



# DOLORE



AGGIORNAMENTI CLINICI

Organo ufficiale della Associazione Italiana per lo Studio del Dolore

**AISD** ASSOCIAZIONE ITALIANA  
PER LO STUDIO DEL DOLORE

HOTEL ROMA AURELIA ANTICA

**ROMA**  
6-8 GIUGNO 2019

**42.**  
CONGRESSO  
NAZIONALE  
**AISD**

**SAVE  
THE DATE**

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





### ARGOMENTI GENERALI:

- Dolore acuto
- Dolore cronico
- Dolore neuropatico
- Dolore oncologico
- Dolore degenerativo
- Dolore infiammatorio
- Dolore da osteoporosi
- Dolore bimodale
- Dolore misto
- Dolore disfunzionale
- Dolore in Reumatologia
- Dolore post-operatorio
- Dolore post-chirurgico
- Cefalee
- Dolore in Ginecologia
- Dolore in Geriatria
- Dolore in Pediatria
- Dolore in Urologia
- Dolore procedurale e Wound Therapy
- Fisiopatologia del dolore
- Radiofrequenza
- Tecniche interventistiche
- Tecniche infiltrative intra-articolari
- Imaging in Medicina del Dolore
- Genetica del dolore
- Nursing in Medicina del Dolore
- Medicina complementare
- Medicina rigenerativa
- Medicina veterinaria
- Cannabis
- Medicina dei Sistemi
- Le "omiche"
- La legislazione in Medicina del Dolore
- Medicina Legale
- Etica del Dolore
- Strumenti matematici per la valutazione del dolore
- La comunicazione in Medicina del Dolore
- Il www in Medicina del Dolore
- Farmaci biotecnologici
- Farmaci biosimilari
- Farmaci bioequivalenti

### Comitato Scientifico

Stefano Coaccioli  
(Presidente)

Maurizio Evangelista  
Gabriele Finco  
Nicola Luxardo  
Giuseppe Nocentini  
Maria Caterina Pace  
Antonella Paladini  
Enrico Polati  
Filomena Puntillo  
Vittorio Schweiger  
Stefano Tamburin

Daniele Battelli (ASSD)  
Nicolino Monachese (ASSD)  
(ASSD - Associazione  
Sammarinese Studio Dolore)

### Comitato organizzatore locale

Maurizio Evangelista  
(Presidente)

Vitale Cilli  
Antonio Clemente  
Eduardo de Ruvo  
Paolo Diamanti  
Claudio Lo Presti  
Giuseppe Milano  
Davide Muriess  
Maurizio Stefani  
Bartolomeo Violo

### Rappresentanti regionali

Alba Piroli (Abruzzo)  
Albamaria Gervino (Calabria)  
Mario Iannotti (Campania)  
Daniele Battelli (Emilia Romagna)  
Riccardo Rinaldi (Lazio)  
Davide Gerboni (Liguria)  
Danilo Miotti (Lombardia)  
Fabrizio La Mura (Puglia)  
Paolo Scarsella (Toscana)  
Luca Di Cato (Umbria)  
Massimo Parolini (Veneto)

# 42<sup>o</sup>

## CONGRESSO NAZIONALE AISD



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

### SEGRETERIA SCIENTIFICA



Associazione Italiana  
per lo studio del dolore  
onlus

Via Tacito 7, 00193 Roma  
[www.aisd.it](http://www.aisd.it)  
[info@aisd.it](mailto:info@aisd.it)

Per il programma  
scientifico dettagliato  
[www.aisd.it](http://www.aisd.it)

### SEGRETERIA ORGANIZZATIVA E PROVIDER

WE DRIVE YOUR EDUCATION

### PLANNING

Planning Congressi Srl

Via Guelfa, 9, 40138 Bologna  
Tel. +39 051 300100  
cell. +39 340 3628146  
Fax +39 051 309477  
E-mail: [g.spiga@planning.it](mailto:g.spiga@planning.it)  
[www.planning.it](http://www.planning.it)

Per inviare abstract e iscriversi  
[www.planning.it](http://www.planning.it)

## SAVE THE DATE



# DOLORE

AGGIORNAMENTI CLINICI

Organo ufficiale della Associazione Italiana per lo Studio del Dolore

## In questo numero

Idee e progetti per il biennio di presidenza 2018-2020 <i>Stefano Coaccioli</i>	4
Il 41° Congresso Nazionale AISD: Appropriatezza terapeutica ed empatia al servizio della Persona con dolore <i>Maurizio Evangelista</i>	7
Una prospettiva computazionale per lo studio del dolore <i>Giovanni Perini</i>	9
Gli abstract premiati al 41° Congresso AISD	12
Sicurezza dell'infiltrazione ecoguidata dell'articolazione sacro-iliaca come test diagnostico nella lombalgia <i>Paolo Diamanti, et al.</i>	13
Does the perioperative infusion of dexmedetomidine, during general anesthesia, have an opioid-sparing effect? A systematic review protocol <i>Marco Fiore et al.</i>	14
P.A.C.S "Pain Assessment Of Patient Undergoing Head Ct Scan" "Valutazione del dolore nel paziente sottoposto a T.C. dell'encefalo" <i>Marco Grosso et al.</i>	16
Is local infiltration of tramadol an effective strategy to reduce post-operative pain? A systematic review protocol <i>Giacomo Piccinno et al.</i>	17
Sufentanil sublinguale nel controllo del dolore post operatorio in chirurgia pancreatico <i>Claudia Serraiocco et al.</i>	19
La neurostimolazione sottocutanea paravertebrale nel dolore cronico refrattario: case series <i>Silvia Zampieri et al.</i>	21
Comunicazione, dolore taciuto, pazienti fragili <i>Brunella Bassetti</i>	24
Free2Fly	26
La riabilitazione fisioterapia a contrasto del dolore oncologico <i>Marco Alfredo Arcidiacono</i>	27
Calendario eventi	30
AISD Focus Day #7: il dolore cronico non oncologico dell'anziano <i>Maurizio Evangelista</i>	31
Message from the European Pain Federation President-Elect Brona Fullen	33
Bacheca soci	35



### Associazione Italiana per lo Studio del Dolore AISD

Via Tacito, 7 - 00193 Roma - Tel. 3396195974  
info@aisd.it - www.aisd.it

### Consiglio Direttivo AISD 2018

**Presidente**  
Stefano Coaccioli

**Past President**  
Enrico Polati

**Presidente eletto**  
Caterina Pace

**Vicepresidente**  
Gabriele Finco

**Segretario**  
Maurizio Evangelista

**Tesoriere**  
Vittorio Schweiger

**Consiglieri**  
Nicola Luxardo  
Giuseppe Nocentini  
Antonella Paladini  
Filomena Puntillo  
Stefano Tamburin

**Direttore responsabile**  
Giustino Varrassi

**Segreteria Scientifica**  
Antonella Paladini

**Coordinamento Editoriale**  
Lorenza Saini

**Grafica e impaginazione**  
Osvaldo Saverino

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

Copia omaggio riservata ai soci.  
Il trattamento dei dati personali avviene nel rispetto del D.lgs. 196/03. Per l'informativa completa o per esercitare i diritti di cui all'art. 7 si può scrivere a [segreteria@aisd.it](mailto:segreteria@aisd.it)

Tutti i diritti riservati.  
A causa dei rapidi progressi della scienza medica si raccomanda sempre una verifica indipendente delle diagnosi e dei dosaggi farmacologici riportati.

© Copyright 2018

# Idee e progetti per il biennio di presidenza 2018-2020

**Stefano Coaccioli**

Clinica Medica Reumatologia e Medicina del Dolore Università di Perugia nell'Azienda Ospedaliera "Santa Maria" di Terni

Vorrei prima di tutto ringraziare il Past-President Prof. Enrico Polati e il precedente Consiglio Direttivo per aver guidato, con lungimiranza e correttezza, la nostra Associazione, così come vorrei esprimere il mio più sincero ringraziamento per l'ottima riuscita del 41° Congresso della nostra Associazione – la più antica e longeva in Italia per la Medicina del Dolore.

L'attività di ognuno di noi – dal Presidente al Consiglio tutto, dal Comitato Organizzatore Locale guidato dal Prof. Maurizio Evangelista, all'insostituibile supporto organizzativo, gestionale e di idee della Dottoressa Lorenza Saini, ha permesso di ottenere il risultato che tutti speravamo di realizzare. Rivolgo inoltre, un affettuoso e grato pensiero riconoscente ai Presidenti che hanno guidato AISD negli anni passati. Vorrei adesso esporvi – di seguito – alcune riflessioni su alcuni temi per così dire "caldi", attorno a quel che vorrei condividere con tutti voi e con voi tutti discuterne nelle settimane e nei mesi a venire.

I sondaggi recenti sono purtroppo unanimi nell'indicare che il paziente con dolore cronico riceve spesso cure adeguate solo dopo mesi, in alcuni casi anche dopo anni di peregrinazioni da uno specialista all'altro, e il 63% della popolazione non conosce la Legge 38/2010 sull'accesso alla terapia

del dolore. La formazione degli operatori è spesso disomogenea, quindi è tempo di mettere sotto i riflettori la necessità di una formazione qualificata, uniformando i programmi didattici frontali e le attività pratiche al letto del malato e inserendo la medicina del dolore nei Corsi di Laurea delle professioni sanitarie. Un concetto ribadito con forza dalla IASP®, International Association for the Study of Pain e dall'EFIC®, Pain European Federation, che hanno dedicato l'Anno Mondiale contro il dolore di quest'anno all'eccellenza nella formazione in medicina del dolore.

