

DOLORE DOLC AGGIORNAMENTI CLINICI



50°
ANNIVERSARIO DELLA FONDAZIONE
DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA
PER LO STUDIO DEL DOLORE

 FIRENZE
10 marzo 1976 - 10 marzo 2026



Organo ufficiale dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore

49

CONGRESSO
NAZIONALE

AISD

ASSOCIAZIONE ITALIANA
PER LO STUDIO DEL DOLORE

[SAVE THE DATE]

Aci Castello

CATANIA

1-3 OTTOBRE 2026



SEDE CONGRESSO: Four Points by Sheraton Hotel

PLANNING

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

PROVIDER ECM E AGENZIA ORGANIZZATIVA: Planning Congressi Srl

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

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

www.aisd.it



AISD

f in y i

05 • Cinquant'anni di AISD tra memoria, sfide e futuro della medicina del dolore
FIRENZE 10 MARZO 1976 - FIRENZE 10 MARZO 2026

12 • John Bonica e i primi algologi italiani
TESTIMONIANZE E MEMORIE SULLA NASCITA DELLA MEDICINA DEL DOLORE TRA FIRENZE
E LA SCENA INTERNAZIONALE DEGLI ANNI '70

16 • Galleria foto

I soci raccontano

22 • "Prima di operare sul dolore devi sapere fare diagnosi"
DAVIDE GERBONI

26 • Due maestri contro il dolore: l'eredità di Alessandro Sabato e Antonio Gatti
MARIA ROSCIANO

Dall'European Journal of Pain

31 • Dolore nociplastico: fatti, controversie e obiettivi futuri
WINFRIED HÄUSER, EVA KOSEK

39 • Calendario eventi

- Per essere sempre aggiornato sulle nostre attività



ORGANO UFFICIALE DELL'ASSOCIAZIONE
ITALIANA PER LO STUDIO DEL DOLORE
N. 1/2026 - Online

© Copyright 2026
Associazione Italiana Studio del Dolore



AISD

ASSOCIAZIONE ITALIANA
PER LO STUDIO DEL DOLORE

Dal 1976 impegnata nello studio e nella cura del dolore

1976-2026

CINQUANT'ANNI DEDICATI
ALLO STUDIO E ALLA CURA
DEL DOLORE



Cinquant'anni di AISD tra memoria, sfide e futuro della medicina del dolore

Firenze 10 marzo 1976 - 10 marzo 2026



Un anniversario che è insieme celebrazione e momento di riflessione. A cinquant'anni dalla fondazione dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore (AISD), il convegno del 10 marzo ha riunito fondatori, presidenti e nuove generazioni per ripercorrere una storia scientifica e culturale che ha cambiato il modo di intendere il dolore in medicina. Ad aprire i lavori è stato il presidente **Diego Fornasari**, che ha sottolineato il valore simbolico della giornata e il ruolo di tutto il Consiglio Direttivo nel promuovere un'iniziativa "di memoria e di futuro". Accanto a lui, **Giustino Varrassi** ha richiamato l'emozione personale e collettiva di chi ha vissuto gran parte del percorso dell'associazione, ricordando il contributo dei maestri e il filo continuo tra passato e presente.



Le origini: una nascita semplice, ma una rivoluzione culturale



Marco Maresca

Giancarlo Carli

Giancarlo Carli e Marco Maresca hanno restituito un'immagine di grande semplicità del modo in cui l'AISD nacque nel 1976, nello studio del professor Paolo Procacci, da una riunione tra pochi pionieri. Eppure, dietro quella semplicità, si celava una svolta epocale. «Ci fu una riunione molto frugale nello studio di Procacci che disse: propongo la

creazione di questa associazione, che ne dite? Io diciamo anche a Pepeu al piano di sopra? Pepeu era un ricercatore già noto in tutto il mondo come farmacologo. - queste le parole introduttive del prof. Carli. - Quindi la cosa nacque in maniera molto amichevole e ha continuato ad essere così, c'era anche Maresca che è qui presente - ha continuato il

professor Carli - anche lui ha vissuto tutto questo lunghissimo tempo, nel quale ci siamo incontrati moltissime volte, perché allora effettivamente c'era da fondare questa associazione e promuovere la novità che questa idea conteneva.»

Ma dietro a questa semplicità organizzativa c'era invece un grande lavoro di studio e di ricerca promosso da vari medici italiani che si interessavano di fisiopatologia del dolore. E non solo italiani. Infatti per questo progetto il ruolo portante lo ebbe sicuramente da *John Bonica*, un medico veramente rivoluzionario che ha inventato il dolore nel senso di malattia. Fino agli anni Cinquanta il dolore era un sintomo e diventò una malattia.

Il suo modello, basato su un approccio multidisciplinare e su una visione globale del paziente, rappresentò l'ispirazione condivisa dai soci fondatori di AISD.

Firenze, in quegli anni, si confermava crocevia internazionale della disciplina: dai congressi degli anni Settanta alla nascita dell'associazione, la scuola fiorentina seppe connettere ricerca, clinica e relazioni internazionali, superando i limiti di un contesto ancora poco aperto al dialogo scientifico globale. (si leggano anche a pagina 11 i ricordi e gli aneddoti di Carli e Maresca su quei primi anni e sulle figure di Bonica e di Paolo Procacci).

La giornata è stata poi arricchita da un programma di **letture scientifiche** di relatori di primo piano – da Telmo Pievani con una riflessione su dolore ed evoluzione del cervello umano, a Luis Garcia-Larrea, presidente EFIC, con una lettura sulla “pain matrix”, fino agli interventi di Tony Dickenson sulla variabilità del dolore, Stefano Coaccioli sugli archetipi millenari e Maria Nolano sul rapporto tra percezione e pelle.

Queste letture hanno ulteriormente arricchito il confronto e l'impegno culturale e scientifico cui AISD tiene molto, confermando la centralità del dolore come tema cruciale, al crocevia tra scienza, clinica e cultura.

Multidisciplinarietà: il tratto distintivo

Se un elemento emerge con forza da tutti gli interventi della tavola rotonda, che ha chiuso l'incontro, questo è la multidisciplinarietà. Dalla testimonianza dei fondatori fino alle riflessioni dei presidenti successivi, il dolore è stato descritto come un campo che non appartiene a una sola specialità.

Psicologi, anestesisti, neurologi, fisiatri, farmacologi: l'AISD ha rappresentato fin dall'inizio un luogo di incontro tra competenze diverse. Un approccio che, come ricordato da più relatori, non è solo organizzativo ma culturale: il paziente non è “di qualcuno”, ma di un'équipe.

Questa visione ha trovato eco anche nello sviluppo delle cure palliative dove le due discipline possono essere viste come due facce della stessa medaglia, unite dalla centralità



della persona e dalla complessità del dolore. Particolarmente vivi i ritratti di vari Maestri dell'algologia italiana che hanno preso il testimone dai soci fondatori e portato avanti la ricerca e la cura.

Enrico Polati, Gabriele Finco e Giustino Varrassi hanno ricordato con grande affetto e stima le professionalità e l'incisività di idee e strategie di **Stefano Ischia**, Università di Verona, **Vittorio Pasqualucci**, Università di Perugia, **Mario Tiengo** e **Vittorio Ventafridda**, Istituto dei tumori di Milano, per citarne alcuni.

Stefano Ischia ebbe la forza di organizzare all'Università di Verona, quando questo era ancora possibile, una scuola di specializzazione in medicina del dolore. Mario Tiengo avviò a Milano la Cattedra di fisiopatologia del dolore. Tutti studiosi di grande cultura, ben oltre il proprio ambito medico. "Ricordo le più belle conferenze del professor Ischia, ha commentato Polati - sul tappeto persiano e sulla storia dell'arte."

Il nodo irrisolto: la formazione

Se la storia dell'AISD è segnata da successi scientifici e organizzativi, il dibattito della tavola rotonda ha messo in luce con chiarezza una criticità ancora aperta: la formazione.

Numerosi interventi hanno denunciato la carenza di insegnamento della terapia del

dolore nei corsi di laurea e nelle scuole di specializzazione. In alcuni casi, è stato ricordato, interi percorsi formativi non prevedono nemmeno un'ora dedicata al tema.

Eppure, il dolore è una componente trasversale della pratica clinica. Da qui l'appello condiviso a introdurre una formazione capillare, fin dai primi anni universitari e in tutte le professioni sanitarie. Esperienze come quella dell'Università di Cagliari, dove la medicina del dolore è stata integrata progressivamente nel curriculum, dimostrano che un cambiamento è possibile.

L'esperienza maturata a Cagliari dal professor **Gabriele Finco** rappresenta infatti un esempio concreto di come la formazione universitaria possa incidere profondamente sulla qualità dell'assistenza sanitaria. Arrivato nel capoluogo sardo oltre vent'anni fa, ha raccontato di aver ricevuto fin da subito un mandato chiaro: "trovare qualcosa che entusiasmasse gli studenti e che facesse fare un salto di qualità nell'assistenza".

Da qui è nato un percorso formativo progressivo e strutturato, che accompagna gli studenti lungo tutto il ciclo di studi. Si parte già dal secondo anno con il pronto soccorso avanzato, seguito da un corso di deontologia medica centrato sulla comunicazione con pazienti e caregiver. Al terzo anno viene introdotta la fisiopatologia del dolore, mentre negli anni successivi si consolidano competenze sempre più pratiche e specialistiche, fino ad arrivare alla medicina del dolore e alle cure palliative, oggi inserite stabilmente nel curriculum con crediti formativi ed esame finale. Un cambiamento che inizialmente ha suscitato sorpresa tra gli studenti, ma che nel tempo ha prodotto risultati evidenti. Secondo quanto riportato dai colleghi delle altre scuole di

specializzazione, i giovani medici formati con questo approccio mostrano una maggiore attenzione al paziente e, soprattutto, migliori capacità comunicative rispetto alle generazioni precedenti.

Non solo: questa formazione ha avuto ricadute concrete anche nella pratica clinica. In ambito ospedaliero, ad esempio, si è ridotta la necessità di ricorrere allo specialista anestesista per la gestione del dolore post-operatorio, segno di una maggiore autonomia e competenza diffusa tra i medici di reparto.

Il modello è stato ulteriormente rafforzato estendendo l'insegnamento della terapia del dolore e delle cure palliative a tutte le scuole di specializzazione, indipendentemente dalla disciplina. "Abbiamo tolto l'anestesia e inserito la terapia del dolore e le cure palliative", ha spiegato il professor Finco, sottolineando la volontà di rendere queste competenze trasversali. Lo sguardo è ora rivolto al futuro. L'obiettivo dichiarato è ambizioso: ricostruire anche in Italia una scuola di specializzazione dedicata alla fisiopatologia e terapia del dolore, sul modello di quella che in passato esisteva a Verona.

L'intervento della professoressa **Caterina Aurilio** ha puntualizzato i momenti di avvio della legge 38, con l'organizzazione dei primi master e la discussione per l'avvio di una specializzazione in terapia del dolore che purtroppo non si è riusciti a realizzare per un problema di fondi, la terapia del dolore è stata inserita nella dicitura della specializzazione in anestesia, rianimazione e terapia intensiva, cui si è aggiunta, appunto, la terapia del dolore.

Purtroppo, ha rilevato **Enrico Polati**, pur ringraziando Caterina Aurilio e il prof. Barbarisi per aver lavorato per l'inserimento della terapia del dolore nelle declaratorie del Miur, nella scuola di anestesia, abbiamo avuto e abbiamo ancora un problema di cecità tra nostri colleghi anestesisti che considerano la terapia del dolore come di serie C, ponendo in prima fila la rianimazione, poi l'anestesia, quindi permane un grande problema di scarsa formazione dedicata al dolore nelle Università.

Altro nodo irrisolto: l'attuazione della legge 38

Accanto alla formazione, resta anche un problema di consapevolezza: la legge 38 del 2010, che sancisce il diritto alla terapia del dolore, è ancora poco conosciuta sia tra i cittadini sia tra gli operatori sanitari.

La legge 38 rappresenta ancora oggi un punto di riferimento fondamentale nel panorama sanitario italiano, ma la sua piena attuazione resta una sfida aperta. A sottolinearlo è stata **Maria Caterina Pace**, che ha ricordato



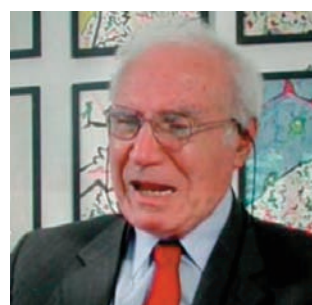
Stefano Ischia



Mario Tiengo



Vittorio Pasqualucci



Vittorio Ventafridda



Paolo Procacci



Giancarlo Pepeu



come il provvedimento sia nato da un processo ampiamente partecipato: “non soltanto un esempio di buona politica, ma anche di grande condivisione”, grazie al coinvolgimento di numerose società scientifiche, dalle cure palliative alla pediatria e altre, oltre all'AISD stessa.

