vivono con CNCP. Un'esplorazione qualitativa delle percezioni degli adulti ha identificato due temi generali che sembrano essere alla base del dolore accettabile: 'Sorrìdo e lo sopporto' e 'Prosperare contro sopravvivere'. Il primo denota un'esistenza passiva in cui gli individui descrivono semplicemente la necessità di farcela, mentre il secondo descrive una realtà più promettente nella quale gli adulti con dolore cronico desiderano condurre una vita felice e significativa nonostante il loro dolore. Questi temi forniscono preziosi spunti sulle speranze e le aspettative individuali degli adulti per quanto riguarda le loro condizioni croniche a lungo termine.

Molti adulti hanno riferito che la gravità del dolore determinava l'accettabilità del loro dolore. Henry et al.

(2017) hanno anche scoperto che il 48% degli individui ha classificato la riduzione della gravità del dolore come priorità assoluta, e Zelman et al. (2004) hanno identificato il sollievo dal dolore come elemento chiave di "una giornata accettabile di controllo del dolore". Inoltre, le sfide associate alla gestione del dolore cronico, mentre si cerca di mantenere l'operosità, sono state documentate nel presente studio e nella letteratura esistente (McCracken & Eccleston, 2005; McHugh & Thoms, 2001; Tul et al., 2011; Zelman et al., 2004). Gli individui hanno riferito che il loro dolore ha un impatto sulla loro vita quotidiana e che hanno bisogno di assumere farmaci per alleviarne la gravità (Reid et al., 2011), o di 'sorrìdere e sopportarlo', una frase utilizzata anche dai partecipanti ad uno studio di Rao et al. (1998).

Avere una buona qualità della vita è stato un altro fattore determinante per l'accettabilità del dolore. Ciò è stato sostenuto da vari fattori come avere obiettivi personali, interessi ed essere in grado di prosperare invece di sopravvivere semplicemente. Gli individui hanno riferito di sentirsi intrappolati e di aver bisogno di una distrazione dal loro dolore. Ciò è in linea con la letteratura esistente in cui i partecipanti si riferivano al loro dolore cronico come a una 'cella di una prigione' in cui avevano bisogno di una 'distrazione' per 'fuggire' da esso (Tul et al., 2011). L'importanza della qualità del sonno riscontrata nel presente studio è anche coerente con i risultati precedenti (Daly-Eichenhardt et al., 2016; Karaman et al., 2014; Zelman et al., 2004) nonché con l'idea che il sonno offra una tregua temporanea dal dolore (Tang et al., 2009). Inoltre, gli adulti hanno riferito che vivere con dolore cronico può avere un impatto sulla loro salute mentale (Ataoglu et al., 2013; Reid et al., 2011) la qual cosa si è anche detto essere inaccettabile.

Mentre i temi identificati nella letteratura precedente coincidono con gli argomenti e le tematiche identificate nel presente studio, il nostro studio offre una visione unica delle sottili differenze tra dolore accettabile e dolore gestibile. Per alcuni partecipanti, il dolore accettabile permette loro di operare senza aiuto e il dolore inaccettabile, ma gestibile, richiede un intervento per alleviare la sua gravità. Per altri, il dolore

accettabile era un dolore gestibile che permetteva loro di svolgere attività significative e utili. Ciò evidenzia l'importanza di una valutazione multidimensionale del dolore e la necessità di esplorare il dolore accettabile come componente separata dal dolore gestibile. Il dolore è un'esperienza così complessa e soggettiva e attualmente i punteggi e le misure quantitative utilizzati da soli possono ignorare le sfumature della sofferenza individuale (Osborn & Rodham, 2010; Stilwell & Harman, 2019). Il nostro studio supporta l'idea che l'integrazione dell'esperienza umana soggettiva è essenziale per una comprensione più completa del dolore. I nostri risultati supportano l'idea che il dolore accettabile non riguarda solo l'intensità; ma come influisce sulla vita quotidiana, la salute mentale e il benessere generale di un individuo. Identificare gli aspetti specifici della vita di un individuo che sono maggiormente influenzati dal dolore può informare interventi mirati e su misura che mirano a raggiungere (almeno) un livello accettabile di dolore e una migliore qualità generale della vita per le persone che vivono con dolore persistente. Inoltre, il nostro studio evidenzia che l'accettabilità e l'accettazione del dolore sono entità correlate ma distinte. La Chapelle et al. (2008) hanno definito l'accettazione del dolore come '...il processo di abbandonare la lotta con il dolore e imparare a vivere nonostante il dolore'. I risultati del nostro studio qualitativo hanno mostrato che l'accettazione del dolore precede e informa l'accettabilità del dolore'. Ad esempio, gli individui che sembravano accettare la cronicità delle loro condizioni erano in grado di articolare chiaramente cosa significasse per loro il dolore accettabile. Questo è stato un risultato coerente all'interno delle narrazioni. Inoltre, i partecipanti che accettavano il loro stato di dolore si concentravano su aspetti più controllabili della loro vita come impegnarsi in attività ricercate e perseguire obiettivi significativi (McCracken et al., 2004). Questi risultati sono supportati da studi che hanno rilevato che l'accettazione del dolore mediava gli effetti dannosi della depressione e dell'ansia (McCracken et al., 2004; Vowles et al., 2008). Ciò evidenzia la necessità di interventi psicologici come l'ACT per promuovere l'accettazione del dolore, nonché di valutazioni complete del dolore che catturino il conte-

sto più ampio e la percezione dell'accettabilità del dolore da parte del paziente. Nell'ACT, l'accettazione non implica la rassegnazione o l'approvazione di esperienze negative; piuttosto, significa la volontà di riconoscerli e di creare spazio per loro. L'obiettivo è quello di promuovere la flessibilità psicologica, consentendo agli individui di rispondere in modo più efficace agli ostacoli della vita (Hayes et al., 2013).

Comprensibilmente, molti partecipanti hanno criticato il termine 'dolore accettabile' in quanto si ritiene che invalidi le esperienze di dolore degli individui e le sfide che devono affrontare. Alcuni individui hanno riferito di non avere avuto altra scelta che accettare il loro dolore, ma si sono rifiutati di descrivere qualsiasi livello di dolore come 'accettabile'. Molti adulti hanno descritto di essere stati ignorati dai professionisti medici che hanno indebolito la gravità dei loro sintomi e credevano che il termine 'dolore accettabile' avrebbe solo esacerbato questo problema. I partecipanti allo studio di Zelman et al. (2004) hanno preferito il termine 'dolore gestibile' in quanto ritenevano che questo riflettesse più accuratamente la realtà della convivenza con il dolore cronico. Tuttavia, le distinzioni riscontrate tra dolore accettabile e dolore gestibile nel presente studio riaffermano la nostra decisione di esplorare questi due concetti separatamente.

In generale, l'accettabilità del dolore sembra esistere su un continuum. Ad esempio, da una parte del continuum è il dolore accettabile. Le persone che a questo punto mentono sono generalmente soddisfatte e felici nella loro vita. Riferiscono di avere una buona salute mentale e di provare un disagio minimo causato dal dolore cronico. Nella fascia media del continuum, gli individui hanno sperimentato di provare un certo disagio e difficoltà a far fronte, ma erano ancora in grado di svolgere le funzioni della vita quotidiana. Alla fine del continuum, gli individui sono incapaci di far fronte al loro dolore e hanno mostrato un significativo deterioramento nei loro pensieri, comportamenti e azioni. Qui il dolore era del tutto inaccettabile. L'ampio modo in cui il dolore accettabile e il dolore inaccettabile sono compresi dagli adulti con dolore cronico evidenzia la necessità di adottare un approccio olistico e centrato sulla persona quando si gestisce questa condizione (Osborn

& Rodham, 2010; Stilwell & Harman, 2019).

I risultati dello studio si sono concentrati sul ruolo dell'individuo in termini di comprensione di ciò che i termini accettabile e gestibile significano nel contesto della convivenza con il dolore cronico. Tuttavia, è importante considerare il ruolo di fattori interpersonali e persino sociali più ampi in risposta alla convivenza con il dolore e ciò che significa per l'individuo. Un modello importante da considerare in questo contesto è il modello sociale della disabilità, che distingue tra invalidità e disabilità, nel quale la prima è intesa come uno stato non normale del corpo piuttosto che un deficit. La disabilità, al contrario, è vista come il risultato di fattori ambientali, sociali e attitudinali che escludono ed emarginano gli individui con menomazioni. Piuttosto che aspettarsi che gli individui con disabilità si adattino alla società, il modello sociale incoraggia gli sforzi per creare una società più inclusiva in cui le persone con disabilità possano partecipare (Goering, 2015; Hogan, 2019). Il presente studio ha rilevato che fattori sociali più ampi, quali l'ambiente domestico e di lavoro, il supporto sociale, l'integrazione sociale, l'assistenza sanitaria fisica e per la salute mentale svolgono un ruolo chiave nel modo in cui il dolore cronico viene vissuto dai singoli individui.

I risultati dello studio si sono concentrati sul ruolo del singolo in termini di comprensione di ciò che i termini accettabili e gestibili significano nel contesto della convivenza con il dolore cronico. Tuttavia, è importante considerare il ruolo di fattori interpersonali e persino sociali più ampi in risposta alla convivenza con il dolore e ciò che significa per l'individuo. Un modello importante da considerare in questo contesto è il modello sociale della disabilità, che distingue tra invalidità e disabilità, nel quale la prima. La disabilità, al contrario, è vista come il risultato di fattori ambientali, sociali e attitudinali che escludono ed emarginano gli individui con menomazioni. Piuttosto che aspettarsi che gli individui con disabilità si adattino alla società, il modello sociale incoraggia gli sforzi per creare una società più inclusiva in cui le persone con disabilità possano partecipare (Goering, 2015; Hogan, 2019). Il presente studio ha rilevato che fattori sociali più ampi, quali l'ambiente domestico e di lavoro, il sostegno sociale, l'integrazione

sociale, le cure sanitarie fisiche e psichiche svolgono un ruolo chiave nel modo in cui i singoli individui sperimentano il dolore cronico.

#### 4.1 | Punti di forza e limitazioni

Lo studio ha adottato un nuovo approccio metodologico per studiare l'argomento, poco studiato ma importante, del dolore accettabile. Questo studio qualitativo fornisce una comprensione dettagliata di quando i cambiamenti nel dolore siano significativi per gli adulti con dolore cronico. Benché l'uso di un sondaggio online con domande a risposte aperte abbia offerto ai partecipanti la flessibilità di esprimere le proprie opinioni in forma anonima, ha impedito ai ricercatori di porre ulteriori domande ai partecipanti per ottenere risposte più dettagliate.

Inoltre, il fatto che siano stati gli stessi intervistati a decidere se partecipare allo studio suggerisce che vi sia un bias di autoselezione nei dati risultanti. Ad esempio, la decisione di un intervistato di partecipare al sondaggio può essere sistematicamente correlata ai fattori che sono alla base dell'accettabilità del dolore. Gli individui che hanno scelto di partecipare non rappresenteranno, quindi, pienamente la popolazione target, limitando così la possibilità di generalizzare i risultati (Lavrakas, 2008). Inoltre, mentre la dimensione del campione per questo studio era relativamente grande, il campione dello studio era dominato dalle donne. Ciò significa che i risultati potrebbero riflettere le percezioni femminili sull'accettabilità del dolore più delle percezioni maschili. Il campione non rappresentato potrebbe, quindi, limitare la generalizzabilità dei risultati dei maschi con dolore cronico.

Sebbene il sondaggio fosse accessibile a livello globale, i partecipanti dovevano comunque avere una conoscenza dell'inglese per partecipare. I risultati possono, quindi, essere rappresentativi solo dei valori culturali occidentali dove c'è una maggiore conoscenza della lingua inglese, che non riflette la diversità delle persone con CNCP. Inoltre, l'attuale studio è limitato dalla rappresentanza di partecipanti non bianchi, dove il 92,3% del campione attuale si identifica come bianco. Gli individui provenienti da altri background culturali

possono avere esperienze prospettive significativamente diverse. Valutare l'esperienza di una gamma più ampia di individui provenienti da contesti diversi può introdurre una maggiore comprensione dell'impatto delle disparità culturali sull'accettabilità del dolore.

## 4.2 | Implicazioni e direzioni future nella ricerca

Vi è un consenso crescente sulla necessità di cambiare e migliorare i servizi sanitari per le persone con dolore cronico. Il nostro studio offre un corpo di prove empiriche relative all'accettabilità del dolore che possiamo utilizzare per informare la pratica futura. Il dolore accettabile ed il dolore gestibile sono stati trovati come entità distinte che sono indissolubilmente collegate. La relazione tra questi due domini è sottile, complessa e influenzata da vari fattori. Dal presente studio, il confronto e la distinzione tra dolore accettabile e dolore gestibile ha evidenziato differenze chiave, come ad esempio come la gravità del dolore influisce sull'accettabilità del dolore e come questo può essere gestito utilizzando farmaci e/o altri interventi. Esplorare le variazioni chiave tra questi due domini può, quindi, aiutare a informare futuri approcci al trattamento del dolore (Lindsay, 2019). Nonostante l'enorme enfasi posta sul sollievo dei sintomi nel settore sanitario (Katz, 2002; Waddell, 2004), il presente studio riconosce anche la qualità della vita come un importante parametro da misurare e considerare nella valutazione dell'efficacia della gestione del dolore.

Questo studio evidenzia come la concettualizzazione altamente medicalizzata del dolore sia un importante ostacolo per una migliore comprensione dell'esperienza vissuta del dolore cronico (Bendelow, 2006; Dansie & Turk, 2013; Engel, 1977; Johnston et al., 2015; Osborn & Rodham, 2010). Negli ultimi 15 anni, si è verificato un rapido aumento dell'uso di oppioidi per il trattamento del dolore cronico e un conseguente aumento dei tassi di overdose da oppiacei (Henry et al., 2017). Il mancato recupero o la mancata risposta a un trattamento medico, suggerisce che la sindrome intera del dolore debba essere affrontata. Pertanto,

mentre la patologia, la biomeccanica e l'anatomia sono strumenti importanti per soddisfare le esigenze degli individui, questo studio evidenzia che non dovrebbero essere gli unici determinanti della pratica clinica. Se la nostra comprensione del dolore è costruita sulla base di queste scienze fondamentali, c'è il pericolo che i fatti clinici vengano alterati per adattarsi alle nostre teorie. (Stilwell & Harman, 2019; Waddell, 2004).

Poiché si è riscontrato che vari fattori interconnessi influenzano l'accettabilità del dolore per le persone affette da CNCP, si raccomanda anche di trattare il dolore cronico in un ambiente multidisciplinare che combini terapie psicologiche, fisiche e farmacologiche (Ataoglu et al., 2013; Dueñas et al., 2016; Fine, 2011; Mills et al., 2016). Data l'enfasi sull'accettazione del dolore riscontrata nel presente studio, i trattamenti psicologici che mirano a facilitare l'accettazione del dolore a lungo termine e ad aumentare il coinvolgimento con la vita quotidiana sono una direzione futura promettente (Goesling et al., 2018; LaChapelle et al., 2008; Miller & Kaiser, 2018; Pincus et al., 2013; Schütze et al., 2014). Attraverso l'accettazione di sé, gli individui possono essere in grado di sviluppare un'identità positiva e avere una migliore qualità della vita (McCracken et al., 2004). La ricerca futura potrebbe esplorare come fornire questo supporto in un modo che sia accettabile e significativo per le persone che vivono con CNCP. Un'ulteriore area di indagine futura potrebbe riguardare l'esplorazione dell'accettabilità del dolore tra gli individui che hanno sperimentato interventi basati sull'ACT o altre modalità terapeutiche progettate per assistere coloro che vivono con dolore cronico. Tale ricerca può fornire ulteriori informazioni sulla misura in cui l'accettazione del dolore influisce sulla percezione di dolore accettabile da parte degli individui.

### Informazioni sul finanziamento

Gli altri autori non hanno conflitti di interesse da comunicare. Questa ricerca non ha ricevuto alcun contributo specifico da parte di organismi di finanziamento del settore pubblico, commerciale o senza scopo di lucro. Patrice Forget ha ricevuto i contributi di speaker/advisory board da Grunenthal, Oncomfort e GE Healthcare.