## Position Paper

Insieme ai colleghi del Direttivo caldeggerò delle prese di posizioni ufficiali AISD su:

1. oppioidi nel dolore degenerativo
2. corretto utilizzo dei FANS
3. impiego della cannabis nel dolore muscoloscheletrico funzionale.
4. consenso informato per gli oppioidi. Da anni se ne parla; taluni lo hanno implementato nelle proprie attività cliniche: sarebbe utile che AISD proponesse di uniformare il Consenso Informato in tutte le sedi di attività.

## Altri progetti

Mi auguro vivamente di poter lavorare concretamente, grazie alla collaborazione del direttivo e con i preziosi input che ci verranno dai soci su questi temi:

- Potenziamento delle riviste AISD. Il patrimonio costituito dalle nostre riviste ("Pain Nursing Magazine", "Dolore Aggiornamenti Clinici" e "il mio Dolore") dovrebbe essere potenziato sia sul piano culturale e scientifico sia come "veicolo" per raccogliere finanziamenti.
- Sostegno alla ricerca e ai giovani. Sono due punti imprescindibili per ragioni tanto ovvie quanto sempre attuali.
- Attivazione della Formazione a Distanza (FAD). Ritengo che la FAD possa costituire un'eccellente modalità per aumentare la visibilità di AISD nel panorama nazionale e per contribuire alla formazione.
- Medicina (del Dolore) di genere. Penso sia un'area di lavoro sulla quale AISD debba operare sul piano della ricerca così come sul piano di una presa di posizione.
- Coinvolgimento degli Infermieri. È sempre più importante un attento, allargato e consapevole coinvolgimento delle figure infermieri-

stiche. In questo ambito ringrazio gli Amici dell'Associazione di San Marino che si sono applicati sul tema con entusiasmo ed ottimi risultati.

- Coinvolgimento delle Professioni Sanitarie non-infermieristiche. Vale lo stesso indicato per il Personale Infermieristico.
- Multidisciplinarietà. Sono convinto che la multidisciplinarietà costituisca un atout prezioso per AISD e che questa vada sostenuta, ampliando la presenza di molteplici discipline che possano dare una contributo prezioso alla Medicina del Dolore.
- Collaborazione con altre Società Scientifiche. Anche questo aspetto ritengo vada sostenuto, nelle modalità e con le finalità che il Consiglio Direttivo riterrà più opportune.

Di seguito, mi piace ricordare la composizione del nuovo Consiglio Direttivo per gli anni associativi 2018-2020, così come scaturito dall'esito delle recenti elezioni. È significativa la rappresentanza nel CD di tutto il territorio nazionale, così come è importante come che siano rappresentate molte e diverse eccellenti professionalità accademiche.

## Consiglio direttivo:

Presidente  
 Past President  
 Presidente Eletto  
 Vice Presidente  
 Segretario  
 Tesoriere  
 Consigliere  
 Consigliere  
 Consigliere  
 Consigliere  
 Consigliere  
 Responsabile organizzativo  
 e relazioni esterne

Stefano Coaccioli, *Università di Perugia*  
 Enrico Polati, *Università di Verona*  
 Caterina Pace, *Università della Campania "Luigi Vanvitelli" Napoli*  
 Gabriele Finco, *Università di Cagliari*  
 Maurizio Evangelista, *Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma*  
 Vittorio Schweiger, *Università di Verona*  
 Nicola Luxardo, *Università di Torino*  
 Giuseppe Nocentini, *Università di Perugia*  
 Antonella Paladini, *Università dell'Aquila*  
 Filomena Puntillo, *Università di Bari*  
 Stefano Tamburin, *Università di Verona*  
 Lorenza Saini, *Roma-Milano*

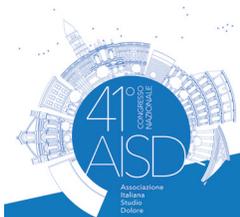
### Qui di seguito gli argomenti principali individuati:

01. Pubblicazioni AISD
02. Ricerca
03. Giovani e Specializzandi
04. Congresso nazionale ed eventi formativi in ambito nazionale
05. Delegati Regionali
06. Formazione a Distanza (FAD) ed Eventi formativi locali
07. Sezione Nursing (Pain Nursing Magazine, sitoweb e proposte formative)
09. Rinnovo del sito AISD
10. Medicina veterinaria e medicina complementare

Ho anche proposto la costituzione di alcune "Commissioni Operative" che agiranno nell'ambito delle decisioni del Consiglio Direttivo, ma avranno ampio spazio operativo e largo margine di iniziativa. Gli ambiti delle diverse Commissioni sono elencati avanti. Alcuni componenti delle Commissioni non sono all'interno del Consiglio Direttivo, ma è il Presidente che si prende la responsabilità di proporre i nomi, conoscendone da anni le capacità e le competenze.

I componenti di ciascuna Commissione si prenderanno l'impegno di operare in modo proattivo – ciascuno per il proprio ambito di competenza – al fine di aumentare l'attività generale della nostra Associazione, così come la sua conoscenza in tutte le sedi istituzionali, imprenditoriali, accademiche, scientifiche e professionali (mediche e non-mediche).

Un caloroso "buon lavoro" a noi tutti.



# Appropriatezza terapeutica ed empatia al servizio della Persona con dolore



## Maurizio Evangelista

Segretario Associazione Italiana per lo Studio del Dolore  
Presidente del Comitato Organizzatore Locale 41° Congresso AISD

Da ormai più di 40 anni l'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore (AISD), Capitolo Italiano della International Association for Study on Pain (IASP®), oltre le mere dichiarazioni di circostanza, persegue, divulga e trasmette una visione antropocentrica, olistica ed orientata alla concreta realizzazione degli obiettivi del vero fine del suo agire: il paziente con dolore.

Questo paziente raramente ci chiede l'analgesia totale, spesso sa per esperienza che non è più raggiungibile; sempre, invece, ci chiede di recuperare la quotidianità, la disabilità che deriva dal dolore malattia, da quel dolore che ha perso il primigenio significato di "campanello di allarme" per diventare entità nosografica a sé stante, priva di qualunque significato protettivo, con quadri clinici complessi, multiformi e, come a noi noto, forieri di gravissimi epifenomeni biologici, psicologici, sociali.

Il 41° Congresso Nazionale ha acceso i riflettori per illuminare questa realtà, ancora troppo spesso misconosciuta e sottovalutata, dei malati con dolore e per ribadire alla comunità scientifica e alla Società nel suo insieme che i Medici del Dolore, prima di tutto, sono strumento al servizio del Paziente, della sua Famiglia e di tutto il suo variegato contesto circumvicino (familiare, professionale, sociale) per colmare quello iato che il dolore-malattia è capace di generare nella sua specifica e personale quotidianità.

Per questo, i nostri "invitati d'onore" a questo Congresso, come peraltro è stato ai precedenti e sarà ai successivi, sono stati i Malati, le loro Famiglie, le loro Associazioni. Il qualificato programma in cui si sono articolati i tre intensi giorni di lavori si è proposto di ribadire che non esiste il "farmaco giusto", ma la giusta associazione di molecole e tecniche più idonee per ogni singolo paziente, per la sua peculiare situazione e per i suoi personali obiettivi di quotidianità. In altri termini, si vuole riaffermare il concetto, cruciale, di "personalizzazione della terapia", utilizzando quanto attualmente disponibile, coniugando le competenze tecniche con l'empatia all'interno di una cornice, imprescindibile, di appropriatezza: in una parola, il servizio alla Persona con dolore.

In maniera significativa, con le sue sessioni congiunte, il programma ha sottolineato, una volta di più, la pressante necessità di sviluppare e rinforzare sinergie inter e multidisciplinari tra tutte le società scientifiche che, seppur di differente dottrina specialistica, si occupano di dolore: va superato, in altri termini, il limite di una visione parziale che diventa ostacolo alla comprensione del concetto di dolore malattia e delle relative implicazioni che ciò comporta.

È quindi oramai indispensabile che le autorevoli e molteplici conoscenze ed energie, proprie di ogni singola disciplina scientifica, che vengono impiegate per rendere

sempre più efficaci le strategie terapeutiche si cerchino, si trovino, si ritrovino e continuino a trovarsi. Altrettanto inderogabile, però, è ricercare e sviluppare un sempre più forte momento di sintesi tra tutte le differenti realtà della Società che in qualche modo e in qualsiasi frangente si trovano ad interagire con il mondo del dolore.

È anche per questo che ho fortemente voluto, partecipato da tutto il Consiglio Direttivo dell'AISS, che la Cerimonia inaugurale si svolgesse, ancora una volta, in una prestigiosa sede istituzionale (Luiss Business School, ndr), anche per ribadire la convinzione, immediatamente recepita e condivisa dal Direttore Generale della Luiss (cui, mi sia consentito, desidero esprimere i sensi sinceri della mia personale gratitudine per la non comune disponibilità) della necessità di un rapporto non solo contin-

gente ma caratterizzato da una valenza costante e prospettica, capace di generare ulteriori sinergie attive tra Istituzioni, in prosecuzione di una tradizione che ci ha già visto, in occasioni precedenti, interagire proficuamente con l'Arma dei Carabinieri (Direzione di sanità, Scuola Ufficiali), con la Camera dei Deputati, il Senato ed altri soggetti rappresentativi della realtà Istituzionale.

Istituzioni ed AISS rappresentano un paradigma di servizio incondizionato alla Persona, soprattutto a quella in difficoltà. Da fronti apparentemente differenti, come apparentemente differenti organismi della Società, noi tutti con il nostro operare quotidiano, ognuno per il suo ambito, testimoniamo la condivisione di un obiettivo comune: far vivere meglio la Persona, prima fra tutte quella più debole e fragile.

Nel corso della cerimonia inaugurale sono intervenuti:

*Dottor Giovanni Lo Storto*, Direttore Generale Luiss Guido Carli, S.E.R. Cardinal Versaldi in qualità di Prefetto della Congregazione per l'Educazione Cattolica (Santa Sede), *Senatore Antonio Saccone*, *Gen D. Vito Ferrara*, Direttore di Sanità del Comando Generale dell'Arma dei Carabinieri, *Prof. Antonio Crucitti*, SIGC Società Italiana Chirurgia Geriatrica, *Prof. Giustino Varrassi*, Presidente Eletto WIP, World Institute of Pain, *Prof. Massimiliano Visocchi*, Presidente WFSN, World Federation of Neurosurgical Societies, *Prof. Caterina Aurilio*, responsabile Area Culturale Dolore SIIARTI, Società Italiana Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva, *Prof. Franco Marinangeli*, AAROI-EMAC, Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani Emergenza Area Critica, *Prof. Enrico Polati*, Presidente AISS 2016-2018.

La cerimonia si è conclusa con la lettura magistrale del *Prof. Guillermo Cecchi* dal titolo "A Computational Perspective for Neuropsychiatry: Recent developments on computational modeling of pain, computational psychiatry and neurology".

Prossimamente sarà disponibile **online** un supplemento di Dolore aggiornamenti clinici con la galleria fotografica dei lavori congressuali.

# Una prospettiva computazionale per lo studio del dolore

*Intervista a Guillermo A. Cecchi, Direttore del gruppo di ricerca in Psichiatria Computazionale e Neuroimaging del T.J. Watson Research Center dell'IBM di New York*

a cura di **Giovanni Perini**, Verona

Nella splendida cornice di Villa Blanc, sede della Università Luiss "Guido Carli", il 7 Giugno 2018 si è aperto il 41° Congresso AISD. Relatore della Lettura Magistrale di apertura, dal titolo "Una prospettiva computazionale per la neuropsichiatria: recenti sviluppi nella modellizzazione computazionale in terapia del dolore, in psichiatria e in

neurologia" è stato Guillermo A. Cecchi, direttore del gruppo di ricerca in Psichiatria Computazionale e Neuroimaging del T.J. Watson Research Center dell'IBM di New York. In un'Aula Magna gremita di pubblico, Guillermo Cecchi ha presentato ai Soci, al Presidente, al Consiglio Direttivo e alle Autorità civili, militari e religiose la più



recente ricerca informatica applicata alle neuroscienze. Lo abbiamo intervistato.

**Dottor Cecchi, lei ha un cognome di derivazione chiaramente toscana, possiamo parlare in italiano?**

Io sono nato in Argentina, parlo italiano come Maradona! Mio nonno era di La Spezia, mia nonna di Reggio Emilia, ma mio padre è nato in Argentina. Ho imparato l'italiano a sufficienza per capirlo, ma non abbastanza per parlarlo. Quindi mi dispiace, ma dobbiamo continuare in inglese.



**Guillermo A. Cecchi**

Direttore del gruppo di ricerca in Psichiatria Computazionale e Neuroimaging del T.J. Watson Research Center dell'IBM di New York

**Ci può raccontare il suo percorso formativo?**

Mi sono laureato in Fisica all'Università de La Plata, in Argentina, nel 1991, ho ottenuto il PhD in Fisica e Biologia alla Rockefeller University e la Postdoctoral Fellowship in Neuroimaging alla Cornell University. Dal 2001 lavoro nel Centro di Ricerca dell'IBM, nell'ambito dell'applicazione delle tecniche computazionali alle neuroscienze.

**Perché un approccio computazionale alle neuroscienze, quali sono i vantaggi?**

Il Sistema Nervoso Centrale è complesso, ma la sua complessità non deve essere considerata un problema, bensì un vantaggio. Il complicato network funzionale tra cervello e comportamento umano può essere sfruttato per validare scoperte basate su ipotesi e guidate dai dati, per mezzo di tecniche di analisi multi-variata e con l'utilizzo della modellizzazione predittiva.

**Ci può fare alcuni esempi di applicazione di queste metodiche?**

Per esempio, in ambito neurologico, siamo stati in grado di migliorare la stratificazione prognostica dei pazienti con malattia di Huntington. Associando dati genetici e grandi database di immagini neuroradiologiche, i modelli predittivi hanno permesso di distinguere gruppi di pazienti con diverse velocità di neurodegenerazione con accuratezza superiore a quanto era possibile in precedenza con l'utilizzo dei soli dati clinici.

**E in campo psichiatrico?**

Nel 2015 abbiamo pubblicato su *Nature Schizophrenia* uno studio che ha dimostrato come sia possibile individuare con anni di anticipo, tra i soggetti a rischio, quelli che in seguito riceveranno una diagnosi di psicosi franca, e questo basandosi sull'analisi semantica e sintattica del linguaggio parlato. Queste analisi, effettuate con tecniche di *machine learning*, hanno mostrato performance predittive migliori delle interviste cliniche strutturate.

**Veniamo al tema del dolore, cosa ci può dire sull'uso di tecniche computazionali applicato alla nostra disciplina?**

Collaboro da diversi anni con il gruppo di

ricerca del Dott. Vania Apkarian, uno dei massimi esperti mondiali di ricerca di base e clinica sul dolore, della Northwestern University di Chicago. È stato appena accettato su *Nature Communications* il nostro lavoro sui determinanti neuroradiologici e psicometrici della risposta al placebo nei pazienti con mal di schiena. Nel 2012, in un setting sperimentale, abbiamo invece dimostrato che è possibile creare un modello matematico in grado di predire l'ammontare del dolore percepito da un soggetto sottoposto ad uno stimolo termico. Utilizzando una combinazione di tecniche multi-variate e di modelli basati su principi computazionali, è stato possibile "leggere nella mente" del singolo soggetto, anticipando con precisione la sua risposta allo stimolo doloroso. Il dolore si è rivelato un sintomo codificato in maniera molto diffusa nel cervello. A differenza di altre modalità percettive (ad esempio l'udito), più localizzate e localizzabili nel Sistema Nervoso Centrale con tecniche di neuroimaging funzionale, la percezione del dolore sembra essere rappresentata da network neurali molto più distribuiti. La dimostrazione di ciò non sarebbe stata possibile senza le tecniche computazionali.

**Tutto ciò è molto affascinante. A quando un utilizzo clinico di queste tecniche, nel mondo reale?**

La ricerca sta procedendo molto velocemente. Con Vania Apkarian stiamo già lavorando in setting clinici e non solo su soggetti sperimentali. Inoltre abbiamo in progetto di utilizzare tecniche di analisi del linguaggio anche in un Centro di Terapia del Dolore.

Noi ci mettiamo la tecnologia e il know-how, ma è chiaro che dipendiamo dalle

Università e dagli Ospedali per l'ottenimento di dati di qualità.

**Per concludere, Dottor Cecchi, noi medici dobbiamo preoccuparci?**

**Da quanto dice, sembra di capire che già oggi l'Intelligenza Artificiale mostra performances superiori a quelle umane. Tra qualche anno non ci sarà più bisogno di noi...**

No, direi proprio di no. Queste tecniche non sostituiscono e non sostituiranno mai il lavoro dei clinici. Esse vanno considerate come degli strumenti, raffinati certo, ma pur sempre degli strumenti. Un cardiologo può avere il fonendoscopio più sensibile e tecnologico del mondo, ma sarebbe un'assurdità pensare che un paziente si possa affidare a un fonendoscopio per risolvere il suo problema di angina.

**Come si è trovato a Roma in questi giorni?**

Devo ringraziare l'AISD per l'organizzazione del Congresso. Abbiamo cenato in posti a dir poco spettacolari. Roma è una città magnifica. Devo un particolare ringraziamento al Prof. Polati, che la sera del primo giorno di Congresso mi ha guidato in una lunga passeggiata notturna attorno al Vaticano, e al Prof. Varrassi, che sabato mi ha accompagnato personalmente in una visita guidata attraverso i luoghi più suggestivi di Roma. È stato bellissimo.

# 41° Congresso AISD

*Associazione Italiana per lo Studio del Dolore*



41°

CONGRESSO  
NAZIONALE

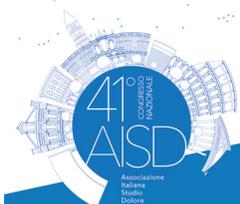
AISD

Associazione  
Italiana  
Studio  
Dolore



## Abstract premiati 2018

Il premio consiste nell'iscrizione gratuita dell'autore presentatore al Congresso AISD 2019 e a due notti di pernottamento per seguire i lavori congressuali.