Nonostante questo impianto solido persistono criticità significative. “È un’ottima legge - ha osservato - ma rispetto alla sua attuazione ha ancora parecchi problemi”. Tra i nodi principali emergono quelli dell’equità e, soprattutto, della formazione.

Negli anni si è cercato di colmare queste lacune con iniziative diffuse, master, corsi nelle scuole di specializzazione, attività formative trasversali, ma spesso si tratta di percorsi lasciati alla sensibilità dei singoli docenti. Il risultato è una formazione disomogenea: in alcuni contesti il tema del dolore è centrale, in altri completamente assente. “Già il fatto che sia lasciato un po’ all’etica personale — sottolinea Pace - ci fa capire come alcune scuole di specializzazione non ne parlino per niente”.

Da qui la necessità di un cambio di passo:

rendere la formazione sulla terapia del dolore capillare e obbligatoria in tutti i percorsi sanitari, non solo in medicina ma anche nelle altre professioni. L’obiettivo è chiaro: garantire che nessun operatore sanitario esca dal proprio percorso senza una preparazione adeguata e senza una consapevolezza dell’approccio da adottare nei confronti del paziente.

Il problema, tuttavia, non riguarda solo i professionisti. Anche tra i cittadini la conoscenza della legge è ancora molto limitata. Un’indagine di Cittadinanzattiva ha evidenziato che oltre il 70% della popolazione non sa dell’esistenza della legge 38 e del diritto alla cura del dolore. “C’è ancora tanta strada da fare”, ha concluso Caterina Pace, indicando nella diffusione culturale e nell’informazione una priorità tanto quanto la formazione.

Sulla stessa linea si è collocata la testimonianza di **Stefano Coaccioli**, già docente all’Università di Perugia, che ha raccontato il proprio impegno nel portare la medicina del dolore all’interno dell’insegnamento accademico. Dopo anni di insistenza, nel 2018-2019 era riuscito a ottenere l’introduzione di crediti formativi dedicati: un risultato significativo, ma fragile, tanto che con la sua uscita dall’università l’insegnamento si è interrotto. Eppure, i segnali lasciati da quell’esperienza sono ancora visibili. “Vedo che i laureati di quegli anni sono molto interessati alla terapia del dolore”, a dimostrazione di quanto la formazione possa incidere concretamente sulla pratica clinica.

Coaccioli ha ricordato anche piccoli ma emblematici cambiamenti organizzativi, già prima della legge 38, come l’introduzione sistematica della rilevazione del dolore in cartella clinica. Un’operazione semplicissima, “mezzo secondo” per chiedere al paziente se

prova dolore, che ha contribuito a modificare l'approccio assistenziale nel policlinico di Terni. Non sono mancati, però, gli ostacoli culturali e istituzionali. Emblematico il tentativo di istituire il comitato "ospedale-territorio senza dolore", previsto da una normativa già esistente ma sconosciuta persino alla direzione sanitaria. "C'era una legge e la direzione generale del mio policlinico non la conosceva".

Alla base di tutto resta una riflessione più ampia sul senso stesso della medicina. Dopo anni di ricerca su meccanismi complessi e terapie avanzate, Coaccioli ha richiamato l'attenzione su un punto essenziale: "noi facciamo medicina per diminuire la sofferenza di una persona".

Un principio che trova riscontro nella pratica quotidiana, dove il controllo della malattia non coincide sempre con il sollievo del paziente. Se una mamma non riesce ad abbottonare il grembiule del figlio perché ha un'artrite reumatoide sotto controllo, ma il dolore non è controllato, è proprio in questo scarto tra cura e qualità della vita che si gioca, ancora oggi, la sfida della medicina del dolore.

Tra identità e futuro

A conclusione della tavola rotonda **Giustino Varrassi**, che ne ha curato la moderazione (già presidente di AISD per due mandati successivi), ha espresso la sua personale gioia e soddisfazione per la presenza in sala di tanti amici che hanno contribuito al mantenimento in vita dell'associazione italiana per lo studio del dolore, vicini a molti giovani soci.

"Come presidente della Fondazione Paolo Procacci - ha commentato - sono particolarmente orgoglioso di aver preservato in qualche modo il grandissimo impatto che il

professor Procacci ha avuto in questo movimento scientifico all'interno della medicina interna inizialmente, e poi con uno spazio molto più fecondo e ampio nella medicina del dolore, a livello internazionale e nazionale, riuscendo a dare vita all'Associazione Italiana per lo studio del dolore in maniera estremamente proattiva".

Nel tirare le fila della discussione, il presidente **Diego Fornasari** ha ribadito il valore dell'identità dell'AISD: una società capace di mantenere viva la memoria – anche attraverso il coinvolgimento continuo degli ex presidenti – e al tempo stesso di rinnovarsi grazie ai giovani.

Il futuro, secondo i partecipanti, passa da alcune direttrici chiare: rafforzare la formazione, superare le divisioni tra discipline, integrare sempre più terapia del dolore e cure palliative, e promuovere una cultura diffusa che riconosca il dolore come elemento centrale della cura.

Cinquant'anni dopo quella semplice riunione nello studio di Procacci, l'AISD si presenta dunque come una realtà matura, ma ancora in evoluzione. Con una consapevolezza condivisa: molto è stato fatto, ma la strada per garantire a tutti i pazienti una reale presa in carico del dolore è ancora lunga.





John Bonica

John Bonica e i primi algologi italiani

Testimonianze e memorie sulla nascita della medicina del dolore tra Firenze e la scena internazionale degli anni '70

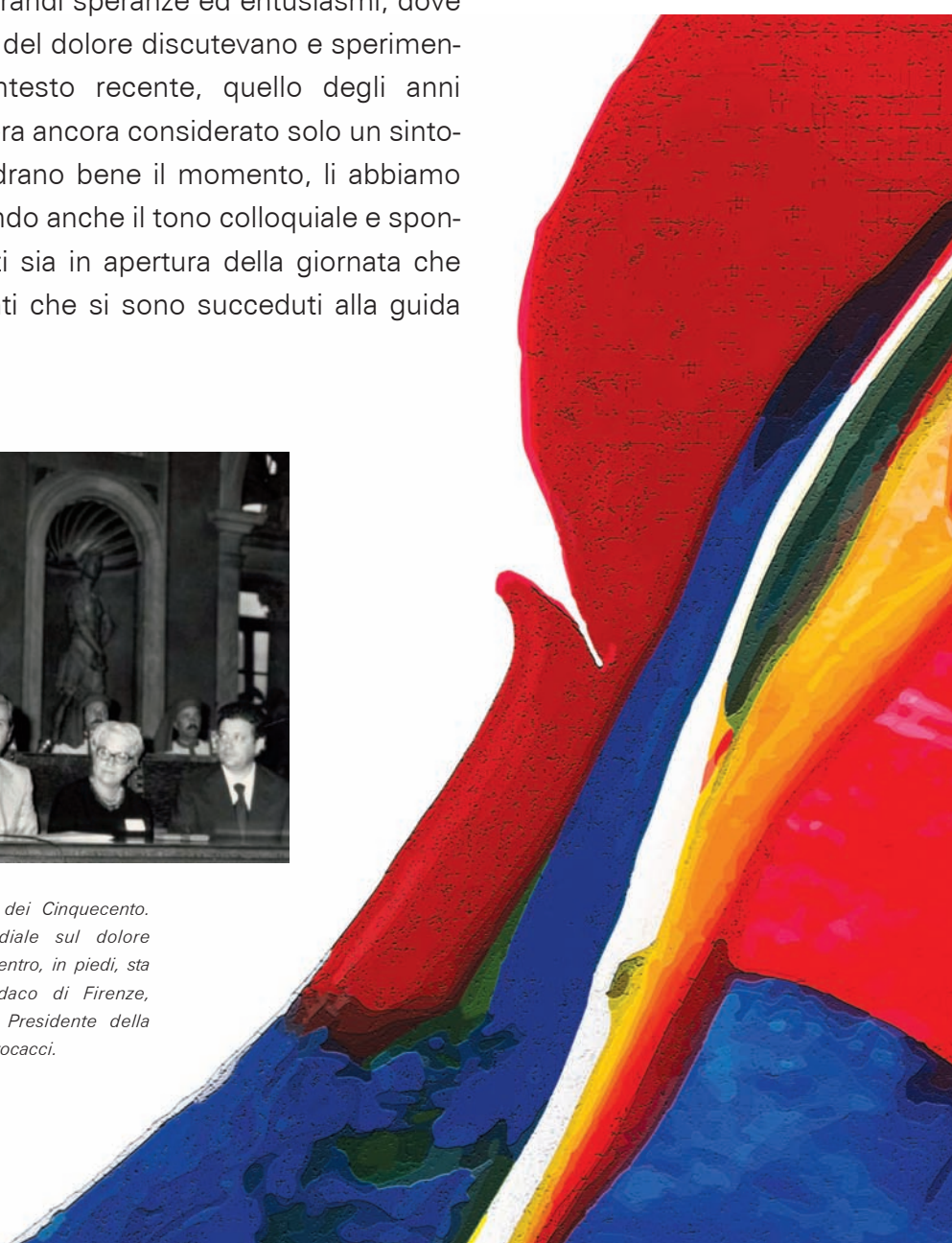


Giancarlo Carli e Marco Maresca hanno ricordato vari momenti del loro incontro con John Bonica e la collaborazione con Paolo Procacci e con altri studiosi che negli anni '70 si interessavano di dolore.

Questi i loro ricordi e riflessioni che hanno portato tutti i partecipanti indietro nel tempo, in un'epoca di grandi speranze ed entusiasmi, dove veri e propri pionieri della medicina del dolore discutevano e sperimentavano, staccandosi dal loro contesto recente, quello degli anni Cinquanta-Sessanta dove il dolore era ancora considerato solo un sintomo. Sono ricordi sparsi che inquadrano bene il momento, li abbiamo estratti dai loro interventi, mantenendo anche il tono colloquiale e spontaneo, interventi che sono avvenuti sia in apertura della giornata che nella tavola rotonda con i presidenti che si sono succeduti alla guida dell'AISD.



Firenze, 5 settembre 1975, Palazzo Vecchio, Salone dei Cinquecento. Cerimonia inaugurale del Primo Congresso Mondiale sul dolore dell'International Association for the Study of Pain. Al centro, in piedi, sta parlando John J. Bonica, alla sua sinistra il Sindaco di Firenze, Elio Gabbuggiani, la Prof.ssa Denise Albe-Fessard, Presidente della International Association for the Study of Pain e il Prof. Procacci.



Giancarlo Carli

"John Bonica ebbe veramente non solo il merito di essere un grande clinico sperimentatore, lui sperimentava tutto quel faceva, e lo migliorava, cominciò a usare per esempio l'analgesia locale durante l'intervento chirurgico. Era un ricercatore. Inoltre capì l'importanza della cura del dolore dal punto di vista generale, era il nostro politico, fu il politico di tutto il mondo, si può dire che sia stato il consulente scientifico di almeno 50-60 Paesi al mondo e non solo del Nord America. Forse non tutti sanno che era un lottatore ed è stato campione degli Stati Uniti, Canada e campione del mondo come peso medio massimo, tra l'altro ha sofferto tutta la vita di dolore perché aveva subito molti traumi, fu operato ben 18 volte, tutte operazioni inutili. Il messaggio di Bonica andava quindi portato avanti, aveva dato l'esempio e aveva fatto una cosa importante."

"Lui faceva prima di tutto l'istruttore degli infermieri, poi l'istruttore dei medici, ovviamente anestesisti. Si occupava anche di anestesia ostetrica, infatti ha scritto anche un famosissimo libro. L'università dove lui ha lavorato era frequentata tutti gli anni da centinaia di medici che facevano una specie di tirocinio e quindi l'interesse si era diffuso e lui era notissimo. Noi volevamo portare in Italia il modello Bonica, il quale realizzò il primo centro per la terapia del dolore, un suo sogno. Non lo so se questo sogno si è realizzato altrove. Ci sono tanti centri del dolore, ma con la mentalità di Bonica, cioè con l'idea che nella terapia multidisciplinare tutti gli attori hanno la stessa importanza, mentre voi sapete benissimo che il paziente quando si trova di fronte a molti professionisti

della terapia vuol subito capire chi è il capo a cui rivolgersi. Lui invece spersonalizzò questo aspetto, cioè tutti avevano lo stesso compito e tutti i suggerimenti dovevano essere accettati e ascoltati, da tutti i partecipanti, che si impegnavano e che si riunivano. Questo modello l'ha tentato Mario Tiengo in Italia, ma riuscì a realizzarlo solo un anno prima della pensione, e la cosa non proseguì. Mi auguro che ci sia qualche centro che cerchi di applicare almeno in parte il progetto di Bonica."