### Dichiarazione di conflitto di interessi

Gli altri autori non hanno conflitti di interesse da comunicare.

### ORCID

Patrice Forget <https://orcid.org/0000-0001-5772-8439>

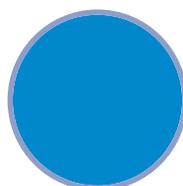
## BIBLIOGRAFIA

- Ataoglu, E., Tiftik, T., Kara, M., Tunc, H., Ersöz, M., & Akkuş, S. (2013). Effects of chronic pain on quality of life and depression in patients with spinal cord injury. *Spinal Cord*, 51(1), 23–26. <https://doi.org/10.1038/sc.2012.51>
- Bendelow, G. A. (2006). Pain, suffering and risk. *Health, Risk & Society*, 8(1), 59–70. <https://doi.org/10.1080/13698570500532298>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. SAGE.
- Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11, 589–597. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Braun, V., & Clarke, V. (2021). One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qualitative Research in Psychology*, 18(3), 328–352. <https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238>
- Braun, V., Clarke, V., Boulton, E., Davey, L., & McEvoy, C. (2020). The online survey as a qualitative research tool. *International Journal of Social Research Methodology*, 24, 1–41. <https://doi.org/10.1080/13645579.2020.1805550>
- Daly-Eichenhardt, A., Scott, W., Howard-Jones, M., Nicolaou, T., & McCracken, L. M. (2016). Changes in sleep problems and psychological flexibility following interdisciplinary acceptance and commitment therapy for chronic pain: An observational cohort study. *Frontiers in Psychology*, 7, 1326. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01326>
- Dansie, E. J., & Turk, D. C. (2013). Assessment of patients with chronic pain. *British Journal of Anaesthesia*, 111(1), 19–25. <https://doi.org/10.1093/bja/aet124>
- Dueñas, M., Ojeda, B., Salazar, A., Mico, J. A., & Failde, I. (2016). A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the health care system. *Journal of Pain Research*, 9, 457–467. <https://doi.org/10.2147/JPR.S105892>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/scien.cen.847460>
- Fayaz, A., Croft, P., Langford, R. M., Donaldson, L. J., & Jones, G. T. (2016). Prevalence of chronic pain in the UK: a systematic re-view and meta-analysis of population studies. *BMJ Open*, 6(6), e010364.
- Fine, P. G. (2011). Long-term consequences of chronic pain: Mounting evidence for pain as a neurological disease and parallels with other chronic disease states. *Pain Medicine*, 12(7), 996–1004. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2011.01187.x>
- Forget, P., Kahtan, H., & Jordan, A. (2023). Personalized pain assessment: What does ‘acceptable pain’ mean to you? *European Journal of Pain*, 27(9), 1139–1143. <https://doi.org/10.1002/ejp.2166>
- Frances, T., O’Neill, K., & Newman, K. (2023). ‘An extra fight I didn’t ask for’: A qualitative survey exploring the impact of calories on menus for people with experience of eating disorders. *British Journal of Health Psychology*, 29, 20–36. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12685>
- Gauntlett-Gilbert, J., & Brook, P. (2018). Living well with chronic pain: The role of pain-management programmes. *BJA Education*, 18(1), 3–7. <https://doi.org/10.1016/j.bjae.2017.09.001>
- Geurts, J. W., Willems, P. C., Lockwood, C., van Kleef, M., Kleijnen, J., & Dirksen, C. (2017). Patient expectations for management of chronic non-cancer pain: A systematic review. *Health Expectations*, 20(6), 1201–1217. <https://doi.org/10.1111/hex.12527>
- Gledhill, L. J., MacInnes, D., Chan, S. C., Drewery, C., Watson, C., & Baudinet, J. (2023). What is day hospital treatment for anorexia nervosa really like? A reflexive thematic analysis of feedback from young people. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 223. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00949-y>
- Goering, S. (2015). Rethinking disability: The social model of disability and chronic disease. *Current Reviews in Musculoskeletal Medicine*, 8, 134–138.
- Goesling, J., Lin, L. A., & Clauw, D. J. (2018). Psychiatry and pain management: At the intersection of chronic pain and mental health. *Current Psychiatry Reports*, 20(2), 1–8. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0872-4>
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44(2), 180–198. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002>
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–1168. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Henry, S. G., Bell, R. A., Fenton, J. J., & Kravitz, R. L. (2017). Goals of chronic pain management: Do patients and primary care physicians agree and does it matter? *The Clinical Journal of Pain*, 33(11), 955–961. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000488>
- Hogan, A. J. (2019). Social and medical models of disability and mental health: Evolution and renewal. *CMAJ*, 191(1), E16–E18.
- Johnson, J. L., Adkins, D., & Chauvin, S. (2020). A review of the quality indicators of rigor in qualitative research. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 84(1), 7120. <https://doi.org/10.5688/ajpe7120>
- Johnston, C. M., Oprescu, F. I., & Gray, M. (2015). Building the evidence for CRPS research from a lived experience perspective. *Scandinavian Journal of Pain*, 9, 30–37. <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2015.06.003>
- Karaman, S., Karaman, T., Dogru, S., Onder, Y., Citil, R., Bulut, Y. E., Tapar, H., Sahin, A., Arici, S., Kaya, Z., & Surem, M. (2014). Prevalence of sleep disturbance in chronic pain. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 18(17), 2475–2481.
- Katz, N. (2002). The impact of pain management on quality of life. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(1), S38–S47. [https://doi.org/10.1016/S0885-3924\(02\)00411-6](https://doi.org/10.1016/S0885-3924(02)00411-6)
- LaChapelle, D. L., Lavoie, S., & Boudreau, A. (2008). The meaning and process of pain acceptance. Perceptions of women living with arthritis and fibromyalgia. *Pain Research and Management*, 13(3), 201–210. <https://doi.org/10.1155/2008/258542>
- Lavrakas, P. J. (2008). *Encyclopedia of survey research methods*. Sage Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781412963947>
- Lindsay, S. (2019). Five approaches to qualitative comparison groups in health research: A scoping review. *Qualitative Health Research*, 29(3), 455–468. <https://doi.org/10.1177/1049732318807208>
- Linton, S. J., & Shaw, W. S. (2011). Impact of psychological factors in the experience of pain. *Physical Therapy*, 91(5), 700–711. <https://doi.org/10.2522/ptj.20100330>
- Maher, C., Hadfield, M., Hutchings, M., & de Eyto, A. (2018). Ensuring rigor in qualitative data analysis: A design research approach to coding combining NVivo with traditional material methods. *International Journal of Qualitative Methods*, 17(1), 1–13. <https://doi.org/10.1177/1609406918786362>
- McCracken, L. M., & Eccleston, C. (2005). A prospective study of acceptance of pain and patient functioning with chronic pain. *Pain*, 118(1–2), 164–169. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2005.08.015>
- McCracken, L. M., Vowles, K. E., & Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: Component analysis and a revised assessment method. *Pain*, 107(1–2), 159–166. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2003.10.012>
- McHugh, G., & Thoms, G. (2001). Living with chronic pain: The patient’s perspective. *Nursing Standard*, 15(52), 33–37. <https://doi.org/10.7748/NS2001.09.15.52.33.C3082>
- Miller, R. M., & Kaiser, R. S. (2018). Psychological characteristics of chronic pain: A review of current evidence and assessment tools to enhance treatment. *Current Pain and Headache Reports*, 22(3), 1–6. <https://doi.org/10.1007/s11916-018-0663-y>
- Mills, S., Torrance, N., & Smith, B. H. (2016). Identification and management of chronic pain in primary care: A review. *Current Psychiatry Reports*, 18(2), 22. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0659-9>
- Osborn, M., & Rodham, K. (2010). Insights into pain: A review of qualitative research. *Reviews in Pain*, 4(1), 2–7. <https://doi.org/10.1177/20494637100400102>
- Pembroke, L. (2003). Patients define what constitutes manageable day of pain. *Oncology Times*, 25(14), 60. <https://doi.org/10.1097/01.COT.0000289316.83011.6a>
- Pincus, T., Kent, P., Bronfort, G., Loisel, P., Pransky, G., & Hartvigsen, J. (2013). Twenty-five years with the biopsychosocial model of low back pain—Is it time to celebrate? A report from the twelfth international forum for primary care research on low back pain. *Spine*, 38(24), 2118–2123. <https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e3182a8c5d6>
- Qualtrics. [Computer software]. (2021, June). <https://www.qualtrics.com>
- Rao, J. K., Arick, R., Mihalik, K., & Weinberger, M. (1998). Using focus groups to understand arthritis patients’ perceptions about unconventional therapy. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 11(4), 253–260. <https://doi.org/10.1002/art.1790110406>
- Reid, K. J., Harker, J., Bala, M. M., Truysers, C., Kellen, E., Bekkering, G. E., & Kleijnen, J. (2011). Epidemiology of chronic non-cancer pain in Europe: Narrative review of prevalence, pain treatments and pain impact. *Current Medical Research and Opinion*, 27(2), 449–462. <https://doi.org/10.1185/03007995.2010.545813>
- Schütze, R., Slater, H., O’Sullivan, P., Thornton, J., Finlay-Jones, A., & Rees, C. S. (2014). Mindfulness-based functional therapy: A preliminary open trial of an integrated model of care for people with persistent low back pain. *Frontiers in Psychology*, 5, 839. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00839>
- Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information*, 22(2), 63–75. <https://doi.org/10.3233/EFI-2004-22201>
- Stilwell, P., & Harman, K. (2019). An enactive approach to pain: Beyond the biopsychosocial model. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 18(4), 637–665. <https://doi.org/10.1007/s11097-019-09624-7>
- Tang, N. K., Salkovskis, P. M., Hodges, A., Soong, E., Hanna, M. H., & Hester, J. (2009). Chronic pain syndrome associated with health anxiety: A qualitative thematic comparison between pain patients with high and low health anxiety. *British Journal of Clinical Psychology*, 48(1), 1–20. <https://doi.org/10.1348/01446508X336167>
- Terry, G., Hayfield, N., Clarke, V., & Braun, V. (2017). Thematic analysis. In C. Willig & W. S. Rogers (Eds.), *The SAGE hand-book of qualitative research in psychology* (2nd ed., pp. 17–37). SAGE Publications.
- Toerien, M., & Wilkinson, S. (2004). Exploring the depilation norm: A qualitative questionnaire study of women’s body hair removal. *Qualitative Research in Psychology*, 1(1), 69–92. <https://doi.org/10.1191/1478088704qp0060a>
- Tul, Y., Unruh, A., & Dick, B. D. (2011). Yoga for chronic pain management: A qualitative exploration. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(3), 435–443. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00842.x>
- Vowles, K. E., Fink, B. C., & Cohen, L. L. (2014). Acceptance and commitment therapy for chronic pain: A diary study of treatment process in relation to reliable change in disability. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(2), 74–80. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.04.003>
- Vowles, K. E., McCracken, L. M., & Eccleston, C. (2008). Patient functioning and catastrophizing in chronic pain: The mediating effects of acceptance. *Health Psychology*, 27(2S), S136–S143. [https://doi.org/10.1037/0278-6133.27\(2Suppl.\).S136](https://doi.org/10.1037/0278-6133.27(2Suppl.).S136)
- Waddell, G. (2004). *The back pain revolution* (2nd ed.). Churchill Livingstone.
- Zelman, D. C., Smith, M. Y., Hoffman, D., Edwards, L., Reed, P., Levine, E., & Dukes, E. (2004). Acceptable, manageable, and tolerable days: Patient daily goals for medication management of persistent pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 28(5), 474–487. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.symman.2004.02.022>

**Come citare l'articolo:** Kahtan, H., Jordan, A., & Forget, P. (2024). Is pain ever acceptable? A qualitative exploration concerning adult perceptions of chronic pain. *European Journal of Pain*, 28, 1213–1225. <https://doi.org/10.1002/ejp.2255>.



# La **multidisciplinarietà**, l'**interdisciplinarietà** e la **transdisciplinarietà** in **terapia del dolore**



ANTONIO GIOIA

*U.O. Terapia del Dolore  
Ospedale Bellaria, Bologna*

Nel campo della terapia del dolore il corretto approccio al paziente non può che tenere in considerazione diversi aspetti caratterizzanti la sua presentazione clinica.

Diversamente da altre discipline, in cui la patologia spesso è legata a una disfunzione d'organo ben precisa di cui lo specialista di riferimento è il massimo conoscitore della fisiopatologia e del trattamento, il dolore è una condizione molto trasversale. Nella pratica clinica, infatti, sono diversi gli specialisti che vengono a trovarsi nel ruolo di terapeuta del dolore.

Per ottimizzare il percorso diagnostico, ma anche la strategia terapeutica complessiva, è auspicabile che un Servizio di terapia del dolore possa garantire la presenza di diversi specialisti o comunque la condivisione del singolo caso clinico tra specialisti di diverse discipline.

Per la descrizione dell'approccio condiviso alla problematica del paziente, sempre più frequentemente vengono utilizzati come sinonimi i termini multidisciplinarietà, interdisciplinarietà e transdisciplinarietà.



Ma qual è l'origine e il significato di questi termini e quali sono i campi di utilizzo più appropriati?

## Origine e significato della terminologia

I termini multidisciplinarietà, interdisciplinarietà e transdisciplinarietà sono sempre più utilizzati nella medicina contemporanea che presta crescente attenzione al paziente, al percorso di cura e all'ottimizzazione dell'esito terapeutico. Non si tratta di sinonimi, ma di termini con una propria denotazione.

L'elevata specializzazione raggiunta nei diversi settori scientifici, tra cui quello medico, comporta un approccio spesso troppo filtrato e questo può fare insorgere complicazioni dal punto di vista, ad esempio, della gestione clinica del paziente. Ad un certo livello di approfondimento, l'approccio monospecialistico quindi non è più sufficiente: per i problemi complessi è fondamentale un approccio quanto più olistico possibile.

Viene quindi introdotto il concetto di multidisciplinarietà, e successivamente vengono enunciati anche i concetti di interdisciplinarietà e transdisciplinarietà, approfonditi inizialmente in ambito pedagogico e in ambito di filosofia della scienza e metodologia di ricerca.

Le prime apparizioni ufficiali dei termini "interdisciplinarietà" e "transdisciplinarietà" risalgono a una pubblicazione del 1972 dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE). Il rapporto, intitolato *Interdisciplinarity: Problems of Teaching and Research in Universities* (Apostel, 1972), fu realizzato grazie al patro-

cinio del Centro per la Ricerca e l'Innovazione Educativa dell'OCSE, con sede a Parigi.

Il documento raccoglieva i contributi di accademici provenienti da sei paesi europei: Austria, Belgio, Francia, Germania, Svizzera e Regno Unito. Nonostante le differenze culturali e disciplinari, tutti gli autori condividevano la convinzione che la crescente frammentazione delle conoscenze stesse riducendo l'efficacia della ricerca scientifica. In risposta a questo problema, sostenevano la necessità di un movimento che promuovesse l'integrazione e l'unificazione della conoscenza. Il problema posto era: *"come unificare la conoscenza e quali sono le molteplici implicazioni di tale unificazione per l'insegnamento e la ricerca nelle università..."*. L'unificazione, spiegava il rapporto, *"significa l'integrazione di concetti e metodi tra le diverse discipline"*.

È interessante considerare che tra le scienze, che comunque hanno al centro delle loro attività un oggetto sempre più complesso, la medicina sia quella che studia uno dei soggetti più complessi per definizione: il paziente.

Nel momento in cui ci si rende conto, anche al di là dell'ambito accademico, dell'importanza di fare confluire diverse specialità nel fine ultimo di comporre un percorso diagnostico e terapeutico per il paziente, si inizia a introdurre il concetto di gruppo multidisciplinare, e successivamente gli approcci interdisciplinari e la trasposizione transdisciplinare.

## ***Multidisciplinarietà***

Quando si parla di multidisciplinarietà si intende la compresenza di più discipline. In ambito medico un **“team multidisciplinare”** è formato da più specialisti provenienti da settori differenti, ma che si uniscono in un gruppo di lavoro per raggiungere un obiettivo comune: l’assistenza al paziente. Ogni specialista del gruppo, sottoponendo il paziente a una valutazione potrebbe proporre indicazioni, diagnosi, suggerimenti e pareri specifici secondo le proprie competenze specifiche.