## Sicurezza dell'infiltrazione ecoguidata dell'articolazione sacro-iliaca come test diagnostico nella lombalgia

Paolo Diamanti (1), Muriess D. (2), Stefani M. (3), De Ruvo E. (4), Violo B. (5), Lo Presti C. (6), Evangelista M. (7)

(1) Ospedale Cristo Re, Roma

(2) Ospedale San Carlo di Nancy, Roma

(3) Ospedale Regina Apostolorum, Albano Laziale

(4) Ospedale San Camillo, Roma

(5) Ospedale Santo Spirito, Roma

(6) Ospedale San Filippo Neri, Roma

(7) Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

### Razionale dello studio

L'infiammazione dell'articolazione sacro-iliaca è causa di circa il 25 % delle lombalgie e viene spesso diagnosticata in ritardo a causa dell'aspecificità della sintomatologia.

I pazienti lamentano dolore a livello lombare, ai glutei e alla coscia che va a peggiorare quando si sta in posizione seduta o in posizione eretta per un lungo periodo di tempo e quando si salgono le scale. Il nostro studio vuole mettere in mostra la sicurezza delle infiltrazioni ecoguidate dell'articolazione sacro-iliaca come test diagnostico nella lombalgia e come trattamento delle sacro-ileiti.

### Metodi

Tra il settembre del 2017 e il febbraio del 2018 sono state eseguite presso il nostro ambulatorio di terapia del dolore 47 infiltrazioni ecoguidate dell'articolazione sacro-iliaca, su 29 pazienti; la miscela da noi utilizzata è costituita da 80 mg di lidocaina e 4 mg di desametasone. Delle 47 infiltrazioni 20 sono state eseguite bilateralmente.

I pazienti, 10 di sesso maschile e 19 di sesso femminile, avevano una età media di anni 69. Nella nostra casistica oltre il 72 % dei pazienti era stato sottoposto precedentemente a chirurgia vertebrale.

Tutte le infiltrazioni sono state eseguite sotto visione ecografica.

Il test diagnostico è stato considerato positivo nei casi in cui a distanza di 1 ora i pazienti avevano avuto un miglioramento della sintomatologia dolorosa con una riduzione del 50% dell'intensità del dolore valutato con il verbal rating scale (VRS).

In tutti i pazienti è stata eseguita una visita di controllo a distanza di 2 settimane dall'esecuzione dell'ultima infiltrazione

### Risultati

Nella nostra breve esperienza non abbiamo avuto complicanze maggiori, solo in 5 casi abbiamo avuto un momentaneo aumento della intensità del dolore della durata di 2-3 giorni, che non ha richiesto trattamenti farmacologici aggiuntivi.

In 3 pazienti affetti da diabete mellito si è avuto un aumento transitorio della glicemia che ha richiesto, in un solo caso, la correzione con insulina pronto rilascio eseguita a domicilio dal paziente dopo contatto telefonico con un medico della nostra struttura.

Non abbiamo riscontrato complicanze a distanza di 15 giorni.



### Conclusioni

L'infiammazione dell'articolazione sacro-iliaca è spesso causa di lombalgia ed in molti casi è difficile da diagnosticare.

A nostro avviso l'infiltrazione ecoguidata dell'articolazione sacro-iliaca si è dimostrata una tecnica diagnostica e terapeutica sicura ed efficace. Se eseguita correttamente non espone il paziente a rischi di complicanze maggiori e permette di ottenere informazioni importanti, ai fini terapeutici, in pazienti con lombalgia.

Inoltre la guida ecografica permette di effettuare una iniezione maggiormente accurata del farmaco all'interno dell'articolazione e rispetto all'iniezione sotto guida fluoroscopica o TC permette di eseguire il trattamento in ambiente ambulatoriale e senza la somministrazione di radiazioni.

La sacro-ileite risulta essere a nostro avviso più frequente di quanto abitualmente ritenuto, in special modo nei pazienti sottoposti precedentemente a chirurgia di stabilizzazione vertebrale lombare.

### Bibliografia

Huang Z., Du S., Qi Y., Chen G., Yan W., *Effectiveness of Ultrasound Guidance on Intraarticular and Periarticular Joint Injections: Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Trials. Am J Phys Med Rehabil. 2015 Oct; 9: 775-83*

\*\*\*

## Does the perioperative infusion of dexmedetomidine, during general anesthesia, have an opioid-sparing effect? A systematic review protocol

Marco Fiore (1), Alfieri A. (1), Battimelli A. (1), Gatani A. (1), Simeon V. (2), P. Chiodini P. (2), Aurilio C. (1), Passavanti M.B. (1), Pace M.C. (1)

(1) Department of Women, Child and General and Specialized Surgery, University of Campania "Luigi Vanvitelli", Naples, Italy

(2) Department of Public, Clinical and Preventive Medicine, Medical Statistics Unit, University of Campania "Luigi Vanvitelli", Naples, Italy

### Background

The ineffective management of the perioperative pain can affect the length of hospital stay by increasing the risk of postoperative complications (1). There are multiple analgesia techniques; today, opioids remain the most widely used drugs for pain control even if side effects can overbalance the analgesic advantage and affect the general state of the patient. Dexmedetomidine is a selective alpha2 agonist, with a specificity eight times that of clonidine (2). Dexmedetomidine provides sedative, anxiolytic, sympatholytic and analgesic effects, and minimal depression of respiratory function, thus it has been widely used in intensive care units (ICUs) and for anesthesia for several years (3). This review will evaluate the dexmedetomidine analgesic and opioid-sparing effect. Furthermore, we will evaluate the effectiveness and safety of dexmedetomidine in the perioperative pain management. We will prepare this systematic review according to the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis Protocols (PRISMA-P 2015 Guidelines) (4).

The review protocol was registered on the PROSPERO International Prospective Register of Systematic Reviews (Registration Number CRD42018086687, 30/01/2018).

## Material and Methods

The population will be patients undergoing general anesthesia. The intervention will be the perioperative infusion of dexmedetomidine. The comparator will be patients undergoing General anesthesia conducted without perioperative infusion of Dexmedetomidine. The primary outcomes will be I) postoperative pain evaluation and/or II) opioid-sparing effect. Secondary outcome will be a) respiratory depression requiring ventilation and/or ICU admission b) hypotension requiring fluid infusion and/or amine administration c) bradycardia requiring vasoactive drugs d) needing of prolonged length of hospital stay. We will include both RCT and observational studies (including cohort and case-control studies) that have use dexmedetomidine infusion in general anaesthesia. Quantitative papers will, where possible be pooled in statistical meta-analysis: Risk differences (RDs) will be used as the meta-analytic measure of association

We will perform a bibliographic search using several databases: MEDLINE, EMBASE, CENTRAL (Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Central Register of Controlled Trials and the JBISIRIR (JBI Database of Systematic Review and Implementation Report). The search query will be: (general anesthesia OR general an\*) AND dexmedetomidine AND (analgesics, opioid OR analgesi\* OR opioid\*). The reference list of all identified reports and articles will be searched for additional studies. The search strategy aims to find only studies published in English language and in peer-reviewed journals in full with no restriction on publication date.

Two authors (AA and AB) will independently evaluate the titles and abstracts of potentially eligible studies. Data will be extracted independently according to the MOOSE guideline and the results were cross-checked. Any disagreements on study eligibility or data extraction were resolved according to a third reviewer's opinion (MF). Study quality will be independently assessed by two authors (AA and AB): STROBE guidelines will be used to evaluate observational studies, CONSORT guidelines will be used to evaluate RCT.

## Discussion

The review's goal is to evaluate the effectiveness of peri-operative infusion of dexmedetomidine for post-operative pain control in order to reduce opioid consumption and concerning adverse effects in patients undergoing general anesthesia. Furthermore, we will evaluate the safety of dexmedetomidine in the perioperative pain management.

## Bibliography

- (1) Luise Jessen Lundorf, Helene Korvenius Nedergaard, Ann Merete Møller Perioperative dexmedetomidine for acute pain after abdominal surgery in adults. *Cochrane Anaesthesia, Critical and Emergency Care Group*
- (2) Virtanen R, Savola JM, Saano V, Nyman L. Characterization of the selectivity, specificity and potency of medetomidine as an alpha 2-adrenoceptor agonist. *Eur J Pharmacol.* 1988;150:9-14.
- (3) Belleville JP, Ward DS, Bloor BC, Maze M. Effects of intravenous dexmedetomidine in humans. I. Sedation, ventilation, and metabolic rate. *Anesthesiology.* 1992;77:1125-33.
- (4) Moher D, Shamseer L, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, Shekelle P, Stewart LA. Preferred Reporting



Items for Systematic Review and Meta-Analysis Protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Syst Rev.* 2015;4(1):1. doi: 10.1186/2046-4053-4-1

- (5) Meta-analysis of observational studies in epidemiology: a proposal for reporting. *Meta-analysis Of Observational Studies in Epidemiology (MOOSE) group. Stroup DF, Berlin JA, Morton SC, Olkin I, Williamson GD, Rennie D, Moher D, Becker BJ, Sipe TA, Thacker SB. JAMA. 2000 Apr 19;283(15):2008-12.*

\*\*\*

## P.A.C.S “Pain Assessment Of Patient Undergoing Head Ct Scan” (Valutazione del dolore nel paziente sottoposto a T.C. dell’encefalo)

Marco Grosso (1), Scardino M. (1), Cerutti S. (1), Guida A. (1), Tibaldi S. (1), Rebellato M. (2), Gallo T. (3), Davini O. (1)

(1) Radiologia 2 - Molinette - A.O.U Città della Salute e della Scienza – Torino

(2) Geriatria e malattie metaboliche dell'osso - A.O.U Città della Salute e della Scienza – Torino

(3) Radiologia - A.O. Mauriziano - Torino

### Razionale dello studio

I pazienti pongono sempre più attenzione alla qualità del trattamento ricevuto. Il tema del dolore è potente. Scopo del lavoro è misurare il dolore nei pazienti sottoposti a T.C. encefalo. Endpoint primario: valutazione del dolore prima, durante e dopo la procedura diagnostica; Endpoint secondari: criticità dei servizi, qualità percepita.