Marco Maresca

"Oggi è il 10 marzo e la fondazione legale dell'Associazione avvenne proprio il 10 marzo del 1976. Eravamo in sei persone dal notaio. La fondazione era stata preceduta da una riunione importante a cui ha fatto già cenno il professor Carli, nel mese di febbraio, in clinica medica a Firenze e fu quella in realtà la riunione in cui fu deciso di fondare il capitolo italiano della IASP, International Association for the Study of Pain, secondo l'incarico che Bonica stesso aveva dato al professor Procacci, a conclusione del primo congresso mondiale IASP, congresso che si era svolto a Firenze nel 1975.

Firenze era stata scelta dal professor Bonica perché era venuto a Firenze nel 1972, per un congresso sempre dedicato al dolore, sempre organizzato dal professor Procacci e aveva avuto chiaramente un'ottima impressione delle possibilità che offriva questa città, certamente anche per alcuni richiami di tipo turistico, tant'è vero che il congresso del 1975 ebbe un successo inaspettato.

Vorrei aggiungere che ho visto con piacere che nella pubblicazione che è stata distribuita sul dolore nelle arti figurative, con un contributo del professor Procacci che era

un grande appassionato ed esperto di storia dell'arte, in questa pubblicazione sono ricordati con precisione i due momenti che portarono alla costituzione dell'AISD. L'Associazione da allora ha proseguito il suo cammino fino ad oggi e posso dire con piacere che l'Associazione è ancora viva e risponde ancora ai principi con cui era stata fondata e quindi possiamo essere orgogliosi del lavoro che è stato fatto, anche se non solo da noi qui presenti.

Possiamo fare i migliori auguri all'associazione, ai membri che continueranno a impegnarsi con l'entusiasmo che hanno dimostrato fino ad oggi e possiamo augurare all'associazione un ulteriore sviluppo e quindi un'attività che porti veramente a risultati scientifici pratici clinici per alleviare le sofferenze dei nostri simili."

Giancarlo Carli

"Purtroppo, a volte travolti dalle cose, siamo un po' portati a dimenticare alcuni aspetti che invece hanno poi dimostrato di essere molto importanti.

Stamattina si parlava dell'ambiente scientifico di Firenze. Firenze è stata la capitale in qualche modo dell'Italia e dei pionieri del dolore. Se ne parlava anche con te (Maresca, ndr) stamane perché ricordo che ha conosciuto Greppi e Lunedei, che sono stati due dei più grandi pensatori, cioè coloro che hanno previsto clinicamente moltissimo dello studio del dolore.

Bisogna dire che l'Italia aveva un difetto a quei tempi, non si studiava l'inglese e tutte le loro idee sono rimaste in Italia e l'erede è stato Procacci, perché lui sapeva bene l'inglese e ha potuto fare gli esperimenti e confermare quello che loro pensavano. Anzi perché non ne parli tu Marco? sono stati tuoi professori, no?"

Marco Maresca

"Greppi non direttamente, ma ho conosciuto bene il suo allievo Sicuteri che continuava quell'aspetto particolare che era il dolore cefalico, per cui nella clinica medica allora diretta dal professor Greppi aveva avviato un centro cefalee che testimoniava uno degli aspetti dell'interesse per il dolore che c'era all'Università di Firenze nell'ambito della medicina interna, nell'ambito della clinica medica.

Poi Lunedei, il Teodori e fondamentale il contributo di Procacci, il quale, anche per la sua buona conoscenza dell'inglese in un ambiente in cui non esisteva nemmeno forse l'interesse per stabilire relazioni internazionali, aveva favorito e infatti aveva dato inizio con il congresso del '72 a una serie di relazioni, in primo luogo con il professor Bonica, ma anche con altri studiosi, taluni dei quali il professor Procacci aveva conosciuto in precedenza. Direi che fra i meriti del professor Procacci c'è anche, e qui mi fa piacere che ci sia un fisiologo, il professor Carli, di essere stato a lungo in fisiologia, pur avendo iniziato la sua attività in patologia medica, era stato a compiere una serie di studi, per un periodo piuttosto lungo, sempre in fisiologia, a Stoccolma presso l'Alta Scuola di Veterinaria diretta, diretta allora dal professor Zottermann che venne a Firenze per partecipare al congresso del '75. Fra l'altro, ebbi occasione di conoscerlo.



Vorrei ora accennare ad alcuni aspetti secondo me interessanti.

Primo che, oltre ai padri fondatori, dobbiamo considerare il nume protettivo della nostra associazione, che è sicuramente il professor Bonica, nato fra l'altro in Italia a Filicudi, per l'esattezza, emigrato a poco più di dieci anni negli Stati Uniti, dove aveva compiuto i suoi studi e tutta la sua carriera, era stato fra l'altro ufficiale medico della Marina sul fronte del Pacifico, durante la Seconda Guerra Mondiale e aveva mantenuto ovviamente un certo rapporto con l'Italia. Sicuramente il professor Bonica era veramente un esempio, sia per il suo interesse culturale e multidisciplinare, basta considerare già la prima edizione di quel voluminoso trattato del Management of Pain che aveva scritto tutto da solo, con solo un capitoletto fatto da un'altra persona, mi pare da uno psicologo. Quindi il professor Bonica possiamo veramente considerarlo un po' come il nume protettore della nascita, prima di tutto dell'associazione internazionale, ma direi in particolare dell'associazione italiana. Poi accenno a un altro aspetto: ciò che mi aveva colpito già nel congresso del '75, il primo congresso della IASP, fu questo entusiasmo della collaborazione interdisciplinare, si sentiva nell'aria questa gioia di persone che appartenendo a diverse discipline si occupavano del dolore ed erano felici che ci fosse questa possibilità di avere, certamente ognuno aveva dei rapporti personali in clinica, ovviamente molti lavoravano avendo delle consulenze, delle amicizie con persone di altre specialità, ma si percepiva questa gioia di avere questo ulteriore mezzo per uno scambio di idee sicuramente fruttuoso.

E un altro aspetto che forse si può ricollegare anche al programma di oggi, che non è stato

limitato, ma aperto a vari aspetti della cultura, è proprio quello dell'importanza della cultura in genere. Come ho già detto stamani mi ha fatto piacere vedere che è stata stampata questa riedizione di un commento del professor Procacci sul dolore nelle arti figurative, poteva farlo solo lui con la sua cultura.

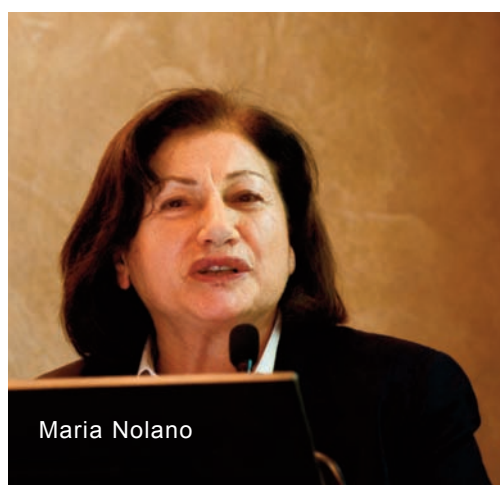
La cultura in generale sicuramente è importante per indirizzare, per completare anche tutte le nostre attività cliniche, scientifiche nel senso più ampio della parola e anche qui un altro aspetto importante da ricordare, dell'AISD e prima ancora della IASP: l'importanza del rapporto fra clinici e studiosi delle cosiddette scienze di base, anatomici, fisiologi, soprattutto farmacologi, che certamente è un arricchimento e può portare, proprio attraverso lo scambio di idee fra persone che coltivano diversi campi di ricerca, può portare, speriamo, e sono sicuro e lo auguro all'AISD, che possa portare a ulteriori sviluppi. "



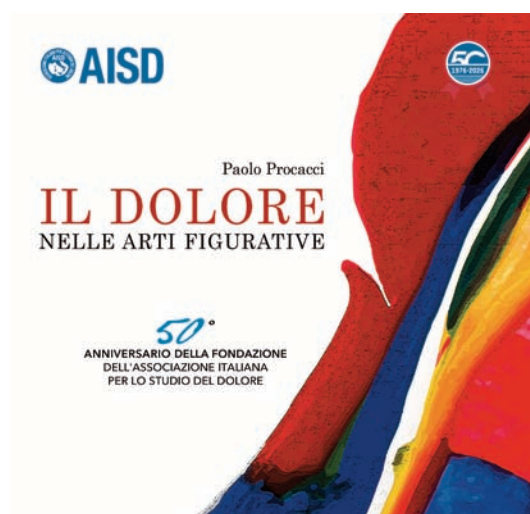
Firenze, 6 settembre 1975. Il Prof. Procacci introduce i lavori del Primo Congresso Mondiale IASP al Palazzo dei Congressi di Firenze.

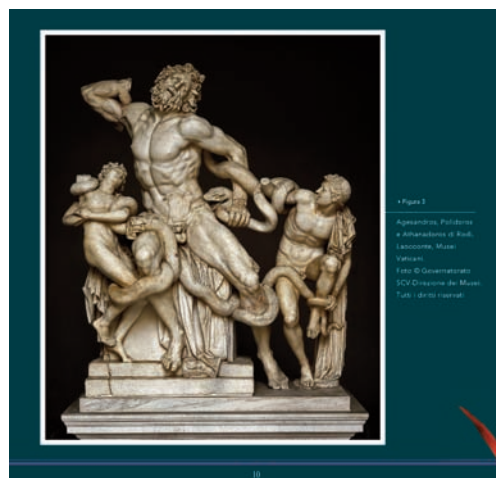


Da sinistra: Stefano Coaccioli, Gabriele Finco, Maria Caterina Pace, Caterina Aurilio, Enrico Polati, Marco Maresca, Giancarlo Carli, Giustino Varrassi









49

CONGRESSO
NAZIONALE

AISD

ASSOCIAZIONE ITALIANA
PER LO STUDIO DEL DOLORE

WWW.AISD.IT

Aci Castello

CATANIA

1-3 OTTOBRE 2026

CALL FOR ABSTRACT



Pubblicazioni



Video



AISD

AREA RISORSE EDUCATIVE



Questionari

Linee guida



La sezione documenti
del sito AISD si aggiorna



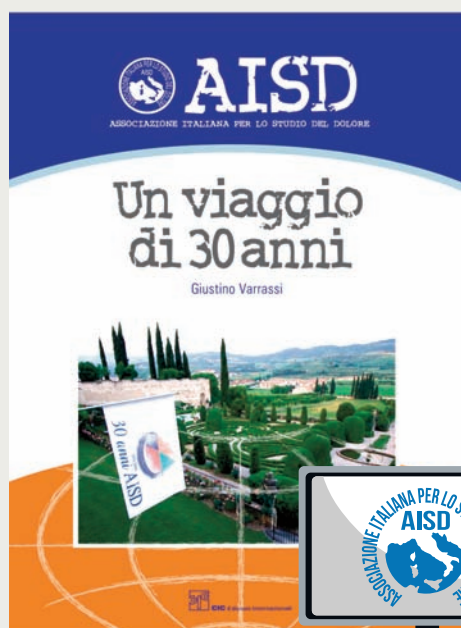
RINNOVA LA QUOTA



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

IBAN: IT 44 J 08327 03239 0000 0000 2154

Nel sito aisd.it, [sezione Video]
(accessibile dal menu Documenti)
i soci possono rivedere le registrazioni dei Congressi
dal 2018 al 2025 e tutti i Meet the Expert.
Occorre effettuare il login per accedere.



Due libri sulla storia della nostra associazione entrambi
scaricabili in formato PDF dal link



<https://www.aisd.it/chi-siamo/storia-e-statuto>



"Prima di operare sul dolore devi sapere fare diagnosi"

di Davide Gerboni

Raggiungere i cinquant'anni di una società scientifica non significa solo celebrarne il passato, ma anche rinnovare l'impegno verso la dignità del paziente e la necessità di un approccio integrato, anticipando visioni oggi riconosciute a livello internazionale.

Questi anniversari, dunque, invitano a guardare avanti, a innovare e a rafforzare la missione associativa.

Durante la mia attività di algologo ho avuto modo di assistere a quanto è successo negli anni 2000, quando la diagnosi nel campo del dolore ha vissuto una vera rivoluzione. Si è passati da un'impostazione puramente "anatomica" a una comprensione multidimensionale, riconoscendo che il dolore cronico è una malattia in sé e non un semplice sintomo. La diagnosi ha iniziato a comprendere il contesto, la funzione e la qualità della vita, specialmente dopo l'introduzione della Legge 38/2010 che ha conferito dignità giuridica al lavoro di chi opera nel settore.