In questo caso potremmo parlare di tipico approccio multidisciplinare in cui vi è la giustapposizione delle conoscenze dei singoli. All'interno del gruppo multidisciplinare, come in una tavola rotonda in cui ogni partecipante espone il suo punto di vista, dopo la comunicazione del parere dei singoli specialisti, gli altri componenti avranno sicuramente arricchito le loro conoscenze e acquisito numerose informazioni, ma non è detto che ciascun esperto, per redigere il proprio referto, si sia necessariamente confrontato con i colleghi del gruppo.

Si può quindi evincere che con la sola multidisciplinarietà i pareri delle singole discipline su un tema specifico (per esempio un caso clinico) siano solo accostati, senza essere necessariamente integrati.

## ***Interdisciplinarietà***

Il problema dell’approccio multidisciplinare è che più ogni disciplina avanza in direzione specialistica più si allontana dal tema nel suo senso globale.

Al contrario della multidisciplinarietà, l’interdisciplinarietà implica una collaborazione strut-

turata e sistematica tra discipline differenti, finalizzata a ottenere una visione unitaria e più approfondita dello stato del paziente.

Le fasi caratterizzanti tipicamente l’**approccio interdisciplinare**, in ambito di ricerca e anche in ambito clinico, sono due: l’**analisi multidisciplinare** e l’**elaborazione interdisciplinare**. Con la prima si procede all’approfondimento del tema di ricerca (o del caso clinico) nell’ottica di ciascuna disciplina coinvolta, mentre la seconda prevede l’integrazione dei contenuti ottenuti in una cornice unitaria, aumentando indiscutibilmente la complessità ma anche la realtà dell’approccio.

Il punto debole dell’interdisciplinarietà è la necessità di equilibrio tra le varie discipline: nel momento in cui una disciplina prende il sopravvento sulle altre, l’interdisciplinarietà è compromessa.

Questo è l’aspetto che rende questo approccio spesso non facilmente applicabile in ambito clinico perché nella maggior parte dei casi la “presa in carico” del paziente assegna anche una implicita egemonia alla disciplina referente.

L’approccio interdisciplinare viene considerato comunque quello migliore per risolvere i problemi complessi, e soprattutto per stimolare la crescita delle conoscenze integrate in diversi ambiti del sapere.

## ***Transdisciplinarietà***

La multidisciplinarietà e l’interdisciplinarietà, pur essendo concetti diversi, sono connessi e in un certo senso la seconda include anche la prima.

L’integrazione degli aspetti multidisciplinari che porterebbe a una considerazione olisti-



ca di temi complessi (caso clinico, paziente) può elevarsi oltre la dimensione del caso specifico e trascendere da esso.

L'approccio transdisciplinare oltrepassa quindi l'osservato e si configura in senso multidimensionale, inclusivo e creativo. Questo processo comporta l'ampliamento della visione del problema da affrontare, avendo frequentemente una prospettiva sociale costruttiva, anche attraverso il coinvolgimento di figure esterne, tra cui i portatori di interessi particolari come le associazioni dei pazienti o i decisori delle politiche assistenziali. Trovano spazio e quindi possono essere inclusi nell'approccio transdisciplinare anche le esigenze dei pazienti, dei familiari, dei caregivers, e di altre professionalità assistenziali.

## Applicazione in terapia del dolore

Comparabilmente all'approccio interdisciplinare che viene considerato il più adeguato a risolvere i problemi complessi, le strutture di terapia del dolore organizzate sul modello interdisciplinare sono considerate lo standard di cura più elevato.

Nonostante i programmi multidisciplinari siano ritenuti clinicamente efficaci, economicamente vantaggiosi e superiori ai trattamenti monodisciplinari per il trattamento del dolore cronico, vi è una relativa scarsità di ricerca e di pubblicazioni sulla composizione e sulla prevalenza di tali programmi integrati. Il motivo è da ricercare soprattutto nella notevole eterogeneità di disponibilità e di servizi forniti dalle diverse organizzazioni su base multidisciplinare in ambito di terapia del dolore.

Infatti, la composizione dei team multidisciplinari nell'ambito della terapia del dolore non è costante e potrebbe includere anestesisti, psicologi, infermieri, fisiatristi, neurochirurghi, ortopedici, reumatologi, fisioterapisti e terapisti occupazionali, neurologi, psichiatri, assistenti sociali, dietisti e farmacisti fino a coinvolgere anche i medici di medicina generale.

La variabilità da questo punto di vista, associata alla mancanza di un programma di formazione residenziale dedicato alla gestione del dolore, può influenzare il modo in cui ciascun specialista si avvicina a un particolare paziente con sindrome dolorosa, e quindi evidenziare la necessità di un approccio interdisciplinare.

## Conclusioni

I termini multidisciplinarietà, interdisciplinarietà e transdisciplinarietà spesso vengono utilizzati in clinica e in ambito accademico come sinonimi per descrivere un approccio al paziente che preveda il coinvolgimento di diversi specialisti.



I tre termini però non sono sinonimi, ma ognuno viene utilizzato secondo una specifica denotazione: multidisciplinarietà si riferisce sostanzialmente alla composizione del gruppo di lavoro formato da specialisti di diverse discipline con solo giustapposizione delle conoscenze, interdisciplinarietà considera l'integrazione delle conoscenze per produrre conclusioni diagnostiche e decisioni cliniche e transdisciplinarietà propone la condivisione e l'estensione dell'integrazione ad aspetti che apparentemente esulano dal caso clinico, sempre al fine di migliorare l'assistenza al paziente.

L'utilizzo di questi termini secondo il loro significato può favorire la comprensione della descrizione delle attività cliniche e di ricerca, nonché dell'implementazione dell'organizzazione assistenziale.

In terapia del dolore è raccomandabile un approccio interdisciplinare orientato al paziente e, soprattutto in questa fase storica, è auspicabile anche un approccio transdisciplinare per definire in senso più ampio nuovi percorsi assistenziali dedicati alle diverse tipologie di pazienti o condizioni cliniche.



## Riferimenti bibliografici

- Apostel, Leo, *Interdisciplinarity: Problems of Teaching and Research In Universities*. Paris: OECD, 1972.
- Marzocca F. Il nuovo approccio scientifico verso la transdisciplinarietà, *Rivista Atopon* 2014 Supplemento al n. 10 ISSN 1126-8530
- O'Reilly P, Lee SH, O'Sullivan M, Cullen W, Kennedy C, MacFarlane A. Assessing the facilitators and barriers of interdisciplinary team working in primary care using normalisation process theory: An integrative review. *PLoS ONE* 2017; 12(5): e0177026
- Rodriguez (Then) FS, Jackson J, Ware C, Churchyard R, Hanseeuw B. Interdisciplinary and Transdisciplinary Perspectives: On the Road to a Holistic Approach to Dementia Prevention and Care. *ADR*. 2020;4(1):39-48. doi:10.3233/ADR-180070
- Staudt MD. The Multidisciplinary Team in Pain Management. *Neurosurg Clin N Am* 33 (2022) 241–249.

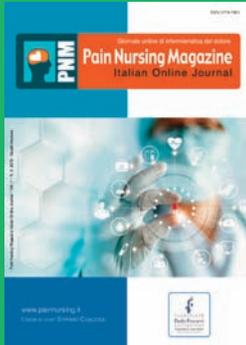
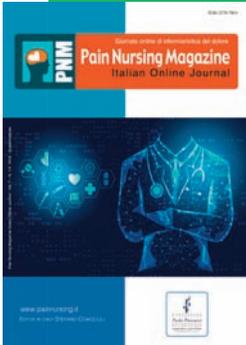


**Pain Nursing Magazine**  
Italian Online Journal



GdS infermieristica

Redazione web a cura del Gruppo di studio di infermieristica dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore



EDITOR ROBERTO LATINA  
SENIOR EDITOR GIUSTINO VARRASSI



RINNOVA LA QUOTA



**ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LO STUDIO DEL DOLORE**  
Società scientifica multidisciplinare fondata nel 1976

[www.aisd.it](http://www.aisd.it)

Nel sito [aisd.it](http://aisd.it), [ sezione Video ]  
(accessibile dal menu Documenti)  
i soci possono rivedere le registrazioni dei Congressi  
dal 2018 al 2024 e tutti i Meet the Expert.  
Occorre effettuare il login per accedere.



# Curare il dolore cronico: il percorso ad ostacoli del paziente da uno specialista all'altro

*Dall'esperienza quotidiana dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore (AISD) emerge un quadro ancora di grande difficoltà e conoscenze limitate sulla rete nazionale e territoriale dei Centri di Terapia del Dolore.*

Da circa dieci anni l'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore (AISD), capitolo italiano della Associazione Internazionale per lo studio del dolore (IASP), mette a disposizione dei pazienti che soffrono di dolore cronico un servizio di consulenza. Tramite una pagina dedicata del sito, raggiungibile anche attraverso i canali social, il paziente descrive brevemente

il problema, formula domande, spesso chiedendo semplicemente conforto o conferma della terapia che sta seguendo. Se necessario, inoltre, può essere indirizzato al Centro di terapia del dolore più vicino alla residenza e anche più adatto al caso per una valutazione tramite visita specialistica. Talvolta è necessario un contatto telefonico.



**Ma perché un paziente decide di rivolgersi direttamente a una società scientifica e non al medico di famiglia?**

Non è facile rispondere a questa domanda. È possibile che vi sia una insoddisfazione per le cure fino a quel momento effettuate, spesso dovuta a forme di dolore difficili da affrontare dalla medicina di base o anche dalla diffusa abitudine ad affidarsi al Dottor Google, magari iniziando autonomamente trattamenti inappropriati o magari dannosi. Le risposte possono essere diverse e non è questa la sede per approfondirle.

Ci limitiamo ai fatti: la richiesta di consulenze negli anni è aumentata considerevolmente, tanto che l'AISS ha deciso già tempo fa di strutturare in un format online le richieste che pervenivano alla casella di posta. Come è facile immaginare le richieste di consulenza hanno avuto un'impennata nel periodo Covid, quando si è reso necessario un contatto diretto telefonico per rispondere alle esigenze dei pazienti che non potevano più accedere ai centri ambulatoriali.

**Quali sono le domande più frequenti, i problemi di dolore per cui si richiede più spesso un consiglio?**

Ce lo racconta il dottor Riccardo Rinaldi, referente AISS per la consulenza ai pazienti, che insieme al prof. Stefano Coaccioli rispondono in prima battuta alle richieste e coordinano il gruppo di medici che collabora nel dare le risposte: «Le domande che riceviamo dai pazienti (che arrivano da tutta Italia, sono le più disparate, spesso con descrizioni insufficienti che non permettono consigli adeguati. Le domande riguardano per lo più dolori degenerativi artrosici di cui vogliono conoscere la terapia più adatta, più spesso localizzati al ginocchio, alle spalle, alle anche e alla

colonna vertebrale. Ultimamente sono cresciute le domande relative ai dolori neuropatici come le nevralgie post erpetiche post covid 19 e quelle sul dolore nociplastico dove si riscontra una elevata difficoltà terapeutica. Dalle richieste emerge anche una disinformazione ancora molto profonda sulla terapia del dolore e la mancata conoscenza anche della stessa esistenza della legge 38/2010, nonostante dalla sua introduzione siano passati ormai molti anni».

**Quali sono le conoscenze sul dolore che traspaiono dai pazienti?**

*« Le persone non sanno ancora bene cosa sia la terapia del dolore - continua il dottor Rinaldi - Spesso pensano alla terapia del dolore solo legata al cancro disconoscendo la sua funzione per il dolore cronico benigno. Spesso dobbiamo chiarire ai pazienti che nella terapia del dolore rientrano una pluralità di tipologie di trattamento, da quello farmacologico a quello interventistico, con importante ruolo anche dei trattamenti psicologici e riabilitativi, con una visione multidisciplinare che coinvolge altre figure professionali (fisioterapisti, reumatologi, neurologi e psicologi clinici). Il 73% delle persone non è a conoscenza dei diritti sanciti dalla legge 38 e il dolore cronico benigno non viene considerato una priorità del SSN. Da ciò ne consegue che le persone denunciano, nello scriverci, il loro smarrimento non sapendo a chi rivolgersi. Ci è capitato addirittura che pazienti del nord Italia ci abbiano scritto non sapendo delle strutture sanitarie che si occupano di curare il dolore nel loro territorio. E tutti conosciamo l'eccellenza delle strutture del nord che curano il dolore. Infatti, non esistono ancora reti che coinvolgano tutti gli operatori sanitari arrivando a comprendere anche i farmacisti e i medici di base».*

La primaria tipologia di domande è quindi la ricerca di uno specialista, e in alcuni casi viene addirittura richiesto di fissare direttamente un appuntamento per la visita presso gli ospedali, cosa che ovviamente una associazione come AISD non può fare. Un'altra problematica di dolore per la quale AISD riceve molte domande è la fibromialgia, una sindrome cronica spesso grandemente invalidante che causa dolore, disturbi del sonno, depressione e altre molteplici sintomatologie che rendono la vita di questi pazienti particolarmente difficile.

*« La fibromialgia è una malattia ancora invisibile e poco conosciuta - ci spiega il Prof. Vittorio Schweiger, Segretario dell'AISD, Università di Verona - ma in realtà colpisce tantissimi italiani mettendoli in condizioni molto difficili e con una qualità della vita molto bassa. Quando riceviamo richieste di pazienti fibromialgici li indirizziamo ai Centri che sappiamo che si sono da tempo specializzati in questa patologia. Per esempio, l'UOC di Terapia del Dolore-Centro HUB, del Policlinico GB Rossi dell'AOUI di Verona, dove dal 2011 è attivo il Centro per la diagnosi e il trattamento della sindrome fibromialgica.*

*L'attività, condotta da personale medico specialista in terapia del dolore, si svolge attraverso valutazioni ambulatoriali nelle quali la fibromialgia viene diagnosticata utilizzando i criteri più recentemente accettati dalla comunità scientifica internazionale. Il Centro è affiliato ad AISF (Associazione Italiana Sindrome Fibromialgica) in qualità di componente del Comitato Scientifico Nazionale».*

Con AISF Odv l'AISD ha consolidato una stretta collaborazione e il suo presidente, prof. Pier Carlo Sarzi Puttini, dal 2025 farà parte del

Consiglio direttivo di AISD. Verona è inoltre uno dei centri nazionali AISD, con cariche direttive e responsabilità nell'organizzazione di eventi congressuali finalizzati alla divulgazione scientifica della fibromialgia e alla promozione di progetti di ricerca.

### **Quali sono i centri di Terapia del Dolore in Italia?**

*«Per facilitare i pazienti, AISD ha dedicato una sezione del proprio sito alla lista dei Centri, con un elenco diviso per regioni, che non ha la pretesa di essere perfetto, considerando anche gli aggiornamenti che possono intercorrere man mano nei siti degli ospedali, ma l'elenco che abbiamo reso disponibile - precisa il presidente AISD prof. Gabriele Finco - offre un utile orientamento. Incoraggiamo tra l'altro i referenti dei Centri a rendere più visibile la propria attività con articoli che raccontano il lavoro svolto, le patologie trattate, i trattamenti disponibili, con foto dello staff, che dà un tocco di familiarità, potremmo dire, di accoglienza per il paziente. Gli articoli, le schede dei centri, vengono pubblicate nel sito e diffuse via social. Sembra quasi incredibile, considerato che la legge 38 che ha dato il via alla rete dei Centri è del 2010, che l'informazione sull'esistenza dei Centri sia così poco diffusa, ma ci auguriamo che grazie anche alla collaborazione dei medici di medicina generale, che hanno attivato tra l'altro un'area specializzata nella terapia del dolore e cure palliative all'interno della SIMG, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie) questo gap informativo possa essere superato».*



# Un nuovo approccio per la gestione della fibromialgia: il progetto INTEGRO



È ormai accettato che il trattamento della fibromialgia dovrebbe essere effettuato in maniera multidisciplinare. Tuttavia, tale approccio risulta spesso molto difficile poiché non è sempre agevole coagulare diversi professionisti in un unico percorso terapeutico. A Verona, nell'ambito dell'Ambulatorio per la diagnosi e la cura della Fibromialgia, è partito il progetto INTEGRO, che coinvolge Algologi e Psicologi in un originale percorso pilota che rappresenta un unicum in Italia. Ne parliamo con il Prof. Vittorio Schweiger, Referente dell'UOC di Terapia del Dolore dell'AOUI e con la Prof.ssa Lidia Del Piccolo, Responsabile di Unità Semplice a valenza Dipartimentale (USD) di Psicologia Clinica presso l'Unità Operativa di Psicosomatica e Psicologia dell'AOUI di Verona.