### Metodi

Setting: Radiologia A.O. Mauriziano, Radiologia 2 – Molinette - Città della Salute e della Scienza- Torino.

Pazienti per TC encefalo, età maggiore di 50 anni.

Previo consenso sono stati acquisiti dati anagrafici e anamnestici. Sono state somministrate, prima e dopo l’esame diagnostico, le scale GCS, NRS e VRS. Nei non collaboranti è stata somministrata la scala PAINAD. Somministrato questionario di valutazione qualità percepita.

### Risultati

Campione di 116 unità di analisi, 51 Molinette, 65 Mauriziano; 65 donne (56,03% età media 67,3), 51 uomini (43,9% età media 63,7); TC eseguita prevalentemente per patologie neurologiche (76,11%), ortopediche (16,81%), gastroenteriche (3,54 %), cardiache (2,65%), polmonari (0,88%). PAINAD somministrata al 23% degli eleggibili; il valore medio di dolore (NRS) percepito pre-procedura è di 2,16, post-procedura 2,57. Nel passaggio barella/carrozzina/lettino TC il 20% poco dolore, 10% abbastanza, 1,1% molto. Durante la procedura il 12,2% ha avvertito poco dolore, l’8,9% abbastanza dolore, 1,1% molto dolore; più della metà dei pazienti riferisce dolore al capo-collo, il 26% alla schiena /addome e il 21% alle estremità. Nei due setting il dolore prevalente si manifesta al passaggio barella/carrozzina/lettino TC. Il 43% di chi ha avvertito dolore (Mauriziano) vede aumentare di due unità il valore sullo score pre e post procedura, (p = 0,05 I.C. 95%); il 75% (Molinette) di un’unità (p= 0,012 I.C. 95%). Bias per eventi extraprocedurali, numerosità campionaria inferiore all’atteso.

## Conclusioni

Numerosità campionaria omogenea tra i due setting, non discrepanze significative su genere e età; APR omogenee; basso valore medio di dolore percepito in corso di procedura. Evidenza di necessità di perfezionamento delle tecniche di trasporto e posizionamento del paziente. Studio pilota in vista di valutazione del dolore su procedure TC di studio del torace e dell'addome, più lunghe e con necessità di mantenere posizioni obbligate (arti superiori) per tempi maggiori. Non possibilità di diminuzione dei tempi di acquisizione delle immagini. La consulenza di un Counsellor ha reso possibile una migliore interpretazione dei risultati.

## Bibliografia

1. Short Portable Mental State Questionnaire (SPMSQ): Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1975;23(10):433-441.
2. Numeric Rating Scale (NRS): 1) Pautex S, Gold G. Assessing pain intensity in older adults. *Geriatrics and Aging* 2006;9(6):399-402 ([www.medscape.com](http://www.medscape.com)); 2) Jensen MP, Karoly P, Braver S. The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. *Pain* 1986;27:117-126.
3. Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD): Warden V, Hurley AC, Volicer V. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale. *J Am Med Dir Assoc* 2003;4:9-15.
4. Glasgow Coma Scale (GCS): Teasdale G, Jennet B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. *Lancet*

\*\*\*

## Is local infiltration of tramadol an effective strategy to reduce post-operative pain? A systematic review protocol

Giacomo Piccinno, Passavanti M.B., Alfieri A., Pota V., Sansone P., Aurilio C., Pace M.C., Fiore M.  
Department of Women, Child and General and Specialized Surgery, University of Campania "Luigi Vanvitelli", Naples, Italy.

### Background

Several surgical procedures are performed every day around the world, most of them are uncomfortable for patients. Some diagnostic procedures or short surgical interventions may be performed with local anesthesia. A 'short' procedure may be described as an intervention anticipated to take less than 60 minutes.

Local anesthesia offers an indisputable advantage regarding the pain control with minimal systemic side-effects and good patient tolerability.

Tramadol is an atypical synthetic opioid analgesic. It is considered a weak opioid due to its relatively low affinity for  $\mu$ -opioid receptor [1]. Tramadol and its active metabolite bind to  $\mu$ -opioid receptors in the central nervous system resulting in inhibition of ascending pain pathways and also inhibits the reuptake of norepinephrine and serotonin, involved in the descending inhibitory pain pathway, associated with pain relief [2]. In addition, tramadol has been proved to exert a local anesthetic effect on peripheral nerves in both clinical and laboratory studies. The mechanism of action of tramadol is similar to that of hydrophobic local anesthetics [3].

## Methods

A systematic review of the literature will be conducted following the PRISMA guidelines [4]. Either randomized controlled trials and observational studies, in which Tramadol is locally administered, will be included. The search will be made using several electronic databases: PubMed, EMBASE, CENTRAL and The JBI Database of Systematic Review and Implementation Report (JBISIR). The intervention will be the local administration of Tramadol alone or as adjuvant to other anesthetics used for pain control. The comparison will be:

1. Placebo
2. No treatment
3. Standard local anesthetic-based therapy according to current guidelines.

The primary outcome will be the pain control as:

- i) pain intensity reduction of at least 2, 3 or 4 points or by achieving a VAS score  $< 3$  and/or
- ii) pain intensity reduction of at least 2, 3 or 4 points or by achieving a NRS score  $< 3$ [5]

The secondary outcomes will be the:

- A. drugs consumption as
  - A1. reduction of tramadol rescue dose and/or
  - A2. reduction of others analgesic drugs consumption
- B. altered vital signs as
  - B1. tachycardia (heart rate  $>$  physiological range by age) and/or
  - B2. hypertension (blood pressure  $>$  physiological range by age) and/or
  - B3. desaturation (SpO<sub>2</sub>  $<$  physiological range by age)

Inclusion criteria of the enrolled studies will be:

- i) clear description of local tramadol administration
- ii) publication in peer-reviewed journals
- iii) English language
- iv) published in full

Exclusion criteria:

- i) studies describing the tramadol uses for no surgical procedures
- ii) letter/comment, case report/series, systematic/narrative reviews, abstract, book chapter
- iii) pre-procedural or peri-procedural intravenous use of tramadol
- iv) intrathecal or troncular injection of tramadol.

## Discussion

The aim of this systematic review is to investigate the effectiveness of local administration of tramadol for post-procedural pain control in order to reduce side-effects related to the systemic administration of analgesic drugs and reduce patient's discomfort.

This systematic review will be conducted in accordance with the Centre of Reviews and Dissemination (CRD) guidance for undertaking reviews in health care and registered on the PROSPERO Registry of systematic reviews: CRD4201808738.

## References

1. *Tramadol for the Management of Pain in Adult Patients: A Review of the Clinical Effectiveness.* Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2015 Feb 2. PMID 26985523.
2. Goodman, L.S., Brunton, L.L., Chabner, B., & Knollmann, B.C. (2011). *Goodman & Gilman's pharmacological basis of therapeutics.* New York, McGraw-Hill, 12th Edition.
3. Mert T, Gunes Y, Guven M, Gunay I, Ozcengiz D. Comparison of nerve conduction blocks by an opioid and a local anesthetic. *Eur J Pharmacol.* 2002;439:77–81..
4. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, et al. The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *PLoS Medicine.* 2009;6(7).
5. *Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline From the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee and Administrative Council;* Chou, Roger et al. *The Journal of Pain* , Volume 17, Issue 2 , 131-157.

\*\*\*

## Sufentanil sublinguale nel controllo del dolore post operatorio in chirurgia pancreatica (Zalviso)

Claudia Serraiocco, A. Martini, M. Tomasi, V. Russo, E. Polati

UO di Anestesia e Rianimazione, Policlinico G.B. Rossi, Università degli Studi di Verona

### Introduzione

Gli interventi di chirurgia pancreatica sono in costante aumento nell'AOUI di Verona con più di 600 interventi l'anno. L'attenzione nel controllo del dolore postoperatorio è a carico del gruppo APS (Acute Pain Service) del dipartimento di rianimazione e terapia intensiva il quale seguendo le linee guida ERAS 2012 individua tre strategie: analgesia epidurale; oppioidi endovenosi; blocchi di parete.

Tutte le scelte sono più o meno invasive, con un rischio di fallimento del 30% comprendente mal posizionamento del catetere o un insufficiente controllo analgesico (tramadolo).

Zalviso è un device posto al bedside del paziente che permette l'auto somministrazione per via sublinguale di pastiglie di sufentanil 15mcg, con un tempo di lock-out di 20min.

Il sufentanil possiede:

- Alta affinità recettoriale 300-400 volte vs Morfina, 10-50 vs Fentanyl
- Assenza di metaboliti attivi
- Equilibrio al sito effetto rapido (6 minuti) ed effetto prevedibile
- Indice terapeutico elevato
- Biodisponibilità 60%

Forrest G. et al. confrontano zalviso al placebo nella gestione del dolore post operatorio su interventi di chirurgia addominale dimostrando la superiorità di zalviso. Melson et al. paragonano Zalviso con l'analgesia intravenosa con oppioidi individuando una non inferiorità del primo sul secondo con una riduzione del drop out per insufficiente analgesia e minori episodi di desaturazione.