In questo periodo, il concetto di diagnosi si è arricchito della dimensione relazionale e sociale (bio-psico-sociale). Diagnosticare significava anche comprendere le barriere che impedivano ai pazienti di ricevere cure adeguate, e le difficoltà amplificate dal silenzio delle istituzioni.

La mia storia personale con l'AISD inizia nel 1981. Questa mia lunga militanza mi ha permesso di assistere e contribuire alla metamorfosi della disciplina.

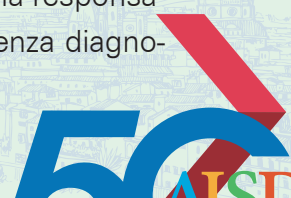
La mia attività professionale si è svolta tra Pietra Ligure (Santa Corona, dall'agosto 1980 a marzo 2000), Cuneo (Centro del Dolore al Santa Croce, da marzo 2000 a maggio 2020 e infine a Como presso il Centro del Dolore Villa Aprica, da luglio 2020 a luglio 2024. Si intreccia profondamente con la Liguria, la terra che ha dato i natali a uno dei pionieri più illustri dell'associazione: il Prof. Enrico Torquato Cavallini.

Se ripenso ai miei quarantaquattro anni di lavoro dedicati alla cura del dolore, che non sono pochi, non posso non ricordare l'incontro con lui, un pioniere della terapia del dolore in Italia, un grande Maestro. Il Prof. Enrico Torquato Cavallini è ricordato soprattutto per essere stato l'organizzatore del 1° Congresso Nazionale AISD, tenutosi alla Spezia nel 1977. In quel periodo, la medicina del dolore stava affacciandosi come disciplina autonoma in Italia.

Ricordo ancora con estrema nitidezza il giorno in cui mi fu presentato. In un'epoca in cui la terapia del dolore muoveva i primi passi tra l'entusiasmo e l'incertezza, Cavallini mi accolse con un'ammonizione che sarebbe diventata la pietra angolare della mia professione:

"Prima di operare sul dolore devi sapere fare diagnosi."

In queste parole non c'era solo l'esortazione al rigore scientifico, ma il richiamo alla responsabilità verso la persona. Operare senza diagno-



sticare significa trattare un sintomo ignorando il malato.

Il professor Enrico Torquato Cavallini (†1997) è stato una figura di riferimento per la sanità spezzina e uno dei protagonisti della modernizzazione dell'Ospedale Sant'Andrea. Medico di straordinaria competenza e visione, ha fondato e organizzato il reparto di Rianimazione, il reparto di Anestesia, il Centro Antiveleni e il Centro di Terapia Antalgica, strutture che hanno segnato un salto di qualità nell'assistenza ospedaliera cittadina.

Uomo dal carattere determinato e insieme semplice, Cavallini era noto per il suo fiuto intuitivo ("Una volpe dal fiuto sottile", come descritto in un libro pubblicato da Città Nuova che ricorda la figura di Enrico Torquato Cavallini), la capacità di cogliere le sfumature umane e di guidare colleghi e pazienti con autorevolezza discreta. La sua vita fu profondamente ispirata ai valori del Movimento dei Focolari, vissuti nella concretezza dell'attimo presente e in una costante attenzione agli altri. La città della Spezia gli ha dedicato il 13 luglio 2019 "Largo Torquato Enrico Cavallini" riconoscendo in lui non solo un pioniere della medicina, ma un maestro di umanità che ha lasciato un'impronta indelebile nella comunità.

Ed è proprio dai suoi insegnamenti che nacque il progetto di commemorarlo con un convegno, nel 2015, presso il Polo Lionello Bonfanti di Loppiano-Incisa Val d'Arno (cittadella di pace ed unità nella diversità, sede del centro di formazione Università Sofia del Movimento dei Focolari).



Il Convegno in ricordo del prof. Cavallini: un ponte tra passato e futuro

Considero questo Convegno come il culmine del mio percorso di crescita che si è concretizzato in evento unico che ho avuto l'onore di dirigere scientificamente e organizzare. Decisi allora con gli amici di Loppiano, la famiglia Cavallini (rappresentata dal figlio prof. Gianmaria, Direttore a Modena di Clinica Oculistica) e la presenza fattiva dei Proff. Giancarlo Carli e Giustino Varrassi di costruire un programma che ampliasse il concetto di diagnosi, includendovi anche la dimensione spirituale e il bisogno di senso, oltre agli aspetti clinici.

Il Convegno Cavallini – svoltosi il 27 settembre 2015 – ha rappresentato un momento di altissimo livello, riunendo più di cento professionisti e operatori sanitari. L'evento, intitolato "La sofferenza umana: speranze di cura e ricerca di senso", ha saputo integrare la clinica con la spiritualità, e la fisiologia con la ricerca di significato.

Abbiamo imparato che la diagnosi più difficile, ma anche la più necessaria, è quella del "buco nell'anima", come lo ha definito la Prof.ssa Nancy O'Donnell. Il suo intervento ha completato perfettamente il quadro scientifico tracciato dai Professori Carli e Varrassi, mostrando come senza una visione integrale – dalla biologia molecolare alla speranza del malato – la nostra diagnosi resti incompleta.



I messaggi fondamentali del convegno

L'incontro ha rappresentato un vero unicum nel panorama della medicina del dolore, mettendo in dialogo esperti accademici, pazienti e filosofi. Come promotore e coordinatore scientifico, ho voluto far convergere visioni complementari:

Prof. Giancarlo Carli

(Fisiologo Università di Siena): Ha portato il rigore della fisiologia e dell'analisi della comunicazione medico-paziente. Ha ridefinito il dolore come "quinto segno vitale", spostando l'attenzione sulla complessità relazionale.

Prof. Giustino Varrassi

(Presidente Fondazione Procacci, già docente e direttore Anestesiologia e Medicina del Dolore Università dell'Aquila). Ha dato una dimensione politica e internazionale, sottolineando il ruolo delle normative (come la Legge 38/2010) e delle strutture europee per la tutela dei diritti dei pazienti.

Prof.ssa Nancy O'Donnell

(Psicologa di New York). Ha esplorato la diagnosi del senso, la reciprocità e la speranza come elementi centrali nella cura, mostrando come la psicologia e la spiritualità possano colmare il "buco nell'anima".

Prof. Don Alessandro Clemenza

(Teologo e docente Facoltà Teologica Italia Centrale e Istituto Universitario Sofia Loppiano). Ha offerto uno sguardo teologico sul mistero del dolore e sull'identità della persona sofferente.

La presenza di questi relatori, apparentemente distanti tra loro, ha permesso di affrontare la complessità della sofferenza da prospettive diverse ma complementari, dimostrando che diagnosi oggi significa ascoltare la biologia, la società e lo spirito.

I temi innovativi del convegno

- Il dolore come 5° segno vitale: Un concetto d'avanguardia, oggi standard, che pone il dolore al centro della valutazione clinica.

- L'umanizzazione degli spazi: L'intuizione che l'architettura dei luoghi di cura sia parte integrante della terapia.
- La sintesi tra Scienza e Spiritualità: la figura di Cavallini è stata portata a esempio che ha saputo coniugare l'approccio clinico con la profondità spirituale dei Focolari.

La diagnosi: oltre l'atto clinico, un impegno etico

Nel mio percorso, la diagnosi si è progressivamente trasformata da atto tecnico a impegno etico e relazionale:

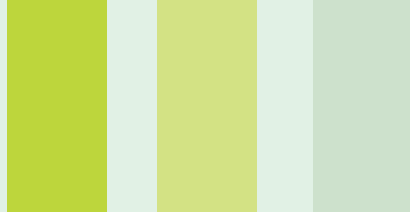
1. La diagnosi come Rigore: il lascito di Cavallini richiede di cercare la verità scientifica, individuando le cause profonde del dolore e rifiutando la superficialità del trattamento sintomatico.
2. La diagnosi come Relazione: seguendo Carli e Varrassi, la diagnosi è anche decifrazione di un linguaggio interrotto tra medico e paziente, includendo il contesto sociale e le barriere che amplificano la sofferenza.
3. La diagnosi di Senso: grazie agli interventi di O'Donnell e Clemenza, la diagnosi si eleva a comprensione del significato che il dolore assume nella vita della persona, ponendo attenzione a ciò che nessun esame strumentale può mostrare.

Sintetizzando, "affinare la diagnosi" significa riconoscere non solo il danno tissutale, ma soprattutto la persona ferita, unendo la precisione del clinico alla pietas del curante: questa è l'eredità ligure che ho cercato di onorare durante la mia professione.

La psicologia della speranza e il "pezzo mancante"

Un capitolo essenziale di quella giornata è stato l'intervento della Prof.ssa Nancy O'Donnell. Il suo contributo ha spostato il





baricentro dalla cura del sintomo alla cura dell'identità del malato. Ha introdotto il concetto di reciprocità: la sofferenza non è un vuoto, ma un luogo di relazione. La speranza non è l'illusione di guarigione a ogni costo, ma la capacità di accettare i limiti per trasformarli in occasione di crescita interiore.

La testimonianza del "Filo d'Acciaio": il senso ultimo dell'evento è stato sigillato dalle parole di Chiara M., la cui esperienza di dolore cronico ha dato voce a migliaia di pazienti.

La sua metafora della speranza come un "filo sottile ma più resistente dell'acciaio" resta, a dieci anni di distanza, il momento più alto del convegno.

Il 2026 è un traguardo straordinario per l'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore che celebra cinquant'anni di attività dedicata alla ricerca, alla formazione e alla sensibilizza-

zione sulla complessa realtà del dolore. Questo anniversario rappresenta non solo un momento di orgoglio, ma anche l'occasione per riflettere sul cammino intrapreso e sulle sfide ancora aperte. L'AISD si è distinta come il capitolo italiano della International Association for the Study of Pain (IASP), che a sua volta ha raggiunto il mezzo secolo di vita nel 2024, segnando un'epoca di grandi progressi nella gestione del dolore cronico. Dalla sua fondazione l'AISD ha promosso continuamente lo studio, la diagnosi e la cura del dolore – sia acuto sia cronico – contribuendo in modo determinante allo sviluppo di linee guida nazionali, alla formazione di professionisti sanitari e all'introduzione di approcci innovativi e multidisciplinari. Congressi, eventi e pubblicazioni scientifiche hanno creato una rete solida e competente, che ha coinvolto specialisti da tutto il territorio nazionale.



Lettera aperta ai soci AISD

Cari Colleghi, Cari Amici,

Giunti al traguardo dei cinquant'anni AISD, sento forte il dovere di trasmettere ai soci più giovani il testimone dell'impegno e della responsabilità. Non accontentatevi mai di una diagnosi superficiale: cercate sempre l'uomo dietro il dato clinico. Il dolore, ricordate, è un mistero che si abita, non solo un problema che si risolve. La vera speranza nasce dalla capacità di vedere il paziente nella sua interezza, unendo la scienza rigorosa alla prossimità umana. Senza questa visione integrale, la nostra diagnosi resta un pezzo di puzzle isolato. L'AISD mi ha insegnato che siamo medici completi solo quando sappiamo ricomporre l'intero disegno: dalla biologia molecolare alla speranza del malato. È stato un onore camminare con tutti voi in questi quarantacinque anni di mia professione.

A conclusione del mio percorso, condivido con Voi l'ultimo chilometro accompagnato da una SLA bulbare, ancora tutta da comprendere e come curare. Desidero richiamare, pertanto, l'attenzione sull'importanza della ricerca nelle malattie rare, per dare speranza a chi ne soffre.

Con stima e affetto,

Davide Gerboni

Socio AISD dal 1981 già rappresentante regionale Liguria (2003-2022)



Due maestri contro il dolore: l'eredità di Alessandro Sabato e Antonio Gatti

Tra scienza e umanità

di Maria Rosciano

Ci sono incontri professionali che segnano una carriera. E poi ci sono quelli che, silenziosamente, definiscono ciò che diventerai come medico e come persona. Per me, Antonio Gatti e Alessandro Sabato sono stati questo: non solo due grandi nomi della terapia del dolore, ma i maestri che hanno dato forma alla mia identità professionale.

Ho avuto la fortuna di essere loro allieva in un momento straordinario, in cui la medicina del dolore stava passando da intuizione a disciplina strutturata. Li ho visti lavorare fianco a fianco al Policlinico Tor Vergata, condividere visioni, discutere casi complessi, costruire qualcosa che andava ben oltre un reparto o un progetto: stavano cambiando il modo di intendere il dolore. Ricordarli insieme non è soltanto un gesto affettivo, ma un atto dovuto alla storia stessa dell'al-gologia moderna in Italia. Le loro carriere si sono intrecciate contribuendo a costruire al Policlinico Tor Vergata di Roma uno dei primi centri di terapia del dolore e, soprattutto, una nuova cultura del dolore: non più inevitabile compagno della malattia, ma condizione da riconoscere e trattare con dignità scientifica e umana.