Prof. Schweiger, la fibromialgia rappresenta una sfida complessa per medici e pazienti. Quali sono le principali difficoltà legate a questa condizione?

Vittorio Schweiger: La fibromialgia è una sindrome cronica che colpisce circa il 2-3% della popolazione mondiale, con una prevalenza maggiore tra le donne. I pazienti sperimentano

dolore muscolo-scheletrico diffuso, affaticamento, disturbi del sonno e sintomi cognitivi ed emotivi. Questi sintomi, uniti alla mancanza di biomarcatori, spesso portano a diagnosi tardive e alla percezione, da parte dei pazienti, di non essere presi sul serio. Questo impatta negativamente sulla qualità della vita e sulla loro capacità di svolgere attività quotidiane.

### **Può accennare brevemente al meccanismo con cui si instaura la fibromialgia?**

VS: La patogenesi della fibromialgia è probabilmente multifattoriale e deve ancora essere chiarita.

Diversi fattori dovrebbero essere considerati come potenziali fattori scatenanti della malattia. Un'ipotesi fisiopatologica descrive la fibromialgia come una sindrome di sensibilizzazione centrale caratterizzata dall'alterazione dei processi nocicettivi.

Tuttavia, molte altre ipotesi sono state considerate, tra le quali anche la possibilità che le manifestazioni cliniche siano la conseguenza di diverse alterazioni probabilmente indotte a livello del Sistema Nervoso centrale da parte di numerosi stimoli, tra i quali un ruolo preminente rivestirebbero i fattori stressanti, sia fisici che psicologici. In ogni caso, in assenza di biomarcatori affidabili la diagnosi è puramente clinica e richiede i portanti conoscenze da parte degli operatori. Il processo diagnostico è spesso lungo e complesso, contribuendo alla sensazione dei pazienti di essere invisibili, trascurati e non creduti.

### **Prof.ssa Del Piccolo, è in questo contesto che nasce il protocollo INTEGRO. Di cosa si tratta esattamente?**

Lidia Del Piccolo: INTEGRO, "INTEGRated Psychotherapeutic InterventiOn", è un protocollo psicoterapeutico integrato che combina approcci diversi, come la terapia cognitivo-comportamentale (CBT), la terapia dell'accettazione e dell'impegno (ACT) e tecniche corporee. È stato progettato per affrontare i molteplici aspetti della fibromialgia, migliorando non solo la percezione del dolore, ma anche le strategie di coping e la regolazione emotiva dei pazienti.

Si basa sulla collaborazione tra le Unità Operative di Psicologia Clinica, Terapia del Dolore e Reumatologia dell'AOUI di Verona. Lo

studio, approvato dal Comitato Etico territoriale, vede gli Algologi e i Reumatologi impegnati nella selezione dei pazienti che soddisfano i criteri di inclusione (diagnosi di fibromialgia secondo i criteri stabiliti dall'American College of Rheumatology, età compresa tra 18 e 65 anni; lingua italiana; in grado di fornire il consenso informato).

### **Quali sono gli obiettivi specifici del protocollo e come si struttura l'intervento?**

LDP: L'obiettivo principale è quello ridurre l'impatto della fibromialgia sulla vita quotidiana dei pazienti. Questo si traduce in una diminuzione dell'intensità percepita del dolore, un aumento dell'autoefficacia nella gestione del dolore e un miglioramento delle competenze di regolazione emotiva. Inoltre, il protocollo mira a favorire una maggiore consapevolezza corporea e a distinguere tra il "dolore pulito" (la componente fisica del dolore) e il "dolore sporco" (l'impatto emotivo e cognitivo del dolore). L'intervento è suddiviso in tre fasi, per un totale di 12 sessioni individuali.

Nella prima fase, ci concentriamo sull'engagement del paziente, la motivazione e la psicoeducazione sui meccanismi del dolore. La seconda fase si focalizza sulla ristrutturazione cognitiva, la riduzione dell'evitamento e l'introduzione di tecniche esperienziali. Infine, nella terza fase, aiutiamo i pazienti a consolidare le competenze acquisite, creando un toolkit personalizzato per la gestione del dolore.

### **Nell'articolo che il vostro gruppo di lavoro ha pubblicato recentemente su *Frontiers in Medicine*\* descrivete due casi studio relativi a due pazienti cui avete applicato il protocollo. Quali erano le loro caratteristiche?**

LDP: Abbiamo lavorato con due pazienti molto diverse. La prima, una donna di 57 anni, viveva sola e aveva una lunga storia di stress emotivo e dolore diffuso.

Era propensa a sovrainvestire nelle attività, ignorando i segnali del corpo fino a peggiorare il dolore. La seconda, una giovane donna di 26 anni, mostrava un forte evitamento sociale e una convinzione predominante che il dolore avesse cause esclusivamente organiche.

### **Quali risultati avete ottenuto con il protocollo?**

LDP: Entrambe le pazienti hanno mostrato miglioramenti significativi.

La prima ha imparato a riconoscere e ridurre i comportamenti di sovrainvestimento, migliorando la regolazione emotiva e il bilanciamento delle attività. La seconda ha superato molti schemi di evitamento, aumentando la fiducia nelle proprie capacità di gestione del dolore e riducendo l'interferenza del dolore sulla vita lavorativa e sociale.

### **Quali strumenti avete utilizzato per valutare i progressi?**

LDP: Abbiamo usato questionari standardizzati per misurare l'impatto della fibromialgia (FIQ), l'intensità del dolore, l'autoefficacia e la regolazione emotiva.

I risultati hanno evidenziato miglioramenti sia nella percezione del dolore che nella qualità della vita, con punteggi FIQ significativamente ridotti. In un caso, la paziente è passata da una classificazione di "malattia grave" a "moderata".

### **Quali sono le implicazioni cliniche di questo lavoro?**

LDP: L'efficacia del protocollo dimostra l'importanza di un approccio personalizzato e multidimensionale. INTEGRO non si limita a trattare il dolore, ma affronta anche i meccanismi psicologici che lo mantengono. Questo favorisce una maggiore resilienza nei pazienti e può essere integrato con terapie farmacologiche o riabilitative.

### **È prassi dei ricercatori concludere i propri lavori pubblicati con una riflessione su limiti e prospettive dello studio: quali sono i limiti di questo protocollo e quali le prospettive future?**

LDP: Attualmente il protocollo è disponibile solo in sessioni individuali in presenza, il che può limitarne l'accessibilità. Stiamo valutando la possibilità di implementare varianti digitali e sessioni di gruppo. Inoltre, ulteriori studi su campioni più ampi potrebbero aiutarci a personalizzare ancora di più l'intervento, magari includendo sottogruppi di pazienti con caratteristiche specifiche, come il livello di accettazione della malattia o la storia di traumi.

### **Un'ultima domanda, Prof. Schweiger: quale messaggio vorreste trasmettere ai pazienti con fibromialgia?**

VS. Vorremmo dire che la fibromialgia, pur essendo una condizione complessa e debilitante, può essere affrontata con un approccio multidisciplinare. Il dolore non deve definire la vita del paziente: con il giusto supporto, è possibile migliorare la qualità della vita e riscoprire il piacere nelle attività quotidiane.

## **Riferimenti bibliografici**

- Pasini I, Donisi V, Veneziani E, Perlini C, Nizzero M, Lippolis I, Polati E, Schweiger V, Del Piccolo L. Chronic pain management in fibromyalgia: the INTEGRO (INTEGRated Psychotherapeutic InterventiOn) protocol and its application on two case studies. *Front Med (Lausanne)*. 2024 Oct 24;11:1408693. doi: 10.3389/fmed.2024.1408693.

#### **Dove lavorano gli Autori:**

Ilenia Pasini, Valeria Donisi, Elisa Veneziani, Cinzia Perlini e Lidia Del Piccolo: Psicologia Clinica, Dipartimento di Neuroscienze, Biomedicina e Movimento, Università di Verona  
Marta Nizzero, Enrico Polati e Vittorio Schweiger: Centro di Terapia del Dolore, Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Odontostomatologiche e Materno-Infantile, Università di Verona  
Irma Lippolis, Reumatologia, Università di Verona

# Pubblicazioni soci

“



”

Per segnalare articoli scrivere a:  
[redazione@aisd.it](mailto:redazione@aisd.it)

Per la lista completa consultare il sito:  
[www.aisd.it](http://www.aisd.it) dove è possibile consultare un repertorio di articoli alla cui stesura hanno collaborato i soci

## Schwann cell C5aR1 co-opts inflammasome NLRP1 to sustain pain in a mouse model of endometriosis

Titiz M, Landini L, Souza Monteiro de Araujo D, Marini M, Seravalli V, Chieca M, Pensieri P, Montini M, Siena G, Pasquini B, Vannuccini S, Iannone LF, Cunha TM, Brancolini G, Bellantoni E, Scuffi I,



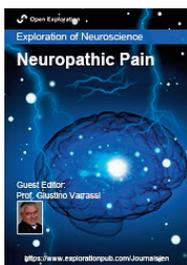
A Masticci A, Tesi M, Di Tommaso M, Petraglia F, Geppetti P, Nassini R & De Logu F.  
Nat Commun 15, 10142 (2024).  
[doi.org/10.1038/s41467-024-54486-6](https://doi.org/10.1038/s41467-024-54486-6)

### Abstract

Over 60% of women with endometriosis experience abdominopelvic pain and broader pain manifestations, including chronic back pain, fibromyalgia, chronic fatigue, vulvodynia, and migraine. Although the imbalance of proinflammatory mediators, including the complement component C5a, is associated with endometriosis-related pain, the mechanisms causing widespread pain and the C5a role remain unclear. Female mice and women with endometriosis exhibit increased plasma C5a levels and pain. We hypothesize the Schwann cells involvement in endometriotic pain. Here, we show that silencing the C5a receptor (C5aR1) in Schwann cells blocks the C5a-induced activation of the NLRP1 inflammasome and subsequent release of interleukin-1 $\beta$  (IL-1 $\beta$ ). Macrophages, recruited to sciatic/trigeminal nerves by IL-1 $\beta$  from Schwann cells, increase oxidative stress, which activates the proalgesic TRPA1 pathway, resulting in widespread pain. These findings reveal a pathway involving Schwann cell C5aR1, NLRP1/IL-1 $\beta$  activation, macrophage recruitment, oxidative stress, and TRPA1 engagement, contributing to pain in a mouse model of endometriosis.

\* \* \* \* \*

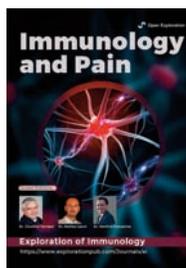
## CALL FOR PAPERS



Special Issue Topic  
Neuropathic Pain

Submission Deadline:  
December 31, 2024

[https://www.explorationpub.com/Journals/en/Special\\_Issues/194](https://www.explorationpub.com/Journals/en/Special_Issues/194)



Special Issue Topic  
Immunology and Pain

Submission Deadline:  
June 30, 2025

[https://www.explorationpub.com/Journals/ei/Special\\_Issues/275](https://www.explorationpub.com/Journals/ei/Special_Issues/275)



\* \* \* \* \*

### A Review of Current Approaches to Pain Management in Knee Osteoarthritis with a Focus on Italian Clinical Landscape

Giaretta S, Magni A, Migliore A, Natoli S, Puntillo F, Ronconi G, Santoiemma L, Sconza C, Viapiana O, Zanolli G.  
J Clin Med. 2024 Aug 31;13(17):5176.  
doi: 10.3390/jcm13175176doi:  
10.1155/2024/1228194. PMID: 38524401;  
PMCID: PMC10960655

#### Abstract

The global cases of knee osteoarthritis (KOA) are projected to increase by 74.9% by 2050. Currently, over half of patients remain dissatisfied with their pain relief. This review addresses unmet needs for moderate-to-severe KOA pain; it offers evidence and insights for improved management. Italian experts from the fields of rheumatology, physical medicine and rehabilitation, orthopedics, primary care, and pain therapy have identified several key issues. They emphasized the need for standardized care protocols to address inconsistencies in patient management across different specialties. Early diagnosis is crucial, as cartilage responds better to early protective and structural therapies. Faster access to physiatrist evaluation and reimbursement for physical, rehabilitative, and pharmacological treatments, including intra-articular (IA) therapy, could reduce access disparities. Concerns surround the adverse effects of oral pharmacological treatments, highlighting the need for safer alternatives. Patient satisfaction with corticosteroids and hyaluronic acid-based IA

therapies reduces over time and there is no consensus on the optimal IA therapy protocol. Surgery should be reserved for severe symptoms and radiographic KOA evidence, as chronic pain post-surgery poses significant societal and economic burdens. The experts advocate for a multidisciplinary approach, promoting interaction and collaboration between specialists and general practitioners, to enhance KOA care and treatment consistency in Italy.

\* \* \* \* \*

### Chronic pain management in fibromyalgia: the INTEGRO (INTEGRated Psychotherapeutic InterventiOn) protocol and its application on two case studies

Pasini I, Donisi V, Veneziani E, Perlini C, Nizzero M, Lippolis I, Polati E, Schweiger V, Del Piccolo L.  
Front Med (Lausanne). 2024  
Oct 24;11:1408693.  
doi: 10.3389/fmed.2024.1408693.

#### Abstract

**Objectives:** To present an innovative integrated manualized psychotherapeutic intervention for fibromyalgia (FM) based on cognitive and behavioral therapy, acceptance and commitment therapy, and somatic experiential techniques (namely the INTEGRated Psychotherapeutic InterventiOn, INTEGRO) and illustrate its application on two case studies.

**Methods:** INTEGRO is composed of 12 individual sessions. The main objectives of the intervention



were psychoeducation of chronic pain mechanisms, understanding the role of cognitive and emotional variables in one's pain perception, teaching patient-tailored skills to increase pain awareness and its management, and learning how to live with pain experience. A 57-year-old woman (patient A) and a 26-year-old woman (patient B) with FM have been selected to describe their care pathways connected to the INTEGRO protocol. Data related to assessment variables and clinical processes have been reported, focusing on the mechanisms that contribute to the maintenance (i.e., avoidance or overcompensation) of chronic pain in FM, on the role of patients' naïf theories, and on the implications that all these aspects may have on the burden related to pain management.

**Results:** Both patients showed a reduction in FM burden and an increase in self-efficacy in pain management: patient A reported an improvement in emotional regulation ability; patient B showed a decrease in pain interference in work activities and on emotional dimension.

**Conclusion:** Examining each phase of the clinical protocol through the lens of its clinical application, the paper provides insights into the relationship among crucial psychosocial mechanisms, pain perception, management in FM treatment, and how all these aspects have been dealt with during psychotherapeutic treatment.



\*\*\*\*\*

## Diagnostic Nerve Block to Guide Botulinum Neurotoxin Type A Injection for Clonus in Spastic Equinovarus Foot: A Retrospective Study

Filippetti M, Tamburin S, Di Maria I, Angeli C, Di Censo R, Mantovani E, Smania N, Picelli A. *Toxins*. 2024; 16(12):503. doi.org/10.3390/toxins16120503

### Abstract

Clonus is characterized by involuntary, rhythmic, oscillatory muscle contractions, typically triggered by rapid muscle stretching and is frequently associated with spastic equinovarus foot (SEVF), where it may increase risk of falls and cause discomfort, pain, and sleep disorders. We hypothesize that selective diagnostic nerve block (DNB) of the tibial nerve motor branches can help identify which muscle is primarily responsible for clonus in patients with SEVF and provide useful information for botulinum neurotoxin type A (BoNT-A) treatment. This retrospective study explored which calf muscles contributed to clonus in 91 patients with SEVF after stroke ( $n = 31$ ), multiple sclerosis ( $n = 21$ ), and cerebral palsy ( $n = 39$ ), using selective DNB. We found that SEVF-associated clonus was most commonly driven by the soleus muscle, followed by the gastrocnemius lateralis and medialis, tibialis posterior, and flexor digitorum longus, and that frequency differed according to SEVF etiology. Our data suggest that identifying the muscles involved in SEVF-associated clonus may aid clinicians in personalizing BoNT-A treatment to single patients. Also, the





findings of this study suggest that applying a 'stroke model' to treating spasticity secondary to other etiologies may not always be appropriate.