### Obiettivo raccolta dati preliminari

Ci siamo chiesti se un dosaggio fisso di sufentanyl sublinguale possa essere sufficiente a trattare il dolore pancreatico, se i pazienti riuscissero a comprendere il funzionamento di Zalviso durante la visita preoperatoria e la compliance del personale di reparto al sistema.

### Materiali e metodi

In questa raccolta dati preliminare abbiamo incluso pazienti sottoposti a chirurgia pancreatica. I criteri di inclusione sono stati: ASA I-III; Anche terapia con oppiacei in cronico (spesso pre-ricovero); Interventi della mattina. Criteri di esclusione: Incapacità a gestire il sistema valutata in visita preoperatoria; Ricovero in UTI programmato ed occasionale.

Per i pazienti Drop out passaggio a tramadolo ic. + FANS al bisogno

Condotta intraoperatoria a discrezione dell'anestesista. Analgesia all'uscita di sala: morfina 0,1-0,15 mg/Kg. Rescue: morfina 3 mg (se NRS>6 oppure FANS se tra 6 e 4)

Dopo le 72h paracetamolo x3/die e FANS al bisogno

Raccolta dati a timing > 3-6-12-18-24-36-48-56-62 ore

Sono stati valutati: NRS, Compresse utilizzate, mancata erogazione e cause, rescue, drop out e cause, confidenza, sollievo dopo la somministrazione, prurito, sonnolenza, alterazione stato neurologico

### Risultati

Pazienti sottoposti a screening= 60

Pazienti arruolati 22 (15M/7F)

Drop out 10 su 22 (45% del totale)

Età media 64aa, BMI medio 26 Kg/mq

Analisi: ITT (Intention to treat)

LOCF (Last-Observation-Carried-Forward)

Motivi drop out: incapacità di utilizzo, insufficiente controllo antalgico, sonnolenza, problemi tecnici.

### Conclusioni

Abbiamo rilevato che il limite di 20mg/die sembra adeguato e sufficiente per il controllo del dolore nella chirurgia pancreatica; il sistema è affidabile e mostra come maggior rischio una insufficiente analgesia. Gli errori nell'utilizzo non sono molti e possono essere ridotti nel tempo necessitando per il personale una curva di apprendimento altresì non rapido. Terminato l'apprendimento risulta uno strumento ideale sia per il reparto che per i pazienti in termini di soddisfazione. In ultimo richiede poco lavoro da parte dell'anestesista. Gli aspetti negativi comprendono il costo e la durata limitata a 72h di trattamento.

\*\*\*

## La neurostimolazione sottocutanea paravertebrale nel dolore cronico refrattario: case series

Silvia Zampieri, Franchini M., Parolini M., Schweiger V., Polati E.

Dipartimento di Anestesia, Rianimazione e Terapia del dolore - Università di Verona

### Introduzione

La neurostimolazione è in continua evoluzione per quel che riguarda le indicazioni cliniche, i target anatomici e gli algoritmi di stimolazione. Per la stimolazione midollare (SCS) esistono linee guida ben codificate basate sull'esperienza clinica e studi scientifici, mentre per la stimolazione sottocutanea (PNfS) la letteratura è ancora limitata. Tuttavia, alcuni recenti studi hanno dimostrato che la PNfS può rappresentare una valida alternativa alla SCS in alcune condizioni di dolore cronico refrattario, assicurando un maggior profilo di sicurezza dovuto alla minore invasività della procedura e in alcuni casi anche di efficacia rispetto alla SCS. In questo studio multicentrico sono stati valutati l'efficacia e la sicurezza della stimolazione sottocutanea paravertebrale in alcuni casi di dolore cronico refrattario

### Materiali e metodi

Venti pazienti con dolore cronico refrattario (17 casi di FBSS, 1 angina refrattaria, 1 nevralgia intercostale e 1 plessopatia brachiale traumatica) sono stati reclutati e valutati tramite stimolazione di prova dopo posizionamento di due elettrodi ottopolari a livello paravertebrale. Undici pazienti sono stati testati solo con la stimolazione a bassa frequenza (LF), mentre nove hanno provato anche il programma ad alta frequenza (HF). I pazienti responder dopo il Trial sono stati impiantati definitivamente con il programma ritenuto più efficace, rivalutati a 6 mesi e a 1 anno per verificare eventuali modificazione della sintomatologia dolorosa valutata tramite andamento del NRS e, nei pazienti con FBSS, dell'Oswestry Disability Index.

### Risultati

Diciotto pazienti sono risultati responder in fase di Trial e quindi impiantati definitivamente. Nei pazienti che hanno provato sia il programma a bassa che quello ad alta frequenza, non sono state riscontrate differenze statisticamente significative in termini di miglioramento del NRS fra i due programmi, tuttavia sette pazienti degli 8 impiantati hanno preferito la stimolazione HF. La stimolazione sottocutanea paravertebrale ha mostrato un ottimo profilo di sicurezza unita a un'efficacia statisticamente significativa nei pazienti con dolore cronico refrattario sia a 6 mesi ( $P=0,008$ , riduzione NRS media del 30%) che a 1 anno ( $P=0,043$ , riduzione media del 28%), mentre nei pazienti con FBSS ha mostrato una riduzione statisticamente significativa a 6 mesi ( $P=0,028$ , riduzione NRS media del 17%) ma non a 1 anno. Anche a lungo termine non sono risultate differenze statisticamente significative per quel che riguarda la differenza di efficacia fra i programmi a bassa ed alta frequenza. Ottimi risultati sono stati ottenuti in 2 dei 3 pazienti non FBSS.

### Conclusioni

La stimolazione sottocutanea mostra un ottimo profilo di sicurezza in tutti pazienti, ma una



scarsa efficacia a medio-lungo termine nei pazienti con FBSS. Non sembrano esserci differenze di efficacia fra programmi HF e LF. In futuro sono auspicabili ulteriori studi di efficacia in condizioni diverse dalla FBSS, dati gli ottimi risultati ottenuti nel paziente con nevralgia intercostale e nel paziente con angina refrattaria.

### Bibliografia

1. Zucco F, Fortini G, Costantini A, Lavano A, Bevilacqua M, Bonezzi C, De Luca A, Meglio M: SCS -Aspetti generali. In: Spinal cord stimulation. La buona pratica nell'uso della neurostimolazione midollare. Zucco F eds Sanitanova Publ, Milano, 2017, pp. 2-28.
2. Van Buyten JP: Neurostimulation for the Management of Failed Back Surgery Syndrome (FBSS). In: Surgery of the Spine and Spinal Cord. Van de Kelft E eds Springer Publ, Cham, 2016, pp 585-600.
3. Kumar K, Taylor RS, Jacques L, Eldabe S, Meglio M, Molet J, Thomson S, O'Callaghan J, Eisenberg E, Milbouw G, Buchser E, Fortini G, Richardson J, North RB.: Spinal cord stimulation versus conventional medical management for neuropathic pain: A multicentre randomised controlled trial in patients with failed back surgery syndrome. Pain 2007; 132: 179-188.

## SAVE THE DATE

THE 10TH WORLD CONGRESS THE WORLD INSTITUTE OF PAIN® (WIP)

20-23 MAY 2020 | ROME, ITALY

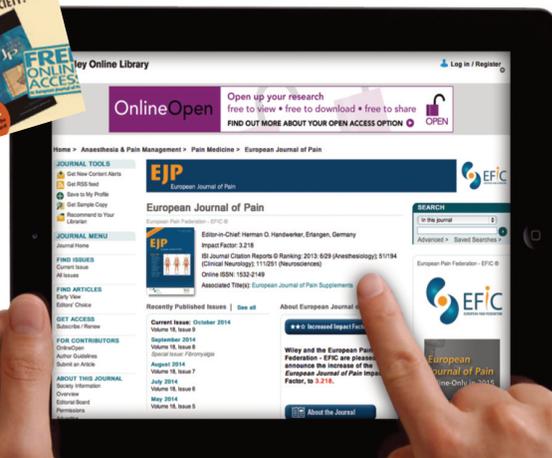
# ROME 2020



SEI SOCIO DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LO STUDIO DEL DOLORE?

**HAI DIRITTO  
ALL'ABBONAMENTO  
ONLINE GRATUITO  
all'European Journal of Pain**

[www.efic.org](http://www.efic.org)





dal **1976**  
impegnata nello studio  
e nella cura del dolore

## Associati all'AISD

L'AISD è un'associazione scientifica multidisciplinare dedicata alla ricerca sul dolore e al miglioramento dell'assistenza dei pazienti con dolore. Fa parte della European Federation of IASP Chapters (EFIC®) ed è un Capitolo della International Association for the Study of Pain.

### Alleviare le sofferenze

è il motivo unico di tutta la nostra attività professionale e di ricerca.



## ***Dona il 5x mille***

all'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore  
Codice fiscale: 80027230483

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

## Comunicazione, dolore taciuto, pazienti fragili

Originariamente il rapporto tra medico e paziente, tradizionalmente configurato dal medico di Ippocrate, si basava su un ordine preciso: il dovere del medico è fare il bene del paziente e il dovere di questi è di accettarlo. L'atteggiamento paternalistico ha quindi dominato per lunghi secoli questo tipo di rapporto.