Alessandro Sabato

Antonio Gatti

Alessandro Sabato ha rappresentato il rigore della ricerca e la profondità del pensiero clinico. Anestesista rianimatore e direttore di dipartimento, ha avuto un ruolo centrale nello sviluppo dell'algologia accademica e organizzativa.

Durante la sua presidenza dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore (2011-2014) ha rafforzato il ruolo della formazione continua, contribuendo a diffondere conoscenze aggiornate tra i professionisti del settore.

Sabato è stato anche un pioniere nello studio del dolore neuropatico, ambito complesso che richiede competenze interdisciplinari. La sua attività di ricerca, unita alla capacità di creare sinergie tra specialisti, ha portato a sviluppare metodiche diagnostiche sempre più precise. Non meno importante è stato il suo impegno nella formazione: come coordinatore del primo dottorato in Cure Palliative e Fisiopatologia del Dolore a Tor Vergata, ha formato medici destinati a proseguire il suo lavoro.

Accanto a lui Antonio Gatti, anestesista e docente universitario, è stato tra i principali promotori di una rivoluzione culturale che ha cambiato il modo di concepire la sofferenza. Il suo lavoro si è concentrato sul dolore cronico, oncologico e post-operatorio, ambiti in cui ha introdotto approcci terapeutici innovativi e sistematici. È stato tra coloro che hanno contribuito alla nascita della rete nazionale di terapia del dolore e all'affermazione di principi oggi fondamentali, come quello dell'"ospedale senza dolore". Il suo impegno ha accompagnato anche il percorso che ha portato alla Legge 38 del 2010, sancendo il diritto del paziente a non soffrire inutilmente.

Ma il suo lascito va oltre i risultati scientifici. Gatti ha insegnato che il dolore non è solo un sintomo da misurare, ma un'esperienza da

comprendere. Nei corridoi e nelle aule universitarie ha trasmesso un'idea di medicina profondamente umana, in cui l'ascolto del paziente è parte integrante della cura. Il professor Gatti era energia, intuizione, capacità di trasformare le idee in azione. Nella sua pratica clinica e nella sua attività accademica ha sempre sostenuto un principio che oggi appare evidente, ma che allora non lo era affatto: il dolore non è inevitabile, è curabile. Ha aiutato a scardinare un tabù culturale profondo.

La vostra eredità vive nelle mani di ogni vostro allievo

Chi ha avuto la fortuna di conoscerli entrambi li descrive come figure diverse ma complementari. Da un lato l'energia innovativa e la spinta pratica di Gatti, dall'altro la lucidità analitica e la profondità accademica di Sabato. La loro forza stava proprio in questo binomio di scienza e passione, che univa la visione clinica del Prof. Gatti al rigore accademico del Prof. Sabato. Insieme rappresentavano un equilibrio raro tra corsia e ricerca, tra intuizione e metodo.

Due maestri diversi, eppure complementari: entrambi animati da una generosità intellettuale fuori dal comune. Non si limitavano a trasmetterci protocolli o tecniche; ci insegnavano a 'sentire' il dolore del paziente, a non arrenderci di fronte alle patologie più complesse e a credere nella dignità di ogni cura. La loro collaborazione ha sicuramente plasmato la mia identità di medico terapeuta del dolore e quella di altri colleghi.

Ricordare il Prof. Alessandro Sabato non significa solo citare i suoi successi accademici o il suo ruolo nell'AISD, ma onorare l'uomo che, tra i corridoi di Tor Vergata, ci ha insegnato il valore del tempo e dell'ascolto.

Essere stata sua studentessa nella Terapia del Dolore è stato un privilegio che va oltre la formazione clinica. Il Professore aveva tra l'altro una dote rara: sapeva rendere semplici i meccanismi più complessi del dolore neuropatico. È stato una guida esigente e generosa, soprattutto durante il lavoro sulla mia tesi dedicata al dolore neuropatico, che mi ha dato l'opportunità di condividere con lui ore trascorse a limare ragionamenti clinici, avendo modo di apprezzare quella sua capacità unica di spingerti a guardare oltre il dato scientifico. Lavorare alla tesi sotto la sua guida non è stato solo un esercizio accademico, ma una vera scuola di vita e di rigore. Il Professore non si accontentava della superficie: mi ha insegnato a scavare nei meccanismi del dolore con curiosità intellettuale e onestà scientifica, senza mai dimenticare che dietro ogni dato c'era una persona in attesa di sollievo.

Di lui mi porto dentro la generosità intellettuale, non era un docente che gelava il sapere, ma un mentore che lo regalava con entusiasmo, e quel suo sguardo arguto, capace di intuire una

diagnosi o una fragilità del paziente prima di chiunque altro. Mi ha insegnato che la nostra missione non è solo "togliere il dolore", ma restituire dignità alla vita.

Al suo fianco, la presenza e l'energia del Prof. Gatti completavano un quadro unico: insieme rappresentavano l'eccellenza e la passione, l'aula e la corsia che si fondevano per dare dignità alla terapia algologica. Se il Prof. Sabato mi ha trasmesso la struttura mentale e la profondità dell'analisi, il Prof. Gatti mi ha mostrato la forza operativa e la dedizione instancabile al paziente.

Oggi, ogni volta che mi trovo davanti a un paziente difficile, sento risuonare i loro insegnamenti. Mi porto dentro la loro integrità, il loro entusiasmo e quel senso di responsabilità verso una disciplina che hanno contribuito a far crescere con coraggio.

Grazie, Professori, per aver tracciato la strada e per avermi insegnato che la medicina del dolore è, prima di tutto, un atto di profondo rispetto per la sofferenza altrui.

Per donare il 5xmille

5

codice fiscale **80027230483**



Roma Pain Days

MAY [14-16, 2026]




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

PRECISE HOUSE
Mantegna Hotel
Rome · Italy



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



15TH CONGRESS OF THE
EUROPEAN PAIN FEDERATION EFIC®
21-23 APRIL 2027 | GLASGOW, SCOTLAND



EFIC-CONGRESS.ORG #EFIC2027



AISD

ASSOCIAZIONE ITALIANA
PER LO STUDIO DEL DOLORE



Pain Experience Summit

Congresso Regionale AISD Calabria

AUDITORIUM Università degli Studi
"Magna Graecia" di Catanzaro

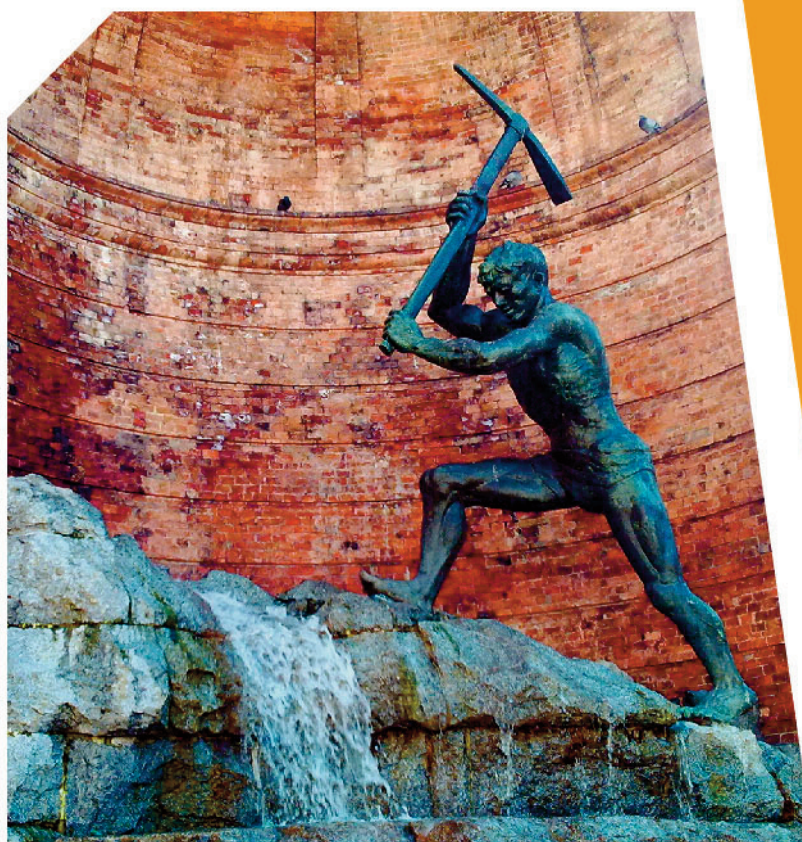
Responsabili scientifici

Diego Maria Michele Fornasari

Pietro Maglio

Lucia Muraca

■ 19-20 GIUGNO 2026



Pain Experience Summit



AISD

www.aisd.it | info@aisd.it



 **PLANNING**

PROVIDER ECM
E AGENZIA ORGANIZZATIVA

Planning Congressi Srl
www.planning.it

INFORMAZIONI



Link d'iscrizione: <https://webplatform.planning.it/AISDCZ/register>

Educazione continua in medicina: ID ECM 38- 481199

Evento accreditato per: Medici Chirurghi e Farmacisti

Crediti assegnati: 9,1

| Articolo originale

Dolore nociplastico: fatti, controversie e obiettivi futuri

Winfried Häuser^{1,2} | Eva Kosek^{3,4}

¹ Health Care Center for Pain Medicine and Mental Health Saarbrücken St. Johann, Saarbrücken, Germany UK | ² Department Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, Technische Universität München, München, Germany | ³ Department of Clinical Neuroscience, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden | ⁴ Department of Surgical Sciences, Uppsala University, Uppsala, Sweden

Autore corrispondente: Winfried Häuser (winfriedhaeuser@googlemail.com)**Ricevuto:** 17 agosto 2025 5 | **Revisione:** 18 ottobre 2025 | **Accettato:** 6 novembre 2025

ABSTRACT

Background: Il dolore nociplastico, un terzo descrittore meccanicistico del dolore in aggiunta al dolore nocicettivo e neuropatico, è definito come "dolore che sorge da una nocicezione alterata" non completamente spiegato da meccanismi di dolore nocicettivo o neuropatico.

Metodi: Riassumiamo ed estendiamo alcune discussioni di una sessione principale sul dolore nociplastico tenutasi alla conferenza della Federazione Europea del Dolore (EFIC) a Lione il 26 aprile 2025.

Risultati Raccomandiamo di non confondere concetti e termini: il dolore nociplastico non è sinonimo di dolore cronico primario né di sensibilizzazione centrale. Il dolore nociplastico non è un nuovo termine per il dolore di origine sconosciuta. Abbiamo identificato queste controversie: "Nociplastico" potrebbe non essere il termine migliore. Altre specialità (ad esempio, la medicina interna) utilizzano termini e concetti diversi per condizioni cliniche definite come "condizioni di dolore nociplastico" dalla medicina del dolore. La sindrome fibromialgica non è sempre il prototipo di una condizione di dolore nociplastico puro. La "nociplasticità" può essere una componente continua (e non separata) del dolore; pertanto, il requisito di "escludere" il dolore nocicettivo e neuropatico per diagnosticare il dolore nociplastico è stato messo in discussione.

Conclusioni: I futuri compiti includono ulteriori test sul campo ed eventuale modifica dei criteri per il dolore nociplastico; sviluppo di linee guida per il trattamento farmacologico e psicologico basate sui tre tipi di dolore; svelare i meccanismi fisiopatologici che guidano la nocicezione alterata in condizioni di dolore con sostanziali componenti nociplastiche; sviluppo di concetti ampi che unifichino le diverse visioni della medicina somatica, della medicina psicosociale e della medicina del dolore.

Dichiarazione di rilevanza: Il concetto di dolore nociplastico ha acquisito crescente importanza nella medicina del dolore ed è stato introdotto in altre specialità come la ginecologia e la reumatologia. I clinici dovrebbero sempre sforzarsi di identificare i principali meccanismi del dolore per guidare il trattamento.

1 | Background

Il dolore nociplastico, un terzo descrittore meccanicistico del dolore in aggiunta al dolore nocicettivo e neuropatico, è stato adottato nel 2017 dalla Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP) (Kosek 2024). È definito come "dolore che sorge da una nocicezione alterata" non completamente spiegata da meccanismi di dolore nocicettivo o neuropatico (Kosek et al. 2016). Il concetto di "dolore nociplastico" si è diffuso nella letteratura da quando è stato introdotto nel 2017. Il termine di ricerca "dolore nociplastico" ha prodotto due risultati nel 2018, 12 nel 2019, 43 risultati nel 2020, 79 nel 2021, 79 nel

2022, 117 nel 2023 e 126 nel 2024. A causa della sua importanza e popolarità nella medicina del dolore, un dibattito sul dolore nociplastico è stato una sessione principale alla conferenza della Federazione Europea del Dolore EFIC a Lione il 26 aprile 2025. In questo articolo, riassumiamo ed estendiamo alcune discussioni di quella sessione.

2 | Avvertenze

2.1 | Non confondere concetti e termini: il dolore nociplastico non è sinonimo di dolore cronico primario né di sensibilizzazione centrale

La IASP è riuscita a introdurre codici diagnostici per le "condizioni di dolore cronico primario" nella versione 11 della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-11) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS 2021) come un nuovo blocco di categorie nel capitolo "Sintomi, segni o reperti clinici, non classificati altrove" (Treede et al. 2019). Il concetto di dolore nociplastico è stato collegato alla definizione di dolore cronico primario diffuso e alla sindrome fibromialgica (MG 30.01) (OMS 2021) affermando che: "Il dolore cronico diffuso è caratterizzato da dolore che persiste per almeno 3 mesi, ed è associato a un significativo disagio emotivo e/o disabilità funzionale. La diagnosi è appropriata se il dolore non è direttamente attribuibile a un processo nocicettivo in queste regioni, e se sono presenti caratteristiche coerenti con il dolore nociplastico, come dolore spontaneo o evocato nelle regioni colpite, accompagnato da allodinia e/o iperalgesia e da fattori psicologici e sociali identificati" (OMS 2021). Tuttavia, va ricordato che il dolore nociplastico è frequentemente presente anche nelle altre sottocategorie del dolore cronico primario (ad esempio, la sindrome da dolore regionale complesso [CRPS]) (Mangnus et al. 2023).

È importante tenere a mente che "nociplastico" è un termine meccanicistico, "dolore cronico primario" un termine diagnostico (classificazione della malattia) e "sensibilizzazione centrale" un termine neurofisiologico (Walsh 2021). Il concetto di dolore nociplastico denota il meccanismo del dolore, non una diagnosi (Kosek et al. 2016). Pertanto, questi termini si com-

pletano a vicenda ma non sono sinonimi. I meccanismi del dolore rilevanti (dolore nocicettivo, neuropatico e/o nociplastico) così come la diagnosi (ICD-11) dovrebbero essere determinati in tutti i pazienti con dolore cronico e costituire la base per il trattamento. La sensibilizzazione è un importante meccanismo fisiopatologico delle sindromi dolorose croniche con meccanismi di dolore nociplastico predominanti (Kosek et al. 2016; Fitzcharles et al. 2021). Tuttavia, la sensibilizzazione periferica e/o centrale, che si manifesta come allodinia e iperalgesia, non è specifica per il dolore nociplastico (Kosek 2024) (vedi Figura 1). Inoltre, il dolore nociplastico non dovrebbe essere usato come sinonimo meccanicistico uniforme per le sindromi da dolore cronico primario, poiché questo termine comprende anche pazienti il cui dolore non può essere classificato come nociplastico (Treede et al. 2022; Kosek 2024).

2.2 | Il dolore nociplastico non è un nuovo termine per il dolore di origine sconosciuta

I pazienti senza segni clinici di nocicezione alterata, o i pazienti con nocicezione alterata che può essere pienamente spiegata da meccanismi nocicettivi o neuropatici, non hanno, per definizione, dolore nociplastico. Si dice che i pazienti con dolore che non può essere classificato in nessuno di questi tre tipi di dolore soffrano di dolore non classificabile/idiopatico o dolore di origine sconosciuta.

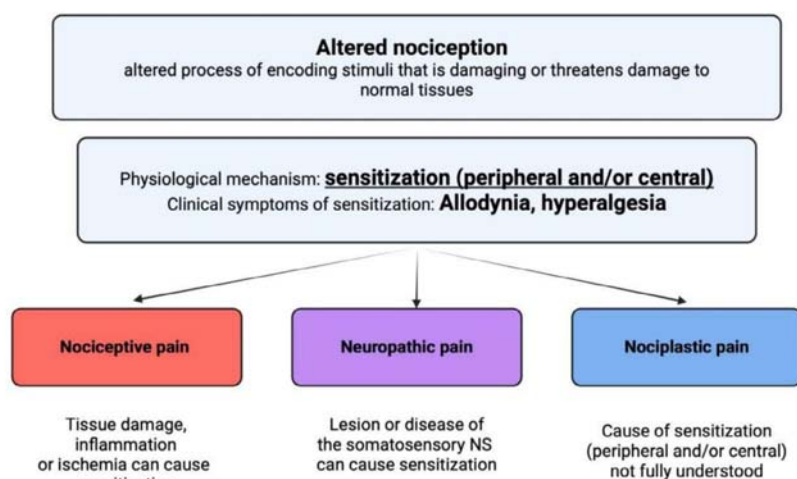


FIGURE 1 | Mechanisms of altered nociception.

3 | Controversie

3.1 | "Nociplastico" è il termine più appropriato?

Sono state sollevate preoccupazioni riguardo al termine "nociplastico". La distinzione concettuale tra "nociplasticità", plasticità fisiologica e plasticità nocicettiva è stata discussa criticamente. In biologia, la plasticità è intesa come la capacità di adattamento degli organismi ai cambiamenti ambientali (Skipper et al. 2010). La neuroplasticità è stata definita come "la capacità del sistema nervoso di cambiare la propria attività in risposta a stimoli intrinseci o estrinseci riorganizzando la sua struttura, funzioni o connessioni" (Mateos-Aparicio e Rodríguez-Moreno 2019). La plasticità (adattamento/abituazione e sensibilizzazione) avviene in ogni fase dell'elaborazione nocicettiva (Treede et al. 2022).

Alcuni clinici e ricercatori hanno sostenuto che sarebbe stato meglio introdurre termini già ampiamente in uso e che diano ai non specialisti del dolore il senso di dove questo dolore abbia origine, come "dolore centralizzato" o "dolore mantenuto centralmente" (Brummett et al. 2016; Loeser 2022). Tuttavia, ad oggi, non vi è alcuna prova che il dolore nociplastico abbia origine nel Sistema Nervoso Centrale (SNC).

3.2 | La medicina del dolore ha la proprietà sulle "condizioni di dolore nociplastico"?

Gli specialisti del dolore dovrebbero essere consapevoli che altre specialità utilizzano altre classificazioni e termini per le cosiddette condizioni di dolore cronico primario/condizioni cliniche con meccanismi di dolore nociplastico predominanti, come la sindrome fibromialgica (FMS) o la sindrome dell'intestino irritabile (IBS).

In passato, queste condizioni mediche sono state etichettate come "dolore psicogeno" o disturbo somatoforme nella medicina psicosociale. Merskey (2000) aveva già evidenziato nel 2000 i problemi del concetto di "somatizzazione". Il codice diagnostico "disturbi somatoformi" nell'ICD-10 è stato sostituito dal codice diagnostico di "disturbo da sintomi somatici" (bodily distress disorder) nell'ICD-11 (Häuser et al. 2025).

FMS e IBS sono classificate come disturbi somatici

funzionali nella medicina interna generale, nella medicina psicosomatica e nella neurologia (Roenneberg et al. 2019). Il termine "funzionale" lascia spazio a eziologie multifattoriali ed enfatizza il potenziale di reversibilità (Popkirov et al. 2020). Tuttavia, la Fondazione Roma ha sostituito il termine "disturbi gastrointestinali funzionali" con "disturbi dell'interazione intestino-cervello" nella quinta versione dei criteri di Roma. In particolare, i sottotipi di IBS sono definiti dalle abitudini intestinali, non dal dolore, secondo i criteri Roma V (Fairlie et al. 2023).

Le differenti classificazioni, concetti, termini e codici diagnostici della medicina somatica (per es. gastroenterologia, reumatologia) e della medicina psicosociale (psichiatria, medicina psicosomatica, psicologia) e la mancanza di un "ombrello" unificante per le stesse condizioni cliniche come la FMS sono state criticate (Häuser et al. 2025). La medicina del dolore ha recentemente presentato il concetto di dolore nociplastico e i codici diagnostici delle condizioni di dolore cronico primario. Attualmente, vi sono tentativi di introdurre il concetto di dolore nociplastico nelle specialità della medicina somatica come la reumatologia (Clauw 2024) e la ginecologia (Gentles et al. 2024). Certi meccanismi coinvolti nel dolore nociplastico potrebbero anche far parte di un processo sistemico più ampio che porta non solo al dolore ma anche a una maggiore sensibilità a una vasta gamma di stimoli sensoriali, che è frequentemente associata a fatica, sonno scarso, problemi cognitivi ed emotivi (Kaplan et al. 2024), come riflesso nei criteri clinici per il dolore nociplastico (Kosek et al. 2021) (Figura 2).

Sfortunatamente, l'OMS (2021) non ha seguito la proposta di una task force della IASP, per la classificazione del dolore cronico nell'ICD-11, di includere i disturbi del sonno e la disfunzione cognitiva nella definizione di FMS (IASP Task Force Classification of Chronic Pain 2019).

3.3 | La sindrome fibromialgica è (sempre) il prototipo di una condizione di dolore nociplastico puro?

Nella letteratura, la FMS è frequentemente considerata una condizione di dolore nociplastico prototipica (Kosek 2024; Johnston et al. 2025), sebbene ciò non sia vero per tutti i criteri di classificazione della FMS attualmente in uso (Schmidt et al. 2025). Un input nocicettivo periferico continuo, ad esempio dovuto a

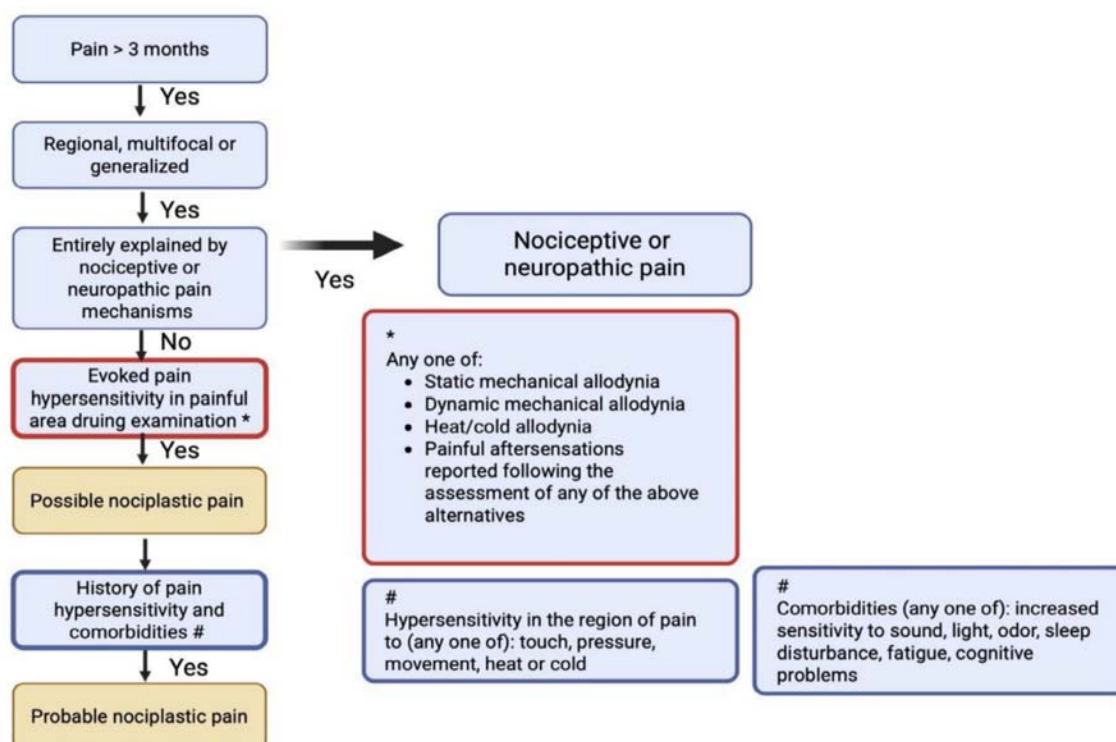


FIGURE 2 | Algorithm for clinical criteria and grading of nociplastic pain manifesting in the musculoskeletal system (adapted from Kosek et al. 2021).

una malattia reumatica infiammatoria attiva lieve, a un'osteoartrite avanzata o all'endometriosi, potrebbe contribuire al dolore cronico diffuso. In una serie di casi prospettici con pazienti affetti da FMS e sindromi da dolore viscerale cronico comorbide (endometriosi, IBS, diverticolosi), il dolore della FMS e l'iperallergia in tutti i tessuti e in tutti i siti sono diminuiti significativamente nei pazienti dopo il trattamento della comorbidità viscerale (Costantini et al. 2017). Kaplan et al. (2024) hanno proposto due sottotipi di dolore nociplastico. Nel dolore nociplastico bottom-up (dal basso verso l'alto), la stimolazione nocicettiva ripetuta porta a un'elaborazione del dolore aumentata. La rimozione dello stimolo nocicettivo si traduce nella riduzione del dolore. Al contrario, il dolore nociplastico top-down (dall'alto verso il basso) suggerisce che l'elaborazione aumentata del dolore può verificarsi ed essere mantenuta indipendentemente dall'input nocicettivo.