\* \* \* \* \*

### Pain Management in Knee Osteoarthritis: Insights from an Exploratory Online Survey of Italian Patients and Physicians

Iolascon G, Migliore A, Beretta G, Bernetti A, Bortolotti R, Celano A, Giarratano A, Marinangeli F, Momoli A, Sebastiani GD, Tomasini A, Tonolo S, Madotto F, Di Martino A, Natoli S.

Healthcare (Basel). 2024 Oct 18;12(20):2077.

doi: 10.3390/healthcare12202077.

#### Abstract

**Background:** In Italy, knee osteoarthritis (KOA) accounts for over 5 million prevalent cases and requires long-term multidisciplinary management. The most frequent KOA symptom is pain. The aim of the survey is to provide a national overview of the current management of moderate-to-severe pain associated with KOA from both clinicians' and patients' perspectives.

**Methods:** An exploratory qualitative survey was conducted in Italy between July and October 2023. The survey participants were members of four national scientific societies and two patient associations who were invited to participate via email and given an online questionnaire. Questions included a mix of single and multiple responses and scalar items.

**Results:** In total, 1473 clinicians and 150 patients with KOA completed the questionnaire. Patients

rated knee pain as both the most burdensome symptom and the most frequent reason for treatment dissatisfaction and seeking consultation. One in two patients declared that they were unsatisfied/little satisfied with the current prescribed analgesic treatments. The clinicians surveyed preferentially prescribed intra-articular hyaluronic acid, oral non-steroidal anti-inflammatory drugs/paracetamol, non-pharmacological intervention, and intra-articular corticosteroids. The clinicians' selection of analgesic therapy often failed to adequately meet patients' expectations for pain relief.

**Conclusions:** Our findings highlight the current unmet needs of patients with KOA in Italy and call for new approaches to effectively optimize the management of KOA-associated pain.

\* \* \* \* \*

### Endocannabinoid system and phytocannabinoids in the main species of veterinary interest: a comparative review

Di Salvo A, Chiaradia E, Sforza M, Della Rocca G.

Vet Res Commun. 2024 Oct;48(5):2915-2941. doi: 10.1007/s11259-024-10509-7.

#### Abstract

Since the discovery of the endocannabinoid system and due to the empirical evidence of the therapeutic effects on several illnesses both in humans and animals that follow the administration of exogenous cannabinoids (i.e., phytocannabinoids), numerous studies have been conducted. These investigations aimed to identify the expression and distribution of cannabinoid receptors in



healthy and pathologic organs and tissues of different animal species and to define the interactions of phytocannabinoids with these receptors. In the last decade, pharmacokinetics, efficacy and tolerability of many Cannabis derivatives formulations, mainly containing cannabidiol, in the main species of veterinary interest, have been also investigated. This manuscript summarizes the findings reported by the scientific studies published so far on the molecular mode of action of the main phytocannabinoids, the localization of cannabinoid receptors in organs and tissues, as well as the pharmacokinetics, efficacy and tolerability of Cannabis derivatives in dogs, cats, horses and other species of veterinary interest. A deep knowledge of these issues is crucial for the use of phytocannabinoids for therapeutic purposes in animal species.

★ ★ ★ ★ ★

## Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation for Prevention and Treatment of Post-Herpetic Neuralgia: A Narrative Review

Kaye A D, Islam R K, Tong VT, Tynes BE, Kelly R, Sala KR, Abbott B, Patel CR, Lentz IB, Behara R, Patil S, Wasif U, Shekoochi S, Varrassi G

(November 25, 2024) *Cureus* 16(11): e74416. doi:10.7759/cureus.74416

### Abstract

The present investigation evaluated transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for the non-pharmacological treatment of post-herpetic neuralgia (PHN). PHN is the most common com-

plication of the Herpes Zoster virus, affecting one in every five patients with shingles, and presents as intense neuropathic pain that can persist for 90 days or longer after the initial onset of symptoms. Current pharmacological treatment options are mainly limited to symptom management, including oral medications such as tricyclic antidepressants and gabapentinoid preparations, as well as topical options such as lidocaine or capsaicin. TENS is a minimally invasive, non-pharmacological electrical nerve stimulation device currently approved for the treatment of neuropathic pain in adults, providing patients with an alternative or adjunct treatment option to medication with a reduced potential for unwanted side effects, drug-drug interactions or potentially life-threatening toxicity. Current indications for the use of TENS in the treatment of PHN are recommended only after therapeutic goals are attempted and unsuccessfully met by current mainstay medications. More research into the efficacy and safety of TENS for treating PHN should be conducted to clarify further its role as a mainstay treatment for this condition.





\* \* \* \* \*

### Kratom: A Narrative Review of the Possible Clinical Uses and Dangers of This Opioid-Like Plant

Edinoff AN, Kaufman SE, Taylor C. Mahoney TC, Upshaw WC, Gong J, Elyse M. Cornett EM, Murnane KS, Kaye AM, Giustino Varrassi G, Shekoochi S, Kaye AD. (November 05, 2024) Cureus 16(11): e73058. doi:10.7759/cureus.73058

#### Abstract

The term "kratom" refers to a plant species formally known as *Mitragyna speciosa*. Kratom is composed of over 40 alkaloids, a type of organic compound that contains nitrogen.

These compounds work primarily via binding to opioid receptors expressed on neurons, where they stimulate signal transduction mechanisms involving the activation of G proteins. Kratom has

been shown to cause both a stimulant-like effect and a sedative effect in humans.

These studies have shown that use is highest among European-American, middle-class men living in suburban areas.

Additionally, individuals who have a history of opioid misuse are also more likely to take kratom. Kratom is used by many different people in the US for numerous different reasons. Some of the most often cited reasons include treating chronic pain conditions, depression, and anxiety. Individuals who used kratom for these reasons typically consumed kratom daily at a dose of 1-3 grams, with the kratom extracted into a powder to be consumed in a capsule. Additionally, there have been reports of kratom being used to treat opioid withdrawal symptoms, as kratom can bind to some of the same receptors as opioids. This manuscript specifically describes trends regarding the use of kratom in the US, pharmacokinetic and pharmacodynamic properties of kratom, potential therapeutic uses of kratom, adverse events caused by kratom, and case studies in the literature regarding patients using kratom.

## LISTA PUBBLICAZIONI SOCI



Nella homepage del sito AISD già da anni pubblichiamo i riferimenti bibliografici e l'abstract di articoli scientifici che vedono i soci AISD come autori principali o come coautori, o perché membri dei gruppi di ricerca che hanno curato la pubblicazione.

Visita il sito [www.aisd.it](http://www.aisd.it), nella homepage sono indicate le pubblicazioni più recenti. Nella pagina Pubblicazioni soci sono invece elencate divise per anno di pubblicazione.

Per segnalazioni: [redazione@aisd.it](mailto:redazione@aisd.it)



Fondazione  
**Francesco della Valle**  
PER LA RICERCA E LE CONOSCENZE

# Call for Applications for "EXCELLENCE IN NEUROINFLAMMATION" AWARD 2025

**With a thematic focus on natural mechanisms of neuroinflammation**

**Submission deadline for applications: January 31, 2025**

For further information: <https://francescodellavalle.foundation/>

Email: [fondazione@dellavalle.info](mailto:fondazione@dellavalle.info)

**Announcement - November 2024**

## **1. General call description**

The Francesco della Valle Foundation purpose is to pursue the promotion of scientific research in the medical and biology field, with particular reference to neuroinflammation, both at a central and peripheral level.

To this aim, the Foundation is issuing the "Excellence in Neuroinflammation Award" to recognize the remarkable and outstanding scientific publications by Young Researchers (under the age of 40) in the field of the natural mechanisms of neuroinflammation. Within the aforementioned aim, studies focused on non-neuronal cells (e.g., microglia, mast cells) will be preferred.

The award is designed as a form of support and encouragement for researchers at the early stage of their career. The name of the awardee will be formally announced at the "Francesco della Valle Foundation" website and the 2025 Excellence in Neuroinflammation meeting.

## **2. Excellence in Neuroinflammation 2025 Award call**

An award of EUR 3,000.00 will be granted to the best original research article published or accepted for publication between January 1st, 2024, and December 31st, 2024. The awardee will be notified by the end of March and will be invited to present his/her work at the 2025 Excellence in Neuroinflammation Meeting to be held next fall in Italy.

## **3. Eligibility**

The application must fulfil the following criteria:

3.1 Author: Young Researcher (under the age of 40 at the time of submitting the application) of any nationality.

3.2 Publication: Original research article published, or accepted for publication, in international peer reviewed and PubMed indexed Journals, between January 1st, 2024 and December 31st, 2024. A review article will be considered in exceptional cases, only when it represents an extraordinary contribution, in a high impact journal.

**4. Exclusion criteria**

**4.1. Applicants shall be excluded from the grant award procedure where they:**

- a. have been sentenced by final judgment on one or more of the following charges: participation in a criminal organisation, corruption, fraud, money laundering, terrorist financing, terrorist offences or offences linked to terrorist activities, child labour or trafficking in human beings;
- b. are in a situation of bankruptcy, liquidation, termination of activity, insolvency or arrangement with creditors or any like situation arising from a procedure of the same kind, or are subject to a procedure of the same kind;
- c. have received a judgment with res judicata force, finding an offence that affects their professional integrity or constitutes a serious professional misconduct;
- d. do not comply with their obligations as regards payment of social security contributions, taxes and dues, according to the statutory provisions of the country where they are established;
- e. are an entity created to circumvent tax, social or other legal obligations (empty shell company), have ever created or are in the process of creation of such an entity;
- f. have been involved in mismanagement of public funds;
- g. were involved in the preparation of the prize documents and this entails a distortion of competition.

**4.2. Applicants shall deliver, when submitting their application, a declaration on their honour certifying that they are not in any of the above-mentioned situations.**

**4.3. Applicants shall be excluded from the grant award procedure:**

- a. if they fail to comply with the arrangements for the submission of their applications as set out in the call for proposals;
- b. if they are subject to a conflict of interests; a conflict of interests could arise in particular as a result of economic interests, political or national affinity, family, emotional life or any other shared interest;
- c. if they have misrepresented information required for participating in the contest or fail to submit such information;
- d. if they are members of the Scientific Committee of the Francesco della Valle Foundation.

**Excellence in Neuroinflammation 2025 Award call at a glance**

Eligible authors	Young Author (under the age of 40)
Eligible papers	Original research article
Eligible Focus	Natural mechanisms of neuroinflammation. Within the aforementioned aim, studies focused on non-neuronal cells (e.g., microglia, mast cells) will be preferred
Eligible award period	Papers published or accepted for publication between January 1st, 2024, and December 31st 2024
Application deadline	January 31, 2025
Award amount	EUR 3,000.00 (gross amount subject to applicable Italian taxation)
Presentation meeting	The awardee will be notified by the end of March and will be invited to present his/her work at the 2025 Excellence in Neuroinflammation Meeting to be held next fall in Italy.
Award Committee	Scientific Committee of Francesco della Valle Foundation

**5. Application**

The proposal for the “Excellence in Neuroinflammation Award” must be submitted by filling out the online form at the following link: <https://francescodellavalle.foundation/en/excellence-in-neuroinflammation-award-2025/>. Applications are only accepted from the eligible author of an original research article. The on-line application must include the following information:

- a. Name and contact information for person submitting the nomination.
- b. Paper publication/acceptance details
- c. Short description of the applicant’s contribution to the work (maximum 1,200 characters including spaces)
- d. PDF CV of the author
- e. PDF copy of the author’s valid ID
- f. PDF of the original research article (published/accepted within the eligible award period)
- g. A no longer than 250 word-long statement about what, in author’s opinion, makes the paper outstanding (i.e., the contribution that this paper has made or it will make to the field).

**5.1 Application deadline**

The deadline for applications is January 31, 2025 within 8:00 PM (UTC-GMT). Incomplete or late applications will be automatically rejected.

**6 Award Criteria**

The Scientific Committee members of Francesco della Valle Foundation will score candidate papers. They will consider innovation, significance to the research community, scientific impact and technical excellence. Each submission will be scored on a 0 (lowest) – 50 (highest) scale, based on each of the five 0–10 criteria below.

Criteria:

- a. scientific rigor: clear definition of the object, correspondence of the approach and method adopted to address the problem (score 0–10);
- b. innovativeness: discovery of unknown mechanisms/pathways (score 0–10);
- c. reproducibility: detailed method description (score 0–10);
- d. sustainability: ability to rely on existing resources without resorting to sponsorships external to the Institute of affiliation (score 0–10);





e. translational nature: the potential use of the results in clinical practice (score 0–10). The winning paper should substantiate a new and novel idea, and inspire fellow scholars in their research, as opposed to just grinding out yet another example of a well-known approach or result (even if the study was neatly conducted and reported). In other words, it is the “WOW” factor that we hope to see in the winning paper. Based on the evaluation, the highest-ranked submission will be awarded the prize. In case of a tie, the selected publications will be awarded the same amount.

### 7. Management

Francesco della Valle Foundation will be responsible for the management of the evaluation process. The Foundation will inform the applicants about the decisions individually by March 30, 2025.

### 8. Award Presentation

The awardee will be invited to give an “Excellence in Neuroinflammation Award” special lecture, during the Excellence in Neuroinflammation Meeting to be held in Italy, Fall 2025. Beside the award, travel and accommodation will be charged to the Francesco della Valle Foundation.

### 9. Privacy and data processing

Personal data of the submitters will be processed by the Foundation exclusively for the purposes of managing procedures for the Award, in compliance with Legislative Decree 30 June 2003, n. 196 and subsequent amendments and EU Regulation n. 2016/679.

### 10. Call Schedule

November, 2024

Announcement of the call

January 31, 2025

Deadline for proposal submission

February-March 2025

Evaluation of the proposals

March 30, 2025

Decisions and information about the evaluation results

Fall 2025 (TBD)

Award Presentation at the Excellence in Neuroinflammation Meeting, Italy

# Roma Pain Days

## APRIL [10-12, 2025]



  
FONDAZIONE  
**Paolo Procacci**  
FOUNDATION  
*Comprendere e curare il dolore*  
*Understanding and curing pain*

OMNIA CONVENTION CENTER  
**Hotel Shangri-La Roma**  
HYBRID CONGRESS!



Verona, 5-7 novembre 2024



# Verona EFIC Pain School 2024

Tre giornate di studio sulle caratteristiche psicologiche del dolore



Varie indagini epidemiologiche documentano che il dolore cronico affligge circa il 20-30% della popolazione europea. Una recente indagine dell'Istituto Superiore di Sanità riporta che il dolore cronico affligge più di dieci milioni di persone in Italia con un progressivo incremento della prevalenza con l'aumentare dell'età (18-44 anni: 8%, 45-54 anni: 21%, 65-74 anni: 35%, > 85 anni: 50%) con diseguglianze di genere

(F/M: 60-40%), che si amplificano con l'età.

Tra le tipologie di dolore cronico, hanno un rilevante impatto epidemiologico il dolore neuropatico, cioè il dolore secondario a lesioni o patologie del sistema nervoso centrale o periferico e il dolore nociplastico, cioè il dolore caratterizzato da alterazioni del fisiologico funzionamento del sistema nocicettivo, come nelle persone affette da fibromialgia. In tali tipologie di

dolore cronico, le terapie farmacologiche ed i trattamenti invasivi sono efficaci in una minoranza di casi e gravati da rilevanti effetti collaterali che spesso portano all'interruzione del trattamento.