Inoltre, con il passare del tempo, quest'atteggiamento fortificherà il carisma del medico contribuendo alla nascita e allo sviluppo di un linguaggio sempre più inaccessibile all'uomo comune, e di conseguenza la separazione tra i due interlocutori è stata via via sempre maggiore (cfr. p.e., *"Il malato immaginario"* di Molière).

Il distacco del medico dal paziente rifletteva, anche, lo sguardo 'antico' della scienza, che per analizzare aspetti sempre più microscopici della malattia, finiva per perdere di vista l'elemento più importante, ossia la persona malata.

Attorno alla roccaforte della medicina, nel corso dei secoli, la società occidentale cambierà scenario, spostando sensibilmente l'asse di diritti e dei doveri (cfr. Locke, Kant, Mill). Il medico gradualmente abbandona i panni autorevoli e impuniti del 'sacerdote della salute', per indossare quelli del tecnico che stipula un contratto con il proprio cliente (cfr. moderni concetti di privacy e consenso informato e diritto del paziente all'autodeterminazione). La necessità di rispettare il principio di autonomia e la pratica del consenso libero e informato,

in qualche modo modificano la sede del processo decisionale dal medico al paziente. L'informazione medica, quindi, avrà l'obiettivo di aiutare il paziente a giungere a un livello sempre maggiore di consapevolezza di se stesso e della sua patologia.

E per ottenere ciò dovrà 'saper comunicare' e quindi abbandonare o modificare il proprio linguaggio medico specialistico (rinnovamento linguistico in direzione di una semplificazione che tenga conto della chiarezza e dell'efficacia comunicative conservando, nello stesso tempo, la complessità e specificità dei contenuti).

Una breve ma necessaria premessa, che ci consente di accennare ad alcune tematiche del congresso AISD 2018, che hanno rappresentato una sorta di corollario alla parte strettamente specialistica di aggiornamento sulle terapie farmacologiche, ampiamente trattata nelle sessioni della sala plenaria, grazie anche alla organizzazione di sessioni congiunte con altre società scientifiche.

### **L'importanza della comunicazione in terapia antalgica**

Occuparsi di dolore e cure palliative significa sublimare l'atto medico con un tocco di umanità. Lo strumento principale che viene in nostro aiuto è la comunicazione. La buona comunicazione aumenta la compliance terapeutica in tutti gli ambiti della medicina (la parola quando accurata diventa anche curante) ma, purtroppo, essa non

è contemplata come materia d'insegnamento. E, di contro, il dolore taciuto (quindi, non comunicazione) nei pazienti diversamente abili.

### I pazienti fragili

Un'attenzione maggiore del vissuto-dolore nei confronti di 'nuovi' e fragili pazienti: *"La peculiarità del dolore cronico adolescenziale"* (non solo clinico o fisiologico ma, anche, patologico; legato quest'ultimo all'insorgenza di disturbi psicologici tipici delle nuove generazioni) – *"La valutazione del dolore nei soggetti affetti da sindrome di Down"* (nuovo campo d'indagine dovuto all'allungamento della vita degli stessi) – *"Il dolore nella sindrome dello spettro autistico"* (anche in questo caso ci si dovrà interrogare ancora molto prima di arrivare a linee-guida specifiche).

### Una "sapienza" che guarda al futuro grazie alla moderna tecnologia

Come, ad esempio, "Una App per monitorare il dolore, a casa, in bambini con patologie ematologiche o oncologiche". E, contemporaneamente, riacquisire e sviluppare vecchi saperi coadiuvanti nella gestione del dolore (p.e., musicoterapia, massaggio ayurvedico, fiori di Bach, ipnosi medica, cannabis, curcumina, fitoterapici, ecc.). Molto interessanti anche i contributi su *"Dinamiche e variabili etniche del pain management"* e *"Dolore e resilienza: primo contributo per la validazione in lingua italiana della Pain Resilience Scale"*.

Brunella Bassetti

## L'anno mondiale contro il dolore è dedicato all'eccellenza nella formazione

### 2018 Global Year for Excellence in Pain Education

The theme of the 2018 Global Year for Excellence in Pain Education is "Bridging the gap between knowledge and practice." Our goal is to make a difference in four domains:

- Public and Government Education
- Patient Education
- Professional Education
- Pain Education Research

You will find publications, resources, and ways to participate in Global Year events on pain education on this page and on the pages to which each domain is linked.

Be sure to follow the #GYPainEducation conversation and IASP on LinkedIn, Facebook, and Twitter to learn about updates to this site.

[www.iasp-pain.org](http://www.iasp-pain.org)



## Free2Fly

Iniziativa ideata da Paolo Scarsella,  
rappresentante regionale AISD per la Toscana

Il Centro Multidisciplinare di Terapia del Dolore dell'Azienda USL Toscana Centro e il Comune di Reggello (Firenze) hanno promosso il 7 luglio scorso una giornata di sensibilizzazione a favore delle persone con disabilità motoria e sensoriale, organizzando dibattiti, una scarrozzata tra le vie di Reggello, con gli assessori Adele Bartolini e Giacomo Banchetti che hanno usato le carrozzine da disabili per muoversi per normali attività come fare la spesa o attraversare vie trafficate, il Club di Parapendio ha offerto l'opportunità di provare un volo in tandem.

Il dottor Paolo Scarsella, rappresentante regionale AISD per la Toscana, ha ideato l'evento, organizzato con il supporto di Giancarlo Passarella, autore del libro *Dolore No-te*, una raccolta di interviste a musicisti e operatori del settore che hanno avuto esperienze dolorose, subite, affrontate, risolte. Grazie a una donazione del Lions Club Firenze Poggio Imperiale all'AISD è stato possibile l'acquisto della Fly Chair Tandem Container per permettere l'esperienza del volo in parapendio.



# La riabilitazione fisioterapica a contrasto del dolore oncologico

a cura di **Marco Alfredo Arcidiacono**

U.O. Oncologia Degenza, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma,  
Dipartimento Emergenza-Urgenza e Area Medica Generale e Specialistica  
Professore a contratto, Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche e Ostetriche,  
Università degli Studi di Parma

Il fisioterapista può rappresentare un elemento chiave nella gestione del cancro, durante tutte le fasi, dalla diagnosi agli stadi finali (Okamura, 2011). Il suo scopo è: “minimizzare alcuni degli effetti collaterali attribuiti al cancro o al suo trattamento. È possibile migliorare la qualità di vita, indipendentemente dalla prognosi, contribuendo a raggiungere la massima attività funzionale e indipendenza o il sollievo dai sintomi che causano la sofferenza del malato” (Association of Chartered Physiotherapists in Oncology and Palliative Care, 1993).

Nelle fasi iniziali della malattia la forza muscolare diminuisce, per l'intervento chirurgico, per gli effetti collaterali dei farmaci (in caso di chemioterapia) o delle radiazioni (conseguenza del trattamento radioterapico). Gli aspetti generali saranno, quindi, la prevenzione delle complicanze della malattia; il ripristino della forza muscolare attraverso gli esercizi, da effettuare il più frequentemente possibile anche per brevi lassi di tempo; l'esecuzione dei passaggi posturali (da supino a seduto, e viceversa; rotolamenti; corretti posizionamenti per il comfort; raggiungimento dell'ortostatismo) e della deambulazione. Ma, soprattutto, l'apprendimento delle attività di vita quotidiana più utili per la persona al fine di

garantirle un certo grado di autonomia (Okamura, 2011).

Esercizi terapeutici, eseguiti cautamente e a tolleranza del dolore, l'apprendimento di attività funzionali, la rieducazione posturale possono giovare, anche per prevenire i rischi dati dall'immobilità e incrementare il range articolare e il trofismo muscolare (The British Pain Society, 2010).

Parlando nello specifico del dolore, in oncologia, per decenni e fino agli anni '90, si è preferito, come unico strumento terapeutico, il ricorso ai farmaci, mentre la fisioterapia ha rivestito un ruolo molto marginale (Rashleigh, 1996). Alla luce della situazione attuale, la disciplina, pur non ricevendo ancora una degna attenzione e considerazione in tutte le strutture sanitarie, sembra aver ottenuto il riconoscimento che le spetta.

Il ruolo educativo, preventivo e supportivo della riabilitazione, insieme all'applicazione di strategie prettamente pratiche e manuali, può essere utile anche in un malato oncologico allo stadio avanzato e in ambiente hospice. Una delle priorità è il controllo del dolore e la liberazione dalla sofferenza, e a tal fine l'iter terapeutico si comporrà di tappe fra loro legate e sequenziali.

Dopo una iniziale ed opportuna valutazione

funzionale, comprensiva di un'anamnesi preliminare accurata, si rende necessaria una quantificazione dell'intensità del sintomo. A tale scopo, vengono fornite le scale di valutazione, che misurano l'entità del dolore. Le più utilizzate, per la loro estrema semplicità e dimestichezza, sono la Numeric Rating Scale in 11 punti e la centesimale Visual Analogic Scale. (vedi fig.1)

Trova frequente riscontro anche la Verbal Rating Scale a 4 o 5 item, in cui è richiesto al paziente di determinare, verbalmente, l'entità del dolore avvertito (da "assente" a "molto grave"). Il dolore dovrebbe essere valutato prima che inizi il programma terapeutico, e poi regolarmente, anche per registrare i progressi raggiunti (Accorsi e Zanna, 2014).

La fase successiva coinciderà con l'intervento terapeutico vero e proprio. Il dolore è fra le componenti caratterizzanti il malato in oncologia, tale da pregiudicare la sua motricità e l'esecuzione efficace di attività

funzionali; richiede, dunque, una grande attenzione.