Sfortunatamente, nessun marker neurale, test o profilo sintomatologico auto-riferito può attualmente distinguere in modo affidabile tra questi sottotipi prima del trattamento, e quindi gli sforzi attuali, come il programma NIH Common Fund Acute to Chronic Pain Signatures (A2CPS) (National Institute of Health 2024), sono focalizzati su potenziali diffe-

renze neurobiologiche rivelate attraverso il brain imaging (Larkin et al. 2021), i profili immunitari (Krock et al. 2023) e il QST (Kaplan et al. 2024).

Non siamo a conoscenza di studi che abbiano confrontato i tipi "bottom-up" e "top-down" riguardo al decorso della malattia e alla risposta alle terapie. Tuttavia, la scoperta che alti titoli di autoanticorpi anti-SGC (associati al dolore bottom-up) (Goebel et al. 2022; Krock et al. 2023) non sono associati alla regolazione del dolore top-down (modulazione del dolore condizionata) in soggetti con fibromialgia suggerisce che diversi profili di meccanismi top-down rispetto a bottom-up possono essere visti nelle condizioni di dolore nociplastico (Krock et al. 2023). I livelli di questi anticorpi potrebbero essere utilizzati come biomarcatore per identificare i pazienti che avrebbero maggiori probabilità di rispondere ai trattamenti immunomodulatori (Krock et al. 2023).

3.4 | "Nociplasticità": una componente continua (e non separata) del dolore?

Indicatori (proxy) del dolore nociplastico, come il punteggio di disagio polisintomatico (PSD; Wolfe et al. 2015), hanno dimostrato di avere un impatto negativo sull'esito della sostituzione dell'anca o del

ginocchio sul dolore all'interno e all'esterno del sito chirurgico (Schrepf et al. 2020), sulla risposta ai glucocorticosteroidi nell'artrite reumatoide attiva (Wallace et al. 2022) e sulla gravità, frequenza e interferenza del dolore pelvico nelle donne con dolore pelvico cronico e una storia di endometriosi (Till et al. 2023) — anche con punteggi PSD inferiori al valore di cut-off di > 12 per la sintomatologia di tipo FMS (Wolfe et al. 2015). È stato suggerito di immaginare il dolore nociplastico come una variabile continua piuttosto che come una variabile distinta nelle condizioni di dolore cronico (Schmidt e Blechschmidt 2023; Till et al. 2023). Infatti, Fred Wolfe ha sottolineato che il disagio polisintomatico ("fibromialgicità") è una variabile continua in tutte le condizioni cliniche correlate al dolore (Wolfe 2009; Wolfe et al. 2015). Tuttavia, dobbiamo ricordare che, poiché il PSD non include alcuna valutazione della sensibilità al dolore (nocicezione alterata), è un indicatore piuttosto aspecifico per il dolore nociplastico.

3.5 | "Dolore cronico misto": regola o eccezione?

Kosek et al. hanno già sottolineato nel 2016 che il dolore nocicettivo e nociplastico non dovrebbero essere considerati come etichette categoriali esclusive ma piuttosto, pragmaticamente, come possibili contributori meccanicistici concomitanti al dolore del paziente. Ciò sarebbe simile alla co-occorrenza di contributori nocicettivi e neuropatici, ad esempio in alcune forme di lombalgia cronica.

Recentemente, il concetto di meccanismi di dolore misto è stato riconosciuto dai ginecologi. Storicamente, il dolore legato all'endometriosi era concepito come prevalentemente nocicettivo a causa dell'infiammazione locale e dell'irritazione da lesioni o noduli. Studi recenti suggeriscono che i meccanismi nocicettivi, neuropatici e nociplastici possono essere tutti associati al dolore legato all'endometriosi (Coxon et al. 2023) — in gradi diversi. Alcuni pazienti con meccanismi di dolore presumibilmente principalmente nocicettivi ottengono un sollievo sufficiente dal dolore con la terapia antiormonale e/o la chirurgia. Alcune pazienti potrebbero aver mostrato segnali di un tipo top-down di dolore nociplastico (per es. mal di testa e dolore addominale, fatica e problemi emotivi) prima dell'insorgenza del dolore da endometriosi con il menarca. Altre pazienti potrebbe-

ro sviluppare un tipo bottom-up di dolore nociplastico a causa di un input nocicettivo e neuropatico continuo dopo molti anni di ritardo nella diagnosi e la mancanza di una gestione del dolore adeguata (Mechsner 2022). Le pazienti che soffrono di endometriosi con componenti di dolore nociplastico hanno maggiori probabilità di manifestare sintomi di dolore pelvico peggiori, indipendentemente dal tipo di endometriosi, e rispondono meno alla chirurgia e alla terapia antiormonale (Gentles et al. 2024). Pertanto, l'importanza di ciascuno dei tre potenziali contributori meccanicistici al dolore da endometriosi può differire da paziente a paziente e all'interno di uno stesso paziente durante il corso della malattia. I clinici dovrebbero sempre sforzarsi di identificare i principali meccanismi del dolore per guidare il trattamento, piuttosto che fare affidamento sul termine non informativo "dolore misto".

3.6 | Dolore nociplastico: facile da diagnosticare?

Sono stati proposti criteri clinici e un sistema di classificazione (grading) per il dolore nociplastico muscoloscheletrico (Kosek et al. 2021) (vedi Figura 2) e per il dolore lombare cronico nocicettivo, neuropatico e nociplastico (Nijs et al. 2024).

La nocicezione alterata, la caratteristica chiave del dolore nociplastico, è identificata clinicamente dalla presenza di ipersensibilità al dolore evocata, che distingue i pazienti con dolore nociplastico da quelli con dolore di origine sconosciuta. Tuttavia, questo fenomeno può essere osservato anche in pazienti che soffrono di dolore nocicettivo o neuropatico. Il requisito di "escludere" il dolore nocicettivo e neuropatico è stato messo in discussione per queste ragioni: (a) Kosek et al. (2021) hanno sottolineato che la presenza di una fonte di dolore nocicettivo, come l'osteoartrosi, o di dolore neuropatico, come una lesione nervosa periferica, non esclude la concomitanza del dolore nociplastico, ma la regione del dolore deve essere più diffusa di quella che può essere spiegata dalla patologia identificabile. Tuttavia, le condizioni di dolore cronico con meccanismi di dolore misto sono comuni (vedi sopra). Dall'esperienza clinica di un autore (W.H.), non è possibile separare il dolore nocicettivo da quello nociplastico in pazienti con FMS e osteoartrosi multipla o malattia reumatica infiammatoria perché entrambi i meccanismi di dolore possono

contribuire al dolore diffuso in più articolazioni. (b) Il criterio "non completamente (interamente) spiegato" da meccanismi nocicettivi o neuropatici non è definito e si basa sul giudizio clinico (Kosek et al. 2016, 2021; Kosek 2024). Esiste un sistema di classificazione disponibile per diagnosticare il dolore neuropatico possibile, probabile e definitivo (Finnerup et al. 2016), ma non esiste un sistema di classificazione disponibile per diagnosticare il dolore nocicettivo. Può essere difficile per il clinico decidere se il dolore non è completamente (interamente) spiegato da meccanismi nocicettivi (Kosek et al. 2016). (c) Vi è una sostanziale sovrapposizione tra le caratteristiche del dolore neuropatico e nociplastico. Un consenso di esperti Delphi ha identificato 17 caratteristiche come uniche per i meccanismi nocicettivi, 37 per quelli neuropatici e 22 per quelli nociplastici, e 120 caratteristiche come condivise tra coppie di categorie di meccanismi del dolore (78 per il dolore neuropatico e nociplastico) (Shraim et al. 2022). Tuttavia, le caratteristiche uniche più concordate per il dolore nocipla-

stico sono state il dolore diffuso, esteso o scarsamente localizzato, l'ipersensibilità generalizzata e molteplici sintomi somatici (ad esempio, affaticamento, disturbi della memoria/concentrazione/sonno), che sono in accordo con i criteri clinici del dolore nociplastico (vedi Figura 2) (Shraim et al. 2022).

3.7 | Qual è il valore clinico dell'introduzione del "dolore nociplastico"?

Spiegare il concetto di dolore nociplastico ai pazienti può ridurre le loro richieste di esami medici ingiustificati. Inoltre, le etichette di dolore nociplastico potrebbero migliorare i risultati per il paziente — ad esempio, aiutando a evitare interventi chirurgici non necessari in caso di dolore diffuso, scoraggiando la prescrizione inappropriata di oppioidi o favorendo approcci terapeutici multidisciplinari e multimodali (vedi Tabella 1).

TABLE 1 | Overarching principles of management of chronic pain conditions with predominant nociplastic pain mechanisms.

• Non-pharmacological Treatments As A Preferred First Step ◦ Trustful doctor–patient relationship acknowledging validity of symptoms ◦ Patient education ■ Communicate neurophysiological mechanisms using simple terminology such as “hypersensitised” or “fired-up” nervous system ■ Explanation of treatment strategies ■ Realistic expectations ◦ Promotion of self-efficacy and internal locus of control ◦ Continued life participation when possible (work, physical and social activities) ◦ Maintain good lifetime habits ■ Health related physical activity ■ Diet and weight management ■ Proper sleep hygiene ■ Stress reduction • Non-pharmacological Therapies ◦ Physical therapy ◦ Acupuncture ◦ Meditative movement therapies (e.g., Tai-Chi, Qi Gong) • Psychological therapies if indicated, e.g., ◦ Cognitive-behavioural therapies (e.g., acceptance commitment therapy) ◦ Other psychological therapies (e.g., pain reprocessing therapy, emotional awareness and expression therapy) • Interdisciplinary care setting for severe cases, if available • Pharmacological Treatments ◦ Centrally acting drugs (pain modulators) ■ Serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors ■ Tricyclic antidepressant drugs ■ Gabapentinoids, other membrane stabilisers ■ Cyclobenzaprine ◦ Ideally avoid opioids; generally poor effect from simple analgesics, non-steroidal anti-inflammatory drugs • Treatment of sleep disturbances • Treatment of other comorbidities (depression, anxiety, posttraumatic stress disorder) • Potential future therapies ◦ Neuromodulation including brain stimulation and transcutaneous approaches ◦ Cannabis-based medicines

Source: Adapted from Fitzcharles et al. (2021) and Kaplan et al. (2024).

4 | Obiettivi futuri

Il concetto di dolore nociplastico è destinato a restare.

Sono necessari settori molto ampi che unifichino le diverse visioni della medicina somatica, della medicina psicosociale e della medicina del dolore.

Sono richiesti ulteriori test sul campo ed eventualmente la modifica dei criteri del dolore nociplastico nel sistema muscoloscheletrico, ed è necessario lo sviluppo di criteri per il dolore nociplastico viscerale.

Dovrebbero essere sviluppati questionari di screening per il dolore nociplastico. Gli attuali questionari di screening per il dolore neuropatico, come i questionari LANSS, DN4 e painDETECT, dovrebbero essere usati con cautela come strumenti di screening per la diagnosi di dolore neuropatico, poiché non sono in grado di differenziare il dolore neuropatico dal dolore nociplastico (Lefaucheur 2025).

È necessario sviluppare linee guida per il trattamento farmacologico basate sui tre tipi di dolore. Attualmente i trattamenti farmacologici del dolore nociplastico somigliano a quelli del dolore neuropatico; tuttavia, gli oppioidi dovrebbero essere evitati (Fitzcharles et al. 2021; Kosek 2024).

Sono necessarie nuove terapie psicologiche e, quando appropriate, dovrebbero mirare alle avversità infantili e ai conflitti emotivi irrisolti che sono frequentemente riportati da pazienti con sindromi da dolore somatico funzionale/sindromi da dolore cronico primario (Häuser e Tesarz 2025).

Una sfida importante è svelare i meccanismi fisiopatologici che guidano la nocicezione alterata in condizioni di dolore con sostanziali componenti nociplastiche. Esempi dalla FMS includerebbero la fisiopatologia sia del sistema nervoso periferico che di quello centrale, come gli anticorpi autoreattivi che agiscono a livello dei gangli delle radici dorsali e l'elaborazione del dolore cerebrale aberrante, inclusa l'architettura alterata della rete cerebrale (Kosek 2024).

Finanziamenti

Gli autori non hanno nulla da segnalare

Conflitti di interesse

W.H. ha ricevuto onorari (consulenza, conferenze) da Biotechnology Fund, ECOMED, Global Life Science, Health Research Board Ireland, Janssen-Cilag, Otto Bock, Science Direct, Università di Essen-Duisburg, UCB, VIDAL ed è membro del comitato consultivo di Vertacanical.

E.K. ha ricevuto onorari (consulenza, conferenze) da Eli Lilly, UCB Pharma, Orion e Ono Pharma.

BIBLIOGRAFIA

- Brummett, C., D. Clauw, R. Harris, S. Harte, A. Hassett, and D. Williams. 2016. "We Agree With the Need for a New Term but Disagree With the Proposed Terms." *Pain* 157: 2876. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000717>.
- Clauw, D. J. 2024. "From Fibrositis to Fibromyalgia to Nociplastic Pain: How Rheumatology Helped Get Us Here and Where Do We Go From Here?" *Annals of the Rheumatic Diseases* 83: 1421–1427. <https://doi.org/10.1136/ard-2023-225327>.
- Costantini, R., G. Affaitati, U. Wesselmann, P. Czakanski, and M.A. Giamberardino. 2017. "Visceral Pain as a Triggering Factor for Fibromyalgia Symptoms in Comorbid Patients." *Pain* 158: 1925–1937. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000992>.
- Coxon, L., E. Evans, and K.Vincent. 2023. "Endometriosis -A Painful Disease." *Current Opinion in Anesthesiology* 36: 595–601. <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000001305>.
- Fairlie, T., A. Shah, N. J. Talley, et al. 2023. "Overlap of Disorders of Gut-Brain Interaction: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Lancet Gastroenterology & Hepatology* 8: 646–659. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(23\)00102-4](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(23)00102-4).
- Finnerup, N. B., S. Haroutounian, P. Kamerman, et al. 2016. "Neuropathic Pain: An Updated Grading System for Research and Clinical Practice." *Pain* 157: 1599–1606. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000492>.
- Fitzcharles, M. A., S. P. Cohen, D. J. Clauw, G. Littlejohn, C. Usui, and W. Häuser. 2021. "Nociplastic Pain: Towards an Understanding of Prevalent Pain Conditions." *Lancet* 397: 2098–2110. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00392-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00392-5).
- Gentles, A., E. Goodwin, Y. Bedaiwy, N. Marshall, and P. J. Yong. 2024. "Nociplastic Pain in Endometriosis: A Scoping Review." *Journal of Clinical Medicine* 13: 7521. <https://doi.org/10.3390/jcm13247521>.
- Goebel, A., D. Andersson, Z. Helyes, J. D. Clark, D. Dulake, and C. Svensson. 2022. "The Autoimmune Aetiology of Unexplained Chronic Pain." *Autoimmunity Reviews* 21: 103015. <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2021.103015>.
- Häuser, W., M. A. Fitzcharles, and P. Henningsen. 2025. "Fibromyalgia Syndrome - A Bodily Distress Disorder/Somatic Symptom Disorder?" *Pain Reports* 10: e1223. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000001223>.
- Häuser, W., and J. Tesarz. 2025. "Pain Medicine Needs New Psychological Therapies." *Der Schmerz* 39: 235–236. <https://doi.org/10.1007/s00482-025-00892-8>.
- IASP Task Force Classification of Chronic Pain. 2019. "ICD-11 Fibromyalgia: A New Proposal for a Change of Title, Change of Definition Was Submitted on June 26, 2019, via the ICD-11 Proposal Mechanism." <https://dxrev.isionwatch.files.wordpress.com/2019/06/fibromyalgia-ia-icd-11-proposal-mechanism-june-26-2019-v2.pdf>.
- Johnston, K. J. A., R. Signer, and L. M. Huckins. 2025. "Chronic Overlapping Pain Conditions and Nociplastic Pain." *Human Genetics and Genomics Advances* 6: 100381. <https://doi.org/10.1016/j.xhgg.2024.100381>.
- Kaplan, C. M., E. Kelleher, A. Irani, A. Schrepf, D. J. Clauw, and S. E. Harte. 2024. "Deciphering Nociplastic Pain: Clinical Features, Risk Factors and Potential Mechanisms." *Nature Reviews Neurology* 20: 347–363. <https://doi.org/10.1038/s41582-024-00966-8>.
- Kosek, E., D. Clauw, J. Nijs, et al. 2021. "Chronic Nociplastic Pain Affecting the Musculoskeletal System: Clinical Criteria and Grading System." *Pain* 162: 2629–2634. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002324>.
- Kosek, E., M. Cohen, R. Baron, et al. 2016. "Do We Need a Third Mechanistic Descriptor for Chronic Pain States?" *Pain* 157: 1382–1386. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000507>.
- Kosek, E. 2024. "The Concept of Nociplastic Pain - Where to From Here?" *Pain* 165: S50–S57. <https://doi.org/10.1097/j.pain.00000000000003305>.
- Krock, E., C. E. Morado-Urbina, J. Menezes, et al. 2023. "Fibromyalgia Patients With Elevated Levels of Anti-Satellite Glia Cell Immunoglobulin G Antibodies Present With More Severe Symptoms." *Pain* 164: 1828–1840. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002881>.
- Larkin, T. E., C. M. Kaplan, A. Schrepf, et al. 2021. "Altered Network Architecture of Functional Brain Communities in Chronic Nociplastic Pain." *NeuroImage* 226: 117504. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2020.117504>.

Traduzione a cura di Caterina Aurilio

Contributi degli autori

Entrambi gli autori hanno redatto il manoscritto.

Leflaucheur, J. P. 2025. "The Intrinsic Reason Why LANSS, DN4, and PainDETECT Questionnaires Cannot Distinguish Neuropathic Pain From Nociceptive Pain." *Frontiers in Pain Research* 6: 1658126. <https://doi.org/10.3389/fpain.2025.1658126>.

Loeser, J. D. 2022. "A New Way of Thinking About Pains." *Pain* 163:1670-1674. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002583>.

Mangnus, T. J. P., M. Dirckx, and F. J. P. M. Huygen. 2023. "Different Types of Pain in Complex Regional Pain Syndrome Require a Personalized Treatment Strategy." *Journal of Pain Research* 16: 4379-4391. <https://doi.org/10.2147/JPR.S432209>.

Mateos-Aparicio, P., and A. Rodríguez-Moreno. 2019. "The Impact of Studying Brain Plasticity." *Frontiers in Cellular Neuroscience* 13: 66. <https://doi.org/10.3389/fncel.2019.00066>.

Mechsner, S. 2022. "Endometriosis, an Ongoing Pain-Step-by-Step Treatment." *Journal of Clinical Medicine* 11: 467. <https://doi.org/10.3390/jcm11020467>.

Merskey, H. 2000. "Beware Somatization." *European Journal of Pain* 4:3-4. <https://doi.org/10.1053/eupj.2000.0164>.

National Institute of Health. 2024. "Acute to Chronic Pain Signatures (A2CPS)." <https://commodon.nih.gov/pain>. Accessed October 7, 2025.

Nijs, J., E. Kosek, A. Chiarotto, et al. 2024. "Nociceptive, Neuropathic, or Nociceptive Low Back Pain? The Low Back Pain Phenotyping (BACPAP) Consortium's International and Multidisciplinary Consensus Recommendations." *Lancet Rheumatology* 6: e178-e188. [https://doi.org/10.1016/S2665-9913\(23\)00324-7](https://doi.org/10.1016/S2665-9913(23)00324-7).

Popkirov, S., E. K. Enax-Krumova, T. Mainka, M. Hoheisel, and C. Hausteiner-Wiehle. 2020. "Functional Pain Disorders – More Than Nociceptive Pain." *NeuroRehabilitation* 4: 343-353. <https://doi.org/10.3233/NRE-208007>.

Roenneberg, C., H. Sattel, R. Schaefer, P. Henningsen, and C. Hausteiner-Wiehle. 2019. "Functional Somatic Symptoms." *Deutsches Ärzteblatt International* 116: 553-560. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0553>.

Schmidt, H., and V. Blechschmidt. 2023. "Nociceptive Pain in Research and Practice: Overview of Biopsychosocial Principles, Possibilities and Difficulties." [In German.] *Schmerz* 37: 242-249. <https://doi.org/10.1007/s00482-023-00734-5>.

Schmidt, H., A. Drusko, M. P. Renz, et al. 2025. "Application of the Grading System for "Nociceptive Pain" in Chronic Primary and Chronic Secondary Pain Conditions: A Field Study." *Pain* 166: 196-211. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000003355>.

Schrepf, A., S. Moser, S. E. Harte, et al. 2020. "Top Down or Bottom Up? An Observational Investigation of Improvement in Fibromyalgia Symptoms Following Hip and Knee Replacement." *Rheumatology (Oxford)* 59: 594-602. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/kez303>.

Shraim, M. A., K. A. Sluka, M. Sterling, et al. 2022. "Features and Methods to Discriminate Between Mechanism-Based Categories of Pain Experienced in the Musculoskeletal System: A Delphi Expert Consensus Study." *Pain* 163: 1812-1828. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002577>.

Skipper, M., U. Weiss, and N. Gray. 2010. "Plasticity." *Nature* 465: 703. <https://doi.org/10.1038/465703a>.

Till, S. R., A. Schrepf, D. J. Clauw, S. E. Harte, D. A. Williams, and S. As-Sanie. 2023. "Association Between Nociceptive Pain and Pain Severity and Impact in Women With Chronic Pelvic Pain." *Journal of Pain* 24:1406-1414. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2023.03.004>.

Treede, R. D., I. U. Hoheisel, D. Wang, and W. Magerl. 2022. "Central Sensitization: Clinical Utility of a Physiological Concept for the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems and for Nociceptive Pain." *Pain* 163, no. Suppl 1: S99-S107. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002740>.

Treede, R. D., W. Rief, A. Barke, et al. 2019. "Chronic Pain as a Symptom or a Disease: The IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11)." *Pain* 160: 19-27. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>.

Wallace, B. I., M. N. Moore, A. C. Heisler, et al. 2022. "Fibromyalgia and Glucocorticoid Persistence Among Patients With Rheumatoid Arthritis." *Rheumatology (Oxford, England)* 61: 1556-1562. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/keab583>.

Walsh, D. A. 2021. "Nociceptive Pain: Helping to Explain Disconnect Between Pain and Pathology." *Pain* 162: 2627-2628. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002323>.

Wolfe, F. 2009. "Fibromyalgia." *Arthritis & Rheumatism* 61, no. 6:715-716. <https://doi.org/10.1002/art.24553>.

Wolfe, F., B. T. Walitt, J. J. Rasker, R. S. Katz, and W. Häuser. 2015. "The Use of Polysymptomatic Distress Categories in the Evaluation of Fibromyalgia (FM) and FM Severity." *Journal of Rheumatology* 42:1494-1501. <https://doi.org/10.3899/jrheum.141519>.

World Health Organization. 2021. "ICD-11 Coding Tool." https://icd.who.int/c11/icd11_mms/en/release. Accessed November 1, 2021.

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





Calendario eventi



- **26 MARZO 2026**

CAPIRE il dolore e chi ne soffre.

Uno sguardo alla complessità di un fenomeno multiprofessionale

Patrocinio AISD

[Verona](#)

- **27 MARZO 2026**

TRATTARE il dolore e chi ne soffre

Uno sguardo alla complessità di un fenomeno multiprofessionale

Patrocinio AISD

[Verona](#)

- **16-17 APRILE 2026**

Verona Neuropathic Pain

Patrocinio AISD

[Verona](#)

- **29-22 APRILE 2026**

WORKSHOP LIVE SURGERY DI PRIMO LIVELLO IN TERAPIA ANTALGICA

Patrocinio AISD

[Verona](#)

- **14 MAGGIO 2026**

Roma Pain Days 2026

Patrocinio AISD

[Roma](#)

- **23 MAGGIO 2026**

La medicina che cambia nell'ambulatorio di medicina generale: il dolore e il laboratorio come novità in diagnostica e terapia

Patrocinio AISD

[Firenze](#)

- **23 MAGGIO 2026**

Pelvic Pain Forum

Approccio interdisciplinare innovazione

Patrocinio AISD

[Bologna](#)

- **26 MAGGIO 2026**

Interventional treatment of orofacial pain: live surgery

Patrocinio AISD

[Misterbianco \(CT\)](#)

- **19 GIUGNO 2026**

Pain Experience Summit

Congresso regionale AISD Calabria

[Catanzaro](#)

- **19-21 SETTEMBRE 2026**

13th World Congress of the World Institute of Pain

[Città del Messico](#)

- **1-3 OTTOBRE 2026**

49° Congresso nazionale AISD

[Aci Castello \(CT\)](#)

- **28-30 OTTOBRE 2026**

IASP 2026 World Congress on Pain

[Bangkok](#)

- **21-23 APRILE 2027**

15th Congress of the European Pain Federation EFIC

[Glasgow](#)



Per dettagli e informazioni: pagina Calendario eventi
<https://www.aisd.it>



IASP 2026 WORLD CONGRESS ON PAIN

Bangkok, Thailand • 26-30 October



www.aisd.it