Le componenti psicologiche giocano un ruolo chiave nell'esperienza del dolore. Nel corso degli ultimi anni, è stato documentato il ruolo rilevante di fattori psicologici, come catastrofizzazione ed evitamento del dolore, come



determinanti della disabilità associata al dolore cronico. Altri fattori psicologici, come ottimismo ed affettività positiva possono proteggere dalla cronicizzazione del dolore e dal suo impatto. Recenti evidenze scientifiche indicano che la psicoterapia e gli interventi psicologici sono tra i trattamenti più efficaci per diversi tipi di dolore cronico ed alcuni di essi dovrebbero essere considerati come interventi terapeutici di prima linea in alcune condizioni.

Dal 5 al 7 novembre 2024, presso l'Aula Gavazzi della

Facoltà di Medicina si è tenuta la prima edizione della Verona EFIC Pain School "Pain Psychology for Non-Psychologists" organizzato dal Dipartimento di Neuroscienze, Biomedicina e Movimento dell'Università di Verona congiuntamente con l'European Pain Federation (EFIC®), con il patrocinio dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore. La Scuola ha visto l'intervento di vari docenti dell'Ateneo di Verona, nonché di esperti di rilevanza internazionale, con il coinvolgimento complessivo di 39 relatori che hanno

approfondito il tema del dolore in una pluralità di condizioni patologiche.

La Verona EFIC Pain School si è proposta di offrire nel corso di tre giornate una panoramica sulle principali caratteristiche psicologiche del dolore, sul ruolo delle variabili psicologiche nel trattamento del dolore, e sulle evidenze a sostegno dell'uso della psicoterapia e degli interventi psicologici per il trattamento del dolore cronico. L'obiettivo era quello di accrescere le conoscenze e competenze di professionisti non psicologi in merito agli aspetti psicologici del dolore, sulla base delle evidenze scientifiche più recenti. Hanno preso parte alla Scuola 35 medici, fisioterapisti ed altri professionisti sanitari provenienti da una varietà di paesi europei ed extraeuropei.

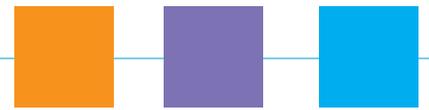
La Scuola è stata caratterizzata da frequenti momenti di discussione e da una forte partecipazione dei discenti che ha favorito lo scambio culturale multidisciplinare da parte di professionisti di ambito e contesto culturale differente. Notevole il grado di soddisfazione per il corso testimoniato dai partecipanti. La seconda edizione della Verona EFIC Pain School è prevista nel gennaio-febbraio 2026.

- **5-7 NOVEMBRE 2024**  
EFIC Pain School on Pain  
Psychology for Non-Psychologists  
[Verona](#)
- **9 NOVEMBRE 2024**  
Meeting dei Centri di terapia  
del dolore del Triveneto 2024  
[Verona](#)
- **16 NOVEMBRE 2024**  
Pazienti con dolore difficile:  
cosa fare?  
[Macerata](#)
- **23 NOVEMBRE 2024**  
Dolore: tra psiche e soma.  
Le cose da considerare,  
gli errori da evitare  
[Verona](#)
- **29 NOVEMBRE 2024**  
Workshop SIMG "Scatto  
matto al dolore infiammatorio"  
[Firenze](#)
- **30 NOVEMBRE 2024**  
Percorsi integrati nella terapia  
del dolore: esplorando analgesici,  
cannabis e neuromodulazione  
[Grottammare](#)



- **3 DICEMBRE 2024**  
Gli aperitivi dell'algologo:  
Il dolore neuropatico  
dalla diagnosi al trattamento  
[Reggio Emilia](#)
- **6 DICEMBRE 2024**  
Il dolore cronico in reumatologia:  
problema irrisolto?  
[Milano](#)
- **10 DICEMBRE 2024**  
Il brutto quarto d'ora dell'algologo:  
la fibromialgia  
[Reggio Emilia](#)
- **12-13 DICEMBRE 2024**  
Verona Neuropathic Pain 2024  
What's new and open issues  
nella diagnosi e terapia del dolore  
neuropatico  
[Verona](#)
- **10-12 aprile 2025**  
48° Roma Pain Days  
[Roma](#)
- **12-13 settembre 2025**  
Pain Medicine: a long journey  
50° anniversario del Primo  
Congresso IASP  
[Firenze](#)
- **25-27 settembre 2025**  
48° CONGRESSO AISD  
[Torino](#)





# Pain Medicine: a long journey

## 50° anniversario del Primo Congresso IASP a Firenze

Firenze, 12-13 settembre 2025

Congresso ibrido, in presenza e online

The fiftieth anniversary of the first world congress on Pain Medicine (IASP congress) offers a significant opportunity to increase awareness among doctors and patients about this critical issue. The 'Fondazione Paolo Procacci' sought to participate in this occasion, requesting support from the 'Fondazione Menarini' - a key institution dedicated to advancing various scientific aspects of medicine - for organizing a commemorative event. The proposal was swiftly accepted due to the topic's critical importance. We then reached out to potential speakers interested in contributing to this important congress from both scientific and social perspectives. Initially, we contacted the President of the IASP to recognize the significance of that first groundbreaking event. The enthusiastic response from the faculty marked the first undeniable success of our proposal.

The scientific program, designed from a "meet the expert" perspective, allocates each speaker 30 minutes to discuss

Follow us on: [WWW.FONDAZIONE-MENARINI.IT](http://WWW.FONDAZIONE-MENARINI.IT)



the key aspects that have guided their research careers from both historical and scientific viewpoints. We ensured the participation of speakers covering the historical evolution of Pain Medicine.

We are especially grateful to those who accepted our invitation, notably John Loeser, for sharing pioneering insights into the scientific foundations of pain study.

Only by fully appreciating the roots of this field can we understand how the pathophysiology and therapy of pain have evolved. Many of us have witnessed the rapid scientific advancements in this branch of medicine, which Descartes initially approached rudimentarily, but which has experienced fantastic growth over the last five decades, allowing for a significantly improved understanding and treatment of patients suffering from pain.

Through this commemorative event, we aim to summarize the essential aspects of scientific evolution, leaving an important legacy for new generations and encouraging them to pursue a path of cultural advancement that will, we hope, one day lead to the eradication of one of humanity's greatest challenges: PAIN.

Giustino Varrassi and Pierangelo Geppetti

## ENDORSEMENTS



**AISD - Associazione Italiana per lo Studio del Dolore**



**ASEAPS - Association of Southeast Asian Pain Societies**



**EFIC - European Pain Federation**



**FEDELAT - Federación Latinoamericana de Asociaciones para el estudio del Dolor**



**Fondazione Paolo Procacci**



**IASP - International Association for the Study of Pain**



**INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN**

First World Congress





# Workshop SIMG "Scatto matto al dolore infiammatorio", in collaborazione con AISD e SIAARTI



Il Workshop si è svolto nell'ambito del 41° Congresso nazionale SIMG, Società Italiana di Medicina Generale e si è proposto di definire l'approccio assistenziale ed esistenziale nel percorso diagnostico terapeutico integrato Medico di Medicina Generale e specialista (dimensioni cliniche, bisogni irrisolti, strategie terapeutiche) per la gestione clinica del paziente complesso con dolore di origine infiammatoria, in accordo con le più recenti evidenze scientifiche e linee-guida.

La novità di quest'anno del Congresso SIMG è stata infatti la SIMG Academy: una palestra di ragionamento clinico dove i MMG si confrontano con specialisti di varie società scientifiche. Oltre al dolore infiammatorio, le tematiche hanno previsto la gestione della BPCO, le infezioni delle vie urinarie, l'obesità e ciò che ruota intorno alle comorbidità cardio-metaboliche.

L'obiettivo è di favorire il knowledge sharing: esperienze,

evidenze ed opinioni a confronto con l'utilizzo di metodologie didattiche innovative che si basano su interazioni inter pares in uno spazio fisico di una moderna agorà scientifica.

I relatori, oltre alla dottoressa Lucia Muraca (MMG di Catanzaro, Rete nazionale SIMG dolore e cure palliative. Medicina di genere e Rappresentante regionale AISD Calabria) che ha coordinato l'organizzazione dell'incontro, sono stati cinque giovani specialisti algologi che discutono dei casi clinici. Attraverso l'analisi di ogni caso sono stati approfonditi i principali fattori di rischio, l'approccio diagnostico e l'utilizzo appropriato dei farmaci, con un focus particolare sui pazienti con comorbidità. L'evento rappresenta un modello di cooperazione tra la SIMG e le altre Società Scientifiche, per rafforzare i legami professionali e promuovere l'eccellenza sanitaria.



# Il dolore cronico in reumatologia: problema irrisolto?

Milano, 6 dicembre 2024

Il trattamento del dolore cronico prevede, oltre ad un approccio farmacologico, una attenta valutazione della terapia non farmacologica soprattutto in relazione ai cosiddetti patient reported outcomes (stanchezza, sintomi psicoaffettivi, sonno ecc), ossia ai sintomi che meglio definiscono la qualità della vita dei pazienti in presenza di un quadro clinico associato a dolore. Infatti la maggior parte delle visite reumatologiche avviene per la presenza di svariati sintomi tra i quali il dolore ha una responsabilità prevalente. Negli ultimi anni, ragionando sul dolore cronico sono emersi nuovi aspetti patogenetici che hanno determinato e strutturato un approccio terapeutico differente con il chiaro concetto che la maggior parte delle sindromi dolorose croniche nascono dall'intreccio di situazioni cliniche che vanno dal dolore nocicettivo a quello nociplastico con particolare attenzione per le forme dolorose di tipo misto.

Questo convegno ha cercato di chiarire un percorso diagnostico-terapeutico che faciliti una corretta diagnosi e un percorso utile da un punto di vista terapeutico per i nostri pazienti che devono convivere, a volte per tempi lunghi, con il dolore cronico.

Molte delle problematiche sono legate alla concomitante presenza di sintomi connessi al dolore cronico nociplastico sia esso primario come nel caso di sindrome fibromialgica oppure concomitante come nel 20% delle patologie reumatiche di tipo infiammatorio. Tra i pilastri che reggono una appropriata ed efficiente strategia terapeutica, occorre sottolineare l'importanza di una corretta forma fisica (fitness) ossia del giusto equilibrio tra esercizio fisico e alimentazione. Concetti come self-management e self-efficacy appartengono alla nostra penna o meglio alla tastiera del computer e la nostra attenzione si è spostata sull'educazione del paziente alla gestione del dolore in tutti i suoi aspetti clinici, psicologici e riabilitativi.

Il dolore cronico ormai coinvolge vari operatori



sanitari compresi psicologi, fisioterapisti, nutrizionisti ecc. Questo è il motivo per cui l'approccio al dolore è ormai di pertinenza multidisciplinare e la scelta della terapia e nasce dall'approccio multidisciplinare e dal rapporto con il singolo paziente. Abbiamo affrontato i risultati che si possono ottenere con i cortisonici e i fans, gli analgesici, gli antidepressivi e i gabapentinoidi, abbiamo cercato di far luce sull'azione dei nuovi farmaci come i biologici e i jak-inibitori per comprendere meglio come si sta modificando la strategia terapeutica dietro il dolore. Rimane la necessità e l'importanza per il medico reumatologo, algologo ma in generale per tutti i medici e gli operatori sanitari di una approfondita conoscenza del mondo farmacologico del dolore cronico. Occorre familiarizzare con categorie di farmaci quali gli antidepressivi, i gabapentinoidi e comprendere quando sono indicati e con che motivazione. Le ultime novità come l'utilizzo dei cannabinoidi e di alcuni integratori efficaci in alcune forme di dolore hanno reso a nostro avviso, questo incontro un utile confronto con le proprie capacità prescrittive consolidate e le novità della letteratura.

## Responsabili scientifici del corso:

Diego Fornasari e Piercarlo Sarzi Puttini

Il convegno si è svolto a Milano, presso l'Aula Magna Città Studi dell'Università degli Studi, via Vanvitelli 32.

Segreteria organizzativa e provider:  
Info&med srl, Milano



## Verona Neuropathic Pain 2024



# What's new and open issues nella diagnosi e terapia del dolore neuropatico

Verona, 12-13 dicembre 2024

Il Verona Neuropathic Pain rappresenta un tradizionale appuntamento di aggiornamento sulla fisiopatologia, diagnosi e terapia del dolore neuropatico, una condizione che coinvolge circa il 7-8% della popolazione. Neuropatie compressive, come la sindrome del tunnel carpale, traumatiche e post-chirurgiche, radicolopatie secondarie a spondilodiscoartrosi, nevralgia post-erpetica, nevralgia del trigemino, polineuropatie dolorose, come la neuropatia diabetica, patologie del midollo spinale, sclerosi multipla ed ictus costituiscono le cause principali di dolore neuropatico. Malgrado la rilevanza epidemiologica, il dolore neuropatico rappresenta una sfida diagnostica e terapeutica e si stima che solo un 30% dei pazienti raggiunga un sufficiente controllo del dolore. Grazie alla presenza di una





faculty multidisciplinare, il convegno ha presentato lo stato dell'arte su fisiopatologia e diagnostica integrata con metodiche neurofisiologiche e di imaging, nuove linee guida terapeutiche, evidenze sull'uso di oppioidi, cannabinoidi, metodiche di stimolazione cerebrale non-invasiva e di neurochirurgia funzionale, comorbidità e loro trattamento.

L'evento è stato accreditato nel programma di Educazione Continua in Medicina secondo le attuali disposizioni, per 80 partecipanti in modalità RES e 200 in modalità FAD sincrona/webinar.

Sede del Convegno: Policlinico G.B. Rossi, Piazzale Scuro 10, Verona (Aula 1-2 Piastra Odontoiatrica)

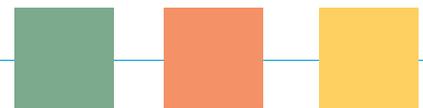
Coordinatore e responsabile scientifico del corso: Stefano Tamburin

Segreteria scientifica: Elisa Mantovani, Stefano Tamburin, Michele Tinazzi

Provider ECM e segreteria organizzativa: Executive Congress Srl, Firenze



## NOTIZIE



# La prof. Caterina Aurilio è stata eletta Honorary Secretary dell'EFIC European Pain Federation

Annunciamo con piacere la nomina della prof. Caterina Aurilio a Honorary Secretary della European Pain Federation EFIC®.

Caterina Aurilio, già professore ordinario di anestesiologia, terapia intensiva e terapia del dolore presso l'Università della Campania L. Vanvitelli dal 2001, ha ricoperto il ruolo di direttore esecutivo di anestesia, terapia intensiva e clinica del dolore presso l'Ospedale universitario Vanvitelli di Napoli. Ha svolto ruoli chiave nelle iniziative nazionali e internazionali di gestione del dolore, è stata presidente dell'AISSD, Associazione Italiana per lo Studio del Dolore dal 2012 al 2014 e coordinatore nazionale di terapia del dolore e cure palliative per SIAARTI dal 2015 al 2018. Ha diretto la Scuola di specializzazione in anestesiologia, terapia intensiva e terapia del dolore dal 2012, nonché masterclass in cure palliative e terapia del dolore. Inoltre, è docente nel Dottorato di medicina traslazionale ed è stata revisore presso l'Agenzia nazionale di valutazione delle università e della ricer-

ca (ANVUR) dal 2015. La leadership di Caterina e i suoi contributi alla formazione pratica clinica in medicina del dolore è ampiamente riconosciuta nel settore. La prof. Aurilio è membro del Direttivo dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore,





Consiglio dei past president.

Pubblichiamo una sua breve dichiarazione in merito al nuovo incarico di Honorary Secretary della European Pain Federation EFIC® che ha rivolto ai colleghi che l'hanno sostenuta.

*Vorrei ringraziarvi sinceramente per il vostro supporto e la vostra fiducia. Le attività della European Pain Foundation EFIC rappresentano una preziosa opportunità per ispirare la prossima generazione di scienziati, promuovendo un ambito di condivisione di conoscenze, scambi e networking professionale. Credo fermamente che la collaborazione tra professionisti di diversi paesi in tutta Europa sia fondamentale per far progredire la ricerca scientifica e garantire la rapida integrazione di nuove scoperte nella pratica clinica.*

*Assumo questo nuovo ruolo impegnandomi pienamente ad adempiere alle responsabilità che mi sono state affidate e a lavorare sodo per soddisfare le vostre aspettative. Grazie per il vostro supporto! Caterina Aurilio*

La prof. Aurilio è stata eletta insieme alla Prof. Esther Pogatzki-Zahn, che sarà il prossimo presidente EFIC, dal 2026 al 2029. La Prof.ssa Esther

Pogatzki-Zahn è un'anestesista di grande esperienza, specialista di medicina del dolore e ricercatrice, con un impegno di lunga data in EFIC e nell'International Association for the Study of Pain (IASP). Ha svolto un ruolo chiave in vari gruppi di lavoro e comitati EFIC, tra cui lo sviluppo di raccomandazioni di pratica clinica sugli oppioidi, come presidente del comitato scientifico EFIC per #EFIC2023 e ha guidato il comitato di ricerca EFIC. Inoltre, è stata consigliere per IASP, presiedendo diverse task force internazionali. La sua competenza spazia dallo sviluppo di linee guida, alla formazione e alla ricerca, rendendola una figura di spicco nel progresso della scienza e gestione del dolore.

#### Per maggiori informazioni sull'EFIC:

[europeanpainfederation.eu](http://europeanpainfederation.eu)

Va ricordato che l'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore ha contribuito attivamente alla fondazione della European Pain Federation, avvenuta nel 1993. Tra i fondatori il prof Giustino Varrassi, che è stato nel Consiglio Direttivo dal 1993 al 2014 ed è stato presidente nel triennio 2008-2011.



## È iniziata la FAD del 47° Congresso nazionale AISD

È iniziata il 15 ottobre la FAD collegata al 47° Congresso dell'Associazione Italiana per lo studio del dolore (Bergamo, 19-21 settembre scorso). La FAD include tutte le sessioni scientifiche e letture proposte nel programma scientifico del Congresso.

Sarà disponibile nella piattaforma [fad.planning.it](http://fad.planning.it) fino al 15 marzo 2025.

Il corso è accreditato per le figure professionali di: Medico Chirurgo (varie specializzazioni); Infermiere; Infermiere Pediatrico; Assistente Sanitario; Farmacista; Psicologo; Tecnico Ortopedico; Biologo; Fisioterapista. I crediti ECM assegnati sono 20.

#### Agevolazioni per chi ha partecipato al Congresso

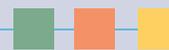
Chi ha partecipato in presenza al Congresso ha ricevuto in questi giorni una mail da Planning Congressi ([noreply@planning.it](mailto:noreply@planning.it)). Basta seguire le indicazioni per iscriversi alla FAD e ricevere le credenziali di accesso. L'iscrizione non prevede costi aggiuntivi. Sugeriamo di controllare anche nello spam. Per eventuali informazioni, o per richiedere un nuovo inoltro della mail, contattare l'indirizzo: [r.cantelli@planning.it](mailto:r.cantelli@planning.it)

#### Possibilità di iscrizione alla FAD per chi non ha partecipato al Congresso

Per i soci AISD in regola con la quota associativa la quota è di 91,50 € (Iva inclusa). Per i non soci è 183,00 € (Iva inclusa).

L'iscrizione va effettuata dal sito [fad.planning.it](http://fad.planning.it), previa registrazione.

Ricordiamo la scadenza della FAD: 15 marzo 2025.



## La prof. Maria Caterina Pace rappresenterà l'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore presso l'EFIC®

La prof. Maria Caterina Pace entra nel Consiglio della European Pain Federation, EFIC® in rappresentanza dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore. Subentra alla prof. Caterina Aurilio che è stata eletta Honorary Secretary EFIC®. Prima della prof. Aurilio per vari anni l'incarico è stato ricoperto dal prof. Stefano Coaccioli, già presidente AISD dal 2018 al 2020.

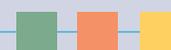


La European Pain Federation EFIC® è un'organizzazione professionale multidisciplinare nel campo della ricerca sul dolore e della gestione del dolore, composta dai Capitoli dell'International Association for the Study of Pain (IASP®) in Europa, è stata fondata nel 1993.

Rappresenta circa 20.000 medici, ricercatori di base, infermieri, fisioterapisti, psicologi e altri professionisti sanitari in tutta Europa, che sono coinvolti nella gestione del dolore e nella ricerca sul dolore.

La prof. Pace è professore ordinario di anesthesiologia, terapia intensiva e terapia del dolore presso l'Università della Campania L. Vanvitelli. Nel 1986 si è specializzata in anestesia e rianimazione, nel 1994 in Chirurgia d'Urgenza e Pronto Soccorso, nel 2014 ha conseguito il diploma di specializzazione in Psicoterapia a indirizzo sistemico-relazionale. Oltre a vari incarichi in ambito universitario e ospedaliero, la sua attività scientifica conta numerose pubblicazioni ad impatto internazionale, relazioni a Congressi e Convegni nazionali ed internazionali e partecipazione a protocolli di ricerca, è stata inoltre referente dell'AISD nella XII Commissione Affari Sociali del Parlamento per la stesura delle "Disposizioni per garantire l'accesso alle terapie del dolore ed alle cure palliative" nel 2009.

Auguri di buon lavoro a Caterina!



## Manifestazione "Fibromialgia: è ora di riconoscerla"

**Fibromialgia:  
è ora di riconoscerla**  
Riprendiamo il percorso

**Partecipa alla manifestazione pubblica**  
29 ottobre 2024 ore 12:00  
Roma, Piazza Vidoni

Unisciti alle nostre azioni di pressione.  
Vieni a scoprire di più.

L'AISF, Associazione Italiana Sindrome Fibromialgica ODV, da anni è impegnata nella battaglia per il riconoscimento della fibromialgia come patologia invalidante e per sensibilizzare l'opinione pubblica e le istituzioni sulle condizioni dei pazienti affetti da questa malattia.

L'Associazione ha organizzato una manifestazione pubblica martedì 29 ottobre 2024 nei pressi del Senato della Repubblica, manifestazione che è stata preceduta da una conferenza stampa presso la Sala Caduti di Nassirya del Senato con la partecipazione di rappresentanti istituzionali e specialisti sanitari. L'evento ha rappresentato un'importante occasione per fare il punto sull'effettivo inserimento della fibromialgia nei Livelli Essenziali di Assistenza.



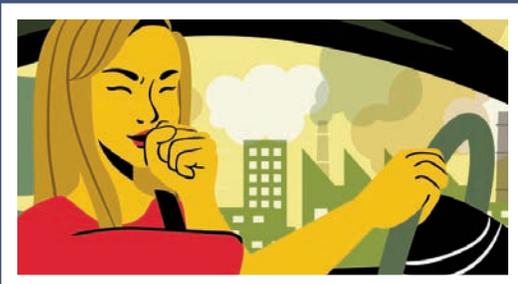
## Buon uso dei farmaci oppiacei nella terapia del dolore cronico non da cancro dell'adulto

Pubbligate nel sito dell'Istituto Superiore di Sanità le Linee Guida sul "Buon uso dei farmaci oppiacei nella terapia del dolore cronico non da cancro dell'adulto". Le Linee guida sono state elaborate da SIAARTI-Società Italiana Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva, in collaborazione con: Cittadinanzattiva, FNOPI, SIF, SIGG, SIMG, SIMI, SITD.

Il pdf è disponibile nel sito [www.iss.it](http://www.iss.it)



## Comunicato congiunto AISD-ACD Siaarti sull'art. 187 del nuovo Codice della strada



Il 20 novembre 2024 è stato approvato dal Senato il nuovo Codice della Strada, che porta rilevanti novità per cittadini e pazienti. L'aspetto più preoccupante per i pazienti affetti da dolore cronico è la modifica dell'articolo 187 del suddetto codice, che regola la guida sotto l'effetto di sostanze psicotrope, tra cui sono annoverati anche i farmaci oppiacei e le benzodiazepine. Dai prossimi mesi (quando entrerà in vigore, al netto di eventuali decreti attuativi susseguenti che ritornino sull'argomento), non servirà più dimostrare una alterazione dello stato psicofisico del guidatore/paziente che assume tali farmaci per sanzionarlo, ma basterà un sospetto da parte della Forza dell'Ordine ed il riscontro di una positività biologica agli oppiacei per procedere con la sospensione della patente di guida e l'invio alla revisione, con tutte le conseguenze del caso che potrebbero arrivare fino alla revoca. Fermo restando la necessità di un atteggiamento severo verso chi utilizza sostanze psicotrope illegali (droghe propriamente dette), ci sembra quanto mai urgente differenziare tale tipologia di utenti della strada dai pazienti che assumono farmaci sotto controllo medico e che presentano concentrazioni ematiche del farmaco compatibili con le prescrizioni terapeutiche, per lenire il dolore e migliorare la qualità di vita. Tale provvedimento potrebbe rivelarsi discriminante per i pazienti. Confidiamo in una condivisione di percorsi nei prossimi mesi, prima dell'esecutività del Codice.

# Novembre 2024: mese della sensibilizzazione sulla sindrome dolorosa regionale complessa

Ogni anno, dal 2014, il mese di novembre è il mese che si colora di arancio per riportare l'attenzione sulla sindrome dolorosa regionale complessa (CRPS). Si tratta di un disturbo doloroso primario post traumatico, doloroso e debilitante. La IASP ha precisato che il "dolore primario" è un dolore nociplastico a cui si aggiungono disturbi della sfera psicosociale e gravi disabilità correlate.

Le presentazioni cliniche variano enormemente tra i pazienti e la diagnosi viene effettuata utilizzando i criteri di Budapest. (vedi tabella pubblicato nel sito EFIC).

Budapest criteria. Taken from Goebel, A, Barker, C, Birklein, F, et al. Standards for the diagnosis and management of complex regional pain syndrome: Results of a European Pain Federation task force. Eur J Pain. 2019; 23: 641– 651.

<https://doi.org/10.1002/ejp.1362>

Aumentare la consapevolezza della CRPS è fondamentale per migliorare la diagnosi precoce, la possibilità di accedere ad un trattamento appro-

priato, la comprensione pubblica ed in ultima analisi il supporto per le persone che vivono con questa condizione. Dedicare il mese di novembre a questa sindrome dolorosa può aiutare a offrire una migliore qualità di vita alle persone affette da CRPS e nello stesso tempo promuovere la ricerca di trattamenti più efficaci.

## Novembre 2024: mese della sensibilizzazione sulla sindrome dolorosa regionale complessa

Ogni anno, dal 2014, il mese di novembre è il mese che si colora di arancio per riportare l'attenzione sulla sindrome dolorosa regionale complessa (CRPS). Si tratta di un disturbo doloroso primario post traumatico, doloroso e debilitante. La IASP ha precisato che il "dolore primario" è un dolore nociplastico a cui si aggiungono disturbi della sfera psicosociale e gravi disabilità correlate.

Le presentazioni cliniche variano enormemente tra i pazienti e la diagnosi viene effettuata utilizzando i criteri di Budapest. (vedi Figura 1 pubblicata nel sito EFIC).

Category		Sign (you can see or feel a problem)	Symptom (the patient reports a problem)
1 'Sensory'	Allodynia (to light touch and/or temperature sensation and/or deep somatic pressure and/or joint movement) and/or hyperalgesia (to pinprick)	<input type="checkbox"/>	Hyperesthesia does also qualify as a symptom <input type="checkbox"/>
2 'Vasomotor'	Temperature asymmetry and/or skin colour changes and/or skin colour asymmetry	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 'Sudomotor/oedema'	Oedema and/or sweating changes and/or sweating asymmetry	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 'Motor/trophic'	Decreased range of motion and/or motor dysfunction (weakness, tremor, dystonia) and/or trophic changes (hair/nail/skin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Figura 1 - Budapest criteria. Da: Goebel, A, Barker, C, Birklein, F, et al. Standards for the diagnosis and management of complex regional pain syndrome: Results of a European Pain Federation task force. Eur J Pain. 2019; 23: 641–651. doi.org/10.1002/ejp.1362

Aumentare la consapevolezza sulla CRPS è fondamentale per migliorare la diagnosi precoce per accedere a un trattamento appropriato e dare il necessario supporto alle persone che vivono con questa condizione. Dedicare il mese di novembre a questa sindrome dolorosa può quindi aiutare a offrire una migliore qualità di vita alle persone affette da CRPS e nello stesso tempo promuovere la ricerca di trattamenti più efficaci.



Il 1° novembre 2024 è scomparso all'età di 82 anni il Dott. **Giampaolo Pinato**, figura di spicco della Terapia del Dolore in Italia. Nato a Cona nel 1942, si laurea in Medicina a Padova nel 1966. Specialista in Anestesia e rianimazione e successivamente in Ginecologia e Ostetricia, inizia a lavorare presso l'Ospedale Civile Umberto I di Mestre (VE) come anestesista nel 1972, dedicandosi già da allora alla terapia del dolore. Responsabile a Mestre dell'Unità Semplice e poi Complessa di Terapia del Dolore e Cure Palliative dal 1994 al 2008, era riuscito ad ottenere, unico in tutta la Regione Veneto, cinque posti letto di ricovero per la cura del dolore. Dal 1992 al 1995 è Professore a Contratto presso la Scuola di Fisiopatologia e Terapia del Dolore dell'Università di Verona diretta dal Prof. Ischia. Negli anni, ha focalizzato la sua attività soprattutto sui trattamenti antalgici avanzati e innovativi quali le terapie neuromodulative e neuroinvasive, divenendone uno dei pionieri e massimi esperti italiani. Nell'ottobre del 2000 costituisce, assieme ad altri amici e colleghi, L'Officina Algologica Triveneta, una associazione di Medici operanti nella disciplina dell'algologia, con lo scopo di promuovere la conoscenza del dolore e del suo trattamento. Rimarrà Presidente dell'Officina per oltre vent'anni fino alla sua morte, a testimonianza del ruolo di punto di riferimento fondamentale, in particolare per i giovani colleghi che si sono avvicinati nel corso degli anni a questa affascinante disciplina. Sua sarà anche l'organizzazione, nella stupenda location di Venezia, dell'annuale congresso di Neuromodulazione, che nel 2024 ha raggiunto la sua diciannovesima edizione. Il Presidente Prof. Gabriele Finco e il Consiglio Direttivo tutto ricordano con commozione Giampaolo Pinato, amico di AISD ed esempio di alte capacità cliniche, caparrietà e dedizione messe al servizio dei pazienti con dolore. Ciao Gian!

Vittorio Schweiger



A soli 47 anni ci ha lasciati il dottor **Ezio Storelli**, morto in un incidente in moto il 20 settembre scorso, di ritorno a casa dopo la giornata di lavoro. Specialista in anestesia e rianimazione, esperto in Terapia del Dolore, titolare di incarico di alta specializzazione per l'impiego di metodiche interventistiche avanzate algologiche, ha lavorato dal 2009 al 2022 all'AOU Ospedale Maggiore della Carità di Novara, presso l'UOC di terapia del dolore, dal 2022 al 2023 presso l'Ospedale Niguarda di Milano. Da febbraio 2023 era Referente per la Terapia del Dolore presso la Clinica Polispecialistica San Carlo di Paderno Dugnano. Ha partecipato come relatore a molti eventi formativi.

Nel suo profilo LinkedIn così motivava il suo impegno e la sua passione di algologo "...perché la terapia del dolore non rappresenti più l'ultima spiaggia". I colleghi lo ricordano come "ricco di umanità, ascoltava e curava non solo per dovere ma perché con ogni persona intrecciava profondi scambi d'esperienze". Una tragica perdita per la sua famiglia, per i suoi pazienti e per la medicina del dolore.

# La "magia" dell'idroterapia

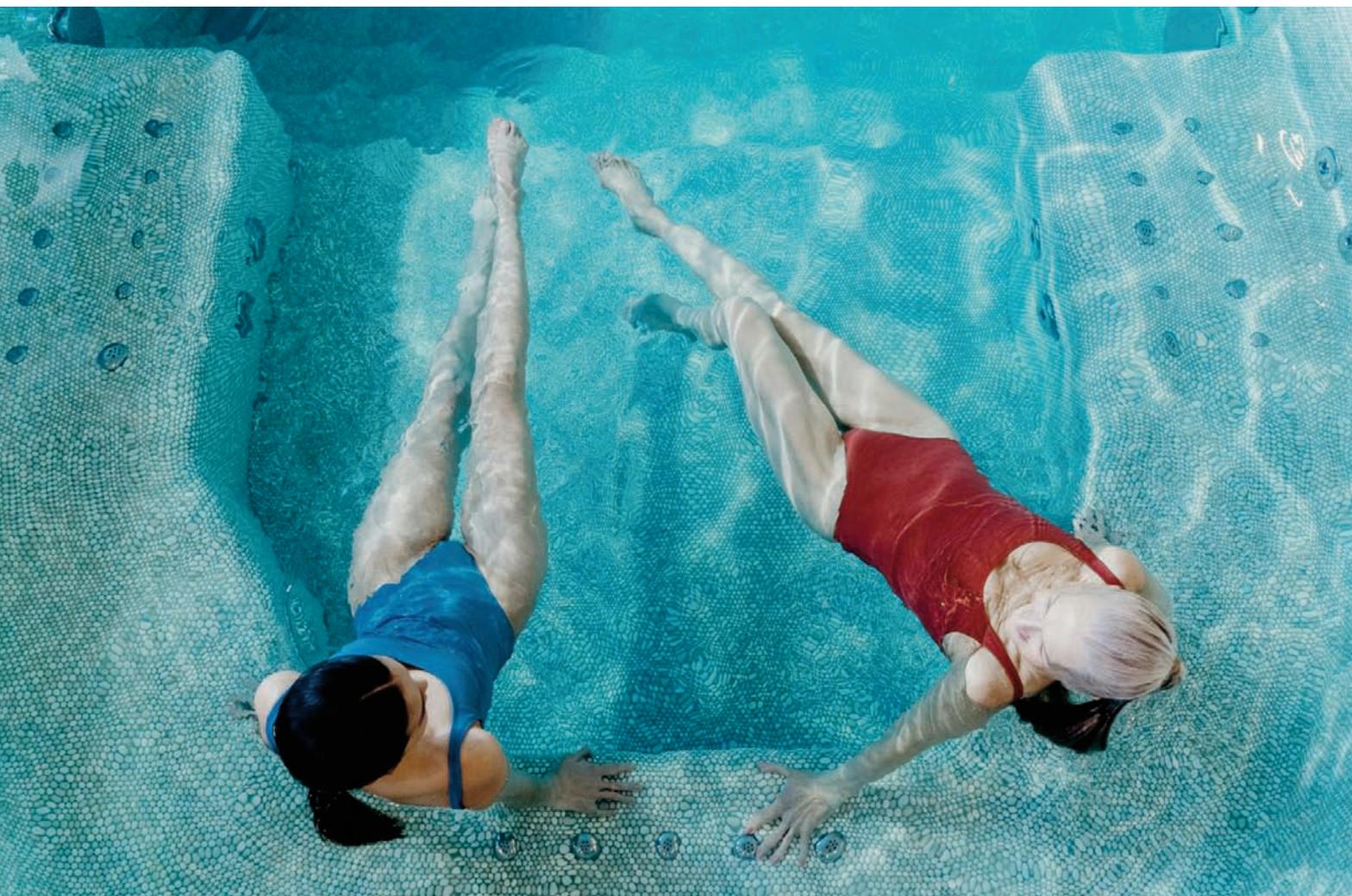


Foto: Pexels.com

## I pazienti ci chiedono

Ci scrive Valeria: "Tutto comincia quando, dopo tanti anni di dolore cronico, sono arrivata finalmente a un momento in cui il dolore è stato controllato maggiormente grazie ad una terapia (non immaginatevi chissà quali benefici, nel dolore cronico sono sempre piccoli, quasi impercettibili, ma ci possono essere!) e

ho, quindi, colto la palla al balzo per iniziare idroterapia, sotto consiglio medico. Ero spaventata perché molti anni fa, quando tutto iniziò, non aveva fatto che peggiorare la situazione, anche per via della poca conoscenza da parte del medico e del fisioterapista, oltre che del momento sbagliato. Questa volta, però, ho più fiducia nel mio corpo e sono così motivata da aver aiutato me stessa prima ancora di iniziare. Ciò ha permesso di avere grande fortuna

nell'esito delle sedute, grazie anche ad una fisioterapista molto più competente, che mi ascolta e comprende quanto, con tale dolore, non ci si può permettere di farsi prendere dalla fretta, di pensare di fare tutto subito, di pensare di vedere miglioramenti all'istante e di forzare il corpo oltre ogni limite. Anche perché, il limite nel dolore cronico è molto vicino, perciò permette di compiere veramente poche attività, specialmente all'inizio. Ma queste "poche attività", sono in realtà enormi vittorie, traguardi che danno il via ad una linea crescente che, come consuetudine, avrà degli alti e bassi, perché purtroppo succede e non bisogna negarlo, ma che non dovranno mai e poi mai essere presi come una sconfitta e permettere di buttarci giù. Saranno solo un modo del nostro corpo di compiere il suo percorso di riadattamento, come un bambino che deve imparare a camminare o leggere. Dunque, ciò che più conta nel processo di ripresa generale, ma a maggior ragione nell'idroterapia, è viverla come una splendida avventura. Una volta che iniziate con il piede giusto, sarà qualcosa di meraviglioso: l'acqua calda, sguazzarci dentro, porteranno il vostro corpo a rilassarvi veramente e a compiere dei movimenti che sulla terraferma non riuscireste a compiere, almeno all'inizio. Sarà un modo per rieducarvi prima senza gravità e, poi, piano piano, per permettervi di ricominciare anche con il carico. Per il dolore cronico e non solo, questa tipologia di riabilitazione dovrebbe, secondo me, essere molto più conosciuta e utilizzata, perché ha dei giovamenti dal punto di vista del benessere bio- (ovviamente l'aspetto fisico), psico- (il rilassamento grazie all'acqua porta ad una pace interiore e, al tempo stesso, ad una fierezza nei risultati che sono tangibili molto più nell'acqua appunto, piuttosto che al di fuori) e sociale (perché uscire per andare in piscina, incontrare gente, ricominciare ad avere un ritmo e routine fuori di casa, è una grande vittoria).

Ricapitolando, la motivazione e la fiducia nel vostro corpo vi porteranno a rendere questa esperienza una delle più belle della vostra vita, vi faranno sentire in parte come se foste già sani, perché vedrete il vostro corpo fare dei movimenti che non credevate possibili, grazie all'assenza di gravità. Oltretutto, senza troppa paura, proprio perché nell'acqua il rischio di farsi veramente male, di cadere o tutto il resto è meno possibile. Questo non vuol dire però, buttarsi nello svolgere esercizi estenuanti, perché l'acqua stanca e il corpo ha bisogno di piccolissimi passi, passi che per una persona sana non saranno quasi visibili, ma per noi saranno come scalare l'Everest e un grande successo. Questa esperienza è iniziata grazie al mio medico, che mi ha consigliato tale terapia, ma costringendo sia me che la fisioterapista a non forzare minimamente l'attività, iniziando piuttosto con pochi minuti e vedere, nel tempo, tramite la reazione del corpo, come comportarsi. Ricordo la sua frase quando mi ha detto che il primo giorno di idroterapia, l'unica cosa che avrei dovuto fare sarebbe stata letteralmente entrare in acqua e basta, quello sarebbe stato l'unico passo da compiere, per farmi comprendere la cautela che, in situazioni come la mia e in generale nel dolore cronico, è necessaria. Perciò, consiglio con tutto il cuore di godervi al massimo questa esperienza se mai avrete la fortuna di poterla svolgere e di non avere paura né del dolore né delle possibili ricadute, perché anche se ci saranno, saranno momenti passeggeri prima di una nuova luce. Questi movimenti sono utilissimi nel dolore cronico perché, anche se sembra spesso paradossale, il movimento è l'arma migliore per combattere il dolore, bisogna solo imparare come affrontarlo e come svolgerlo nel modo corretto e graduale. Conoscere il proprio corpo e avere fiducia nelle sue capacità saranno il segreto della vostra vittoria".

**Valeria Tempesta**

## Il punto di vista del Medico

L'uso terapeutico dell'acqua è noto fin dalle epoche più remote. Nella Roma antica molte strutture erano dedicate all'utilizzo delle acque a fini terapeutici e per il benessere delle persone. Da un punto di vista medico l'impiego curativo dell'acqua si divide in idroterapia, che indica sistemi di cura con acqua somministrata attraverso stimoli termici (caldo-freddo), meccanici (maggiore o minore pressione e/o attrito) o chimici (sostanze aggiunte all'acqua) e in balneoterapia, che è un insieme di trattamenti che hanno come utilizzo primario l'acqua termale, ma anche fanghi, acque minerali o di mare per favorire il rilassamento e ridurre il dolore muscolare e articolare.

L'uso dell'acqua in varie forme e a varie temperature può produrre effetti diversi su diversi sistemi del corpo. Gli studi e le revisioni disponibili in passato avevano riportato gli effetti dell'idroterapia/balneoterapia solo su pochissimi sistemi e patologie.

Tuttavia, una revisione di letteratura del 2014 ha suggerito che l'idroterapia possa avere un effetto terapeutico con evidenza scientifica rilevante su vari sistemi corporei (Mooventhan A et al, N Am J Med Sci. 2014). Alcuni studi hanno inoltre focalizzato la loro attenzione sull'utilizzo di questi trattamenti nella fibromialgia. L'idroterapia ha evidenziato un miglioramento significativo seppur limitato del dolore e della qualità di vita, senza peraltro evidenziare effetti benefici sui sintomi depressivi. La balneoterapia in acqua minerale e termale ha evidenziato simili risultati (Neumann J et al,

Arthritis res Ther 2014). Balneoterapia calda e idroterapia sono inserite nelle Linee Guida per il trattamento della fibromialgia delle maggiori società scientifiche del settore (EULAR, APS, AWMF). L'idroterapia/balneoterapia ha evidenziato inoltre potenziali benefici in altre patologie dolorose quali artrite reumatoide (Al-Qubaeissy KY et al, Musculoskeletal Care 2013), l'osteoartrite (Lei C et al, Int J Surg. 2024) e il mal di schiena cronico (Ma J et al, BMC Musculoskelet Disord 2022). In tutte queste indicazioni, nuovi studi saranno necessari per confermare le attuali osservazioni.

Prof. Vittorio Schweiger





I pazienti raccontano

# L'importanza di riuscire ad essere felici



Ho sentito un migliaio di volte dire che mostrare le proprie fragilità equivale ad essere deboli e che chiedere aiuto, soprattutto a psicologi o psichiatri, è qualcosa di cui vergognarsi. Queste credenze sociali sono fortemente radicate e derivano da inconsapevolezze del passato che oggi devono essere superate.

Innanzitutto, la più grande forza che una persona possa avere è trovare il coraggio, durante momenti emotivamente difficili, di parlare di ciò che la turba, che la fa stare male. Esprimere ciò che sente è il primo modo per ottenere maggiore consapevolezza sul proprio stato d'animo e lavorarci. Non c'è nulla di sbagliato nell'aver momenti no e spesso, proprio per sentirsi forti, è necessario accettare che sia così. Avere forza significa essere consapevoli delle proprie emozioni, anche delle più terrificanti, e comprendere che ogni tanto è necessario ricaricare le batterie, sentendosi più tristi o persi, per poi ritrovarsi e ricominciare a lottare. Nel dolore cronico soprattutto, come dice la parola stessa "cronico" proprio perché persistente, lottare senza mai una sosta è a dir poco estenuante ed interpre-



48° Congresso Nazionale  
Associazione Italiana per lo Studio del Dolore



[www.aisd.it](http://www.aisd.it)

48°

CONGRESSO  
NAZIONALE

AISD

ASSOCIAZIONE ITALIANA  
PER LO STUDIO DEL DOLORE

Torino  
25-27  
SETTEMBRE 2025



CENTRO CONGRESSI LINGOTTO

tare la parte di quello che non molla mai può essere più nocivo che altro, poiché porta a mostrare di stare sempre bene anche quando non è così, sviluppando una negazione e reprimendo delle emozioni che prima o poi usciranno comunque, portando a crolli più profondi e inaspettati. La soluzione migliore è di concedersi delle pause, dei pianti, dei momenti di sconforto, come ricarica per ripartire con maggiore forza e sicurezza, avendo buttato fuori tutto ciò che ci tormentava.

Ovviamente non è sempre facile, perché nella mia storia ci sono stati un'infinità di individui che, anche solo vedendomi piangere, hanno pensato automaticamente che volessi mollare o che fossi depressa. Hanno addirittura, in certi casi, attribuito il mio pianto alla causa del mio dolore fisico, senza comprendere che piangere davanti a qualcuno è la prima rappresentazione di forza, coraggio e sfogo.

Successivamente, il secondo aspetto da prendere in considerazione è la capacità di chiedere aiuto, che non significa essere deboli ma, anzi, essere motivati a ritrovare la propria felicità e serenità a qualunque costo, in qualunque modo, dimostrando che non c'è niente di negativo nell'ammettere di non sentirsi totalmente tranquilli. Ammetterlo con gli altri significa ammetterlo ed accettarlo con noi stessi. Purtroppo, però, ho sentito troppe volte genitori dire ai propri figli che non li avrebbero mandati dallo psicologo, che era solo uno spreco di soldi o una vergogna. Scommetto che se avessero avuto la febbre alta e avessero chiesto di poter andare dal medico, i genitori avrebbero accettato subito senza esitare.

Perché un danno fisico dovrebbe avere più importanza di una difficoltà emotiva? Da persona che ha sofferto e soffre di un problema fisico, ma che ha ovviamente incontrato in questo percorso anche dei momenti non a livello emotivo, posso dire che, per quanto il primo possa essere devastante, è pur sempre affrontabile se la mente è lucida, perché permette di scovare strategie per vedere il lato positivo, essere motivati alla guarigione e alla ricerca di metodi alternativi per divertirsi. Al contrario, se la mente soffre, tutto diventa buio e privo di senso, anche il minimo problema diventa un ostacolo insormontabile. Per questo, è ora che si comprenda quanto l'emotività abbia un valore immenso nella nostra vita e debba essere tutelata con estrema cura. Andare in terapia non è mai uno spreco di soldi né una vergogna, bensì un aiuto per sentirsi più sereni nell'affrontare qualsiasi aspetto della vita, comprendendo come gestire le nostre reazioni.

A mio parere, il percorso psicologico dovrebbe addirittura essere affrontato da tutti almeno una volta nella vita, perché rende più consapevoli di noi stessi, delle nostre emozioni e di quelle degli altri, rendendo più facile il contatto intra ed interpersonale. Se vai dallo psicologo o dallo psichiatra non devi sentirti pazzo od essere etichettato come tale, bensì come un essere coraggioso che ha compreso che la propria felicità parte dalla sicurezza e dal non aver paura di dare luce alla propria interiorità.

*Dedicato a tutti coloro che soffrono, che hanno paura di chiedere aiuto o di ammetterlo. Il vostro benessere viene prima di tutto ed è sempre un'unione di mente e corpo. I due aspetti non sono mai separati, per questo hanno pari dignità e diritto di prendersene cura. Siamo ancora lontani, purtroppo, dalla comprensione di quanto siano importanti le emozioni, in tutte le loro sfaccettature. Anche nel dolore cronico, sicuramente una società che attribuisce la stanchezza emotiva a debolezza, sviluppa paura all'idea di renderla visibile, per timore che il dolore venga attribuito ad una sofferenza interiore. Certo, come già precisato, i due aspetti sono legati, ma questo non vuol dire sentirsi giustificati a banalizzare il danno fisico come fosse una malattia mentale, né a banalizzare in generale le difficoltà che si possono incontrare nella vita. Auguro al mondo intero di comprendere al 100% queste due dimensioni, riconoscendo pienamente la loro pari rilevanza.*

Valeria Tempesta

[www.aisd.it](http://www.aisd.it)



Per donare il 5x1000  
Codice Fiscale 80027230483

ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LO STUDIO DEL DOLORE