Il dolore di tipo neurologico è frequentemente riscontrato, e a sua volta si può suddividere in dolore: causato dalla compressione della corda midollare, con perdita di efficienza sensitivo-motoria ed autonomia; radicolare, per coinvolgimento del nervo; indotto dal movimento: resistente al trattamento farmacologico, si scatena quando una postura o un movimento causano una compressione del nervo periferico. In tal caso, anche semplici attività quotidiane come camminare, sedersi, assumere posizioni differenti, tossire possono risultare difficoltose o impossibili (Rashleigh, 1996).

Ancor più diffuso è il dolore osseo, da metastasi o per impiego di farmaci steroidei anti-infiammatori, ed è tale da pregiudicare la funzione motoria e determinare un maggior rischio di fratture. Il dolore da linfedema (quindi, per ristagno di liquido linfatico) può, anch'esso, risultare debilitante per il paziente, in molti casi particolarmente



**Figura 1** - Numeric Rating Scale. Una scala numerica in 11 punti (da 0 a 10 compresi). Il valore 0 corrisponde a "nessun dolore", il range di valori da 1 a 3 esprime un dolore lieve; seguono "moderato" (valori da 4 a 6) e "severo" (da 7 a 10, il massimo dolore percepibile).

intenso (Rashleigh, 1996).

In una neoplasia della mammella, il dolore è frequente e può essere causato dall'intervento chirurgico (alla scapola, al braccio, al livello della parete toracica e dell'articolazione scapolo-omerale). Successivamente alla mastectomia o un'asportazione linfonodale, inoltre, possono sopraggiungere una limitazione articolare della spalla e linfedema. Le modalità di azione principali saranno il recupero della mobilità articolare attraverso gli esercizi, un corretto posizionamento del braccio e il drenaggio linfatico manuale con tutore elastocompressivo.

A una neoplasia che coinvolge i tessuti molli, spesso si accompagna l'amputazione, quindi è necessario il trattamento del moncone per permettere all'invaso in progettazione di accoglierlo. Linfodrenaggio, massaggio di sfioramento, bendaggi saranno, inoltre, molto utili per la regressione dell'edema.

Per le neoplasie del distretto cervico-facciale, si potrà procedere con la respirazione, gli esercizi del cingolo scapolare, stretching, pompaggio, massaggio, terapie fisiche come laser o magnetoterapie per evitare dolori cronici.

Per le neoplasie polmonari, andrà studiato il tipo di respirazione, la validità del meccanismo che produce la tosse, le secrezioni, eventuali dismorfismi e posture scorrette. Presa di coscienza del respiro, apprendi-

mento delle tecniche corrette di respirazione saranno fondamentali per controllare il dolore, favorire la mobilitazione del secreto dalle vie aeree, migliorare la ventilazione polmonare evitando le complicanze. Si proseguirà con incentivatori respiratori, esercizi per gli arti, tosse assistita.

Nelle neoplasie del sistema nervoso, spesso a prognosi infausta, si richiede, comunque, un approccio che garantisca il miglioramento della qualità di vita e la riduzione delle disabilità. Potranno sopraggiungere disturbi motori (plegia), ma anche disturbi del linguaggio, della memoria; in caso di compressione midollare, anche dolore locale, deficit motori e sensitivi di vario tipo, in entità variabile al variare del livello della lesione. Le strategie non sono dissimili da quelle utilizzate per altre sindromi neurologiche: quindi, si farà ricorso ad esercizi passivi, attivi assistiti e propriocettivi, facilitazioni neuromuscolari, terapie fisiche, eventualmente ausili (deambulatori, carrozzina) (Bonadonna, Robustelli della Cuna e Valagussa, 2007).

La riabilitazione fisioterapica per il dolore in Oncologia ha dato prova di poter assumere un ruolo importante per prevenire complicanze, iatrogene o legate all'immobilità, per il miglioramento del benessere e il recupero o l'acquisizione di un nuovo equilibrio psico-fisico e della qualità di vita.

## Bibliografia

- Okamura H. Importance of rehabilitation in cancer treatment and palliative medicine. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 2011;41(6): 733-738.
- Association of Chartered Physiotherapists in Palliative Oncology. *Guidelines for Good Practice*. London: Chartered Society of Physiotherapy, 1993.
- Rashleigh L. Physiotherapy in palliative oncology. *Australian Physiotherapy*, 1996; 42(4): 307-312.
- Bonadonna G., Robustelli della Cuna G. e Valagussa P. Il problema cancro, il paziente neoplastico e la Medicina Oncologica. In Bonadonna G., Robustelli della Cuna G. e Valagussa P. *Medicina Oncologica*, VIII edizione, Elsevier, Milano, 2007: pp. 51-53.

## Sitografia

- The British Pain Society: *Cancer pain management*, 2010 [Disponibile su: [http://www.britishpainsociety.org/book\\_cancer\\_pain.pdf](http://www.britishpainsociety.org/book_cancer_pain.pdf). Ultima modifica: Gennaio 2013].
- Accorsi D. e Zanna B.: *La valutazione del dolore oncologico su paziente adulto e pediatrico*. Centro studi EBN [Disponibile su: [http://www.evidencebasednursing.it/revisioni/lavoriCS/00\\_2\\_C\\_oncol.pdf](http://www.evidencebasednursing.it/revisioni/lavoriCS/00_2_C_oncol.pdf). Ultimo accesso: 7 Novembre 2014].

# Calendario eventi

- ▶ **7TH IASP® WORLD CONGRESS ON PAIN**  
12 -16 settembre 2018 - Boston  
[www.iasp-pain.org/Boston](http://www.iasp-pain.org/Boston)
- ▶ **12° CORSO REGIONALE DI TERAPIA DEL DOLORE  
IL DOLORE NEL PAZIENTE ONCOLOGICO**  
14 -15 settembre 2018 - Cagliari  
[segreteria@aservicestudio.com](mailto:segreteria@aservicestudio.com)
- ▶ **OBIETTIVI CLINICI NELLA CURA  
DEL DOLORE CRONICO CON OPIOIDI**  
15 settembre 2018 - Roma  
[eventi@moremore.it](mailto:eventi@moremore.it)
- ▶ **VIII CORSO DI ALTA FORMAZIONE IN TERAPIA  
DEL DOLORE DELL'ANZIANO**  
27-29 settembre 2018, Napoli  
[www.partenos.it](http://www.partenos.it)
- ▶ **LA MEDICINA DEL DOLORE NELLE ALGIE  
CRONICHE**  
29 settembre 2018  
(Corso in più giornate, ultimo incontro:  
15 dicembre 2018) Roma  
[www.smorrl.it](http://www.smorrl.it)
- ▶ **IL DOLORE CRONICO NON  
ONCOLOGICO DELL'ANZIANO**  
13 ottobre 2018 - Roma  
[www.zeroseicongressi.it](http://www.zeroseicongressi.it)
- ▶ **TERAPIA DEL DOLORE NEUROPATICO**  
26 ottobre 2018 - Verona, Policlinico G.B. Rossi  
[www.executivecongress.it](http://www.executivecongress.it)
- ▶ **XXV CONGRESSO SICP**  
15 -17 novembre 2018 - Riccione  
[www.sicp.it](http://www.sicp.it)
- ▶ **THE WORLD INSTITUTE OF PAIN ANNUAL  
INTERVENTIONAL PAIN CONFERENCE**  
15 -17 febbraio 2019 - Miami  
[wip.agoria.co.uk](http://wip.agoria.co.uk)
- ▶ **PAIN IN EUROPE XI: EFIC CONGRESS 2019**  
4 -7 settembre 2019 - Valencia  
[www.europeanpainfederation.eu](http://www.europeanpainfederation.eu)
- ▶ **WORLD INSTITUTE OF PAIN 10TH  
WORLD CONGRESS**  
20 -23 maggio 2020 - Roma  
[wip.agoria.co.uk](http://wip.agoria.co.uk)

SAVE THE DATE



**PAIN IN EUROPE XI**  
BRINGING THE FUTURE TO  
THE PRESENT



**11<sup>TH</sup> CONGRESS OF THE EUROPEAN  
PAIN FEDERATION EFIC®**  
4-7 SEPTEMBER 2019  
VALENCIA, SPAIN

AISS Focus Day #7

# Corso sul dolore cronico non oncologico dell'anziano

Roma, 13 ottobre 2018

Le proiezioni epidemiologiche dell'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS) descrivono un trend d'incremento al 2030 della popolazione anziana e grande anziana segnalando la necessità, ormai impellente, di un adeguamento delle politiche sanitarie per fornire risposte adeguate a questo scenario. In tale contesto generale emerge il dato del Global Burden of Disease (GBD-OMS) che indica il dolore come prima causa mondiale di consultazione medica; quanto sopra va, infine, correlato con la letteratura internazionale che posiziona la popolazione anziana, talora in maniera inattesa, tra quelle che maggiormente utilizzano analgesici in maniera continuativa e per periodi uguali o superiori ai sei mesi.

E' noto che l'espressione fenotipica del dolore nell'anziano è in influenzata da

molteplici fattori quali le comorbidità (osteoartrosi, diabete, ipertensione, cardiopatia, depressione, deterioramento cognitivo in vario grado), da variazioni della "competenza biologica" (metabolismo ed eliminazione dei farmaci, funzionalità specifica degli organi emuntori, sarcