

AGOPUNTURA NEL DOLORE MUSCOLOSCHIELETRICO: COSA DICONO OGGI LE EVIDENZE

Francesco Giombini

Ricevuto: 28.08.2026
Revisionato: 04.09.2026
Accettato: 07.09.2026

© The Author(s) 2026

Open Access This article is licensed under a Creative Commons Attribution–NonCommercial–NoDerivatives License.

ISSN print: 1421-1009
ISSN online: 3042-6138

DOI: 10.63648/8yz2rc71

Introduzione

Il dolore muscoloscheletrico è tra i motivi più frequenti di consultazione in medicina di famiglia. Lombalgia, cervicalgia, artrosi e dolore di spalla possono causare disabilità, favorire il ricorso ai farmaci e aumentare la richiesta di opzioni non farmacologiche. L'agopuntura è tra le più studiate, ma è difficile da valutare con gli stessi strumenti utilizzati per un farmaco. Una revisione del 2025 ha identificato 17 linee guida e 35 raccomandazioni sul dolore muscoloscheletrico cronico: quelle favorevoli erano più numerose, ma soprattutto condizionali e spesso sostenute da prove di qualità bassa o molto bassa [2]. Per il medico di famiglia la domanda non è quindi soltanto se l'agopuntura "funzioni", ma quale sia l'entità del beneficio, rispetto a quale confronto e in quali pazienti.

Perché è difficile valutare l'efficacia dell'agopuntura?

Uno dei principali problemi è la scelta del controllo. Negli studi farmacologici il placebo può essere progettato come sostanzialmente inerte; nell'a-

gopuntura questo è più difficile. La procedura simulata può prevedere aghi non penetranti, punture superficiali, stimolazione in punti diversi o semplice pressione cutanea. Questi interventi possono produrre una stimolazione somatosensoriale e non essere fisiologicamente inerti [10]. Il confronto tra agopuntura reale e simulata può quindi riguardare due forme differenti di stimolazione, riducendo la differenza osservabile tra i gruppi e rendendo più difficile isolare la componente specifica del trattamento.

Un secondo limite riguarda il cieco: il paziente può essere parzialmente mascherato, ma l'operatore conosce quasi sempre la tecnica utilizzata. Il mascheramento completo è quindi difficilmente realizzabile, con possibili effetti legati ad aspettative e relazione terapeutica. Vi è poi il problema della standardizzazione: molti studi definiscono in anticipo punti, numero e durata delle sedute e tecnica. Ciò migliora la confrontabilità, ma può allontanare il protocollo dalla pratica reale, dove il trattamento viene adattato alle caratteristiche del dolore e alla risposta del paziente. I protocolli differiscono inoltre per numero di aghi, profondità, manipolazione, frequenza delle sedute ed esperienza dell'operatore.

Che cosa significa realmente «funziona»?

La metanalisi su dati individuali dell'Acupuncture Trialists' Collaboration, aggiornata da Vickers e collaboratori, ha incluso 39 studi randomizzati e 20.827 pazienti con dolore muscoloscheletrico, artrosi, dolore di spalla o cefalea cronica [1]. L'agopuntura è risultata superiore sia all'assenza di agopuntura sia alla simulazione, con una differenza più ampia rispetto a nessun trattamento o alle cure usuali. Il confronto con la simulazione cerca di isolare la componente specifica,

A cura dell'Istituto
di medicina
di famiglia USI



pur con i limiti descritti; quello con le cure usuali misura invece l'effetto clinico complessivo. Una differenza modesta rispetto alla simulazione non equivale a irrilevanza clinica, ma il beneficio rispetto alle cure usuali non può essere attribuito esclusivamente all'inserzione degli aghi.

Dalla ricerca alla pratica clinica: il problema della personalizzazione

Nella pratica clinica il trattamento con agopuntura può essere personalizzato in base a diagnosi, sede del dolore, limitazioni funzionali e risposta alle sedute. All'agopuntura manuale possono essere associate, quando appropriate, elettroagopuntura, coppettazione e auricoloterapia. Negli studi randomizzati i protocolli tendono invece a essere standardizzati per isolare l'effetto di una tecnica. Questa differenza rende più difficile trasferire direttamente i risultati sperimentali alla pratica reale. Non dimostra che i trattamenti combinati siano superiori, ma evidenzia la maggiore complessità dell'approccio clinico e la difficoltà di attribuire l'esito a una singola componente.

Quali sono le condizioni maggiormente studiate?

Le condizioni più studiate e rilevanti per la medicina di famiglia sono lombalgia cronica primaria, artrosi del ginocchio, cervicalgia cronica e alcune forme di dolore di spalla. Le principali evidenze sono sintetizzate di seguito (Tab. 1).

Lombalgia

La lombalgia è l'ambito in cui emerge più chiaramente la discordanza tra linee guida. Nel 2023 l'Organizzazione mondiale della sanità ha indicato le terapie mediante aghi, compresa l'agopuntura, come opzione possibile negli adulti con lombalgia cronica primaria, con raccomandazione condizionale e bassa certezza delle prove, all'interno di un percorso mul-

Condizione e riferimento	Tipo di evidenza	Risultato principale	Limiti e interpretazione clinica
Dolore cronico Vickers 2018 [1]	Metanalisi IPD: 39 RCT, 20.827 pazienti.	Superiore sia alla simulazione sia ai controlli senza agopuntura.	Effetto minore vs simulazione; maggiore vs cure usuali/nessun trattamento.
Lombalgia cronica primaria OMS 2023 [3]	Linea guida internazionale.	Agopuntura tra le possibili opzioni terapeutiche.	Raccomandazione condizionale, bassa certezza; in percorso multimodale.
Lombalgia ± sciatalgia DACP 2017 [4]; NICE [5]	Linee guida cliniche.	ACP: opzione non farmacologica; NICE: non raccomandata.	Raccomandazioni discordanti; consenso non uniforme.
Artrosi del ginocchio AAOS 2021 [6]; ACR/AF 2020 [7]	Linee guida cliniche.	Possibile beneficio su dolore e funzione; ACR/AF: raccomandazione condizionale.	Forza limitata/condizionale; qualità delle prove variabile.
Cervicalgia cronica Fang 2024 [8]	Revisione sistematica e metanalisi: 18 RCT.	Possibili benefici su dolore e funzione, soprattutto come trattamento aggiuntivo.	Vs simulazione: dolore non significativo; possibile beneficio funzionale.
Dolore di spalla Vickers 2018 [1]	Metanalisi IPD comprendente studi sul dolore di spalla.	Nel complesso superiore a simulazione e controlli senza agopuntura.	Eterogeneità diagnostica; necessario corretto inquadramento clinico.

Tabella 1: Sintesi delle principali evidenze sull'agopuntura nel dolore muscoloscheletrico.

timodale [3]. Anche l'American College of Physicians include l'agopuntura tra gli interventi non farmacologici [4]. Il NICE britannico, al contrario, raccomanda di non offrirla nella lombalgia con o senza sciatalgia [5]. Non esiste quindi un consenso internazionale uniforme.

Artrosi del ginocchio

La gonartrosi è un altro ambito molto studiato. Le linee guida dell'American Academy of Orthopaedic Surgeons indicano che l'agopuntura può migliorare dolore e funzione, ma con forza della raccomandazione limitata [6]. L'American College of Rheumatology e l'Arthritis Foundation formulano una raccomandazione condizionale [7]. Nel complesso la qualità delle prove rimane variabile per l'eterogeneità degli studi e il rischio di distorsione [2,6,7].

Cervicalgia e dolore di spalla

Per la cervicalgia cronica le revisioni recenti indicano possibili benefici su dolore e funzione, soprattutto quando l'agopuntura è integrata con altre terapie; nel confronto con la simu-

lazione, tuttavia, l'effetto sul dolore può essere più piccolo o non statisticamente significativo [8]. Per il dolore di spalla il quadro è più eterogeneo: condizioni cliniche differenti vengono talvolta aggregate, rendendo difficile formulare una raccomandazione unica. L'inquadramento clinico deve quindi precedere la scelta terapeutica.

Perché le linee guida non concordano?

Le differenze tra linee guida dipendono dai criteri di selezione degli studi, dal peso attribuito al confronto con la simulazione, dalle soglie utilizzate per definire un beneficio clinicamente rilevante e dal contesto sanitario in cui la raccomandazione viene applicata [2].

Sicurezza

Quando eseguita da professionisti adeguatamente formati, l'agopuntura presenta un buon profilo di sicurezza. Gli eventi avversi sono generalmente lievi e transitori; complicanze gravi, quali pneumotorace, infezioni o lesioni nervose, sono rare [9]. La sicurezza

dipende da competenza anatomica, tecnica, igiene e corretta selezione del paziente.

Il ruolo del medico di famiglia

L'agopuntura dovrebbe essere presa in considerazione solo dopo un'accurata valutazione clinica, comprendente anamnesi ed esame obiettivo, volta a definire correttamente la diagnosi e a escludere segnali d'allarme o condizioni che richiedano approfondimenti diagnostici o trattamenti specifici. Nel dolore cronico il suo ruolo più coerente con le evidenze è quello di componente di una strategia multimodale, insieme a educazione, attività fisica e riabilitazione. Gli obiettivi dovrebbero essere realistici e misurabili: riduzione clinicamente utile dei sintomi e miglioramento di funzione e qualità di vita.

L'essenziale per la pratica

- Le evidenze cliniche più rilevanti riguardano lombalgia cronica, artrosi, cervicalgia e alcune forme di dolore di spalla.
- La differenza rispetto all'agopuntura simulata è generalmente pic-

cola, mentre il beneficio rispetto a nessun trattamento o alle cure usuali è più ampio.

- L'agopuntura simulata non è necessariamente inerte e il mascheramento dell'operatore è difficilmente realizzabile, complicando la stima della componente specifica.
- Nella pratica il trattamento può essere personalizzato e associare agopuntura manuale, elettroagopuntura, coppettazione e auricoloterapia, senza che ciò dimostri la superiorità delle combinazioni.
- L'agopuntura va considerata solo dopo anamnesi ed esame obiettivo, una diagnosi corretta e l'esclusione di segnali d'allarme o condizioni che richiedano approfondimenti o trattamenti specifici.

Riassunto

Le evidenze sull'agopuntura nel dolore muscoloscheletrico mostrano una differenza generalmente modesta rispetto all'agopuntura simulata e un beneficio più ampio rispetto all'assenza di trattamento o alle cure usuali. L'interpretazione resta complessa perché la simulazione può non essere fisiologicamente inerte, il mascheramento dell'operatore è difficile e i protocolli sperimentali standardizzano trattamenti che nella pratica possono essere personalizzati e associati ad altre tecniche. Le condizioni più studiate sono lombalgia cronica, gonartrosi, cervicaglia e dolore di spalla. In medicina di famiglia l'agopuntura può essere considerata un'opzione complementare in un percorso multimodale, solo dopo un corretto inquadramento clinico e con obiettivi realistici e monitorabili.

Acupuncture for musculoskeletal pain: what does the current evidence show?

Abstract

Current evidence on acupuncture for musculoskeletal pain shows a generally modest difference compared with sham acupuncture and a larger benefit compared with no treatment or usual care. Interpretation is methodologically challenging because sham procedures may not be physiologically inert, operator blinding is difficult, and experimental protocols often standardise treatments that may be individualised in clinical practice. Chronic low back pain, knee osteoarthritis, chronic neck pain and shoulder pain are among the most studied conditions. In family medicine, acupuncture may be considered as a complementary option within a multimodal management strategy, only after appropriate history taking, physical examination and diagnostic assessment, with realistic and measurable clinical goals.

Keywords: acupuncture; musculoskeletal pain; low back pain; osteoarthritis; neck pain; family medicine.

Bibliografia:

1. Vickers AJ, Vertosick EA, Lewith G, MacPherson H, Foster NE, Sherman KJ, Irnich D, Witt CM, Linde K; Acupuncture Trialists' Collaboration. Acupuncture for chronic pain: update of an individual patient data meta-analysis. *J Pain*. 2018;19(5):455-474.
2. Ho L, Lai CNT, Chen H, Law SW, Yu ECL, Lam FPY, Cheung YC, Wu IX, Wong SYS, Sit RWS. Systematic review of clinical practice guidelines on acupuncture for chronic musculoskeletal pain. *BMC Complement Med Ther*. 2025;25(1):322.
3. World Health Organization. WHO guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults in primary and community care settings. Geneva: World Health Organization; 2023.
4. Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA; Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2017;166(7):514-530. doi:10.7326/M16-2367.
5. National Institute for Health and Care Excellence. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. NICE guideline NG59. London: NICE; 2016. Updated 2020.

6. American Academy of Orthopaedic Surgeons. Management of osteoarthritis of the knee (non-arthroplasty): evidence-based clinical practice guideline. 3rd ed. Rosemont (IL): AAOS; 2021.
7. Kolasinski SL, Neogi T, Hochberg MC, Oatis C, Guyatt G, Block J, Callahan L, Cohen-Alvarado C, Dodge C, Felson D, Gellar K, Harvey WF, Hawker G, Herzig E, Kwoh CK, Nelson AE, Samuels J, Scanzello C, White D, Wise B, Altman RD, DiRenzo D, Fontanarosa J, Girardi G, Ishimori M, Misra D, Shah AA, Shmager AK, Thoma LM, Turgunbaev M, Turner AS, Reston J. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation guideline for the management of osteoarthritis of the hand, hip, and knee. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2020;72(2):149-162.
8. Fang J, Shi H, Wang W, Chen H, Yang M, Gao S, Yao H, Zhu L, Yan Y, Liu Z. Durable effect of acupuncture for chronic neck pain: a systematic review and meta-analysis. *Curr Pain Headache Rep*. 2024;28(9):957-969.
9. Bäuml P, Zhang W, Stübinger T, Irnich D. Acupuncture-related adverse events: systematic review and meta-analyses of prospective clinical studies. *BMJ Open*. 2021;11(9):e045961.
10. Lund I, Lundberg T. Are minimal, superficial or sham acupuncture procedures acceptable as inert placebo controls? *Acupunct Med*. 2006;24(1):13-15.

Affiliazioni

Dr. med. Francesco Giombini
Ago Ticino
Giubiasco, Svizzera

Autore corrispondente: Francesco Giombini;
e-mail: francesco.giombini@agoticino.com

Dichiarazioni

- Conflitti di interesse: nessuno dichiarato.
- Fondi e sponsor: nessuno.
- Etica: non applicabile, trattandosi di un articolo di revisione senza coinvolgimento diretto di pazienti o utilizzo di dati individuali.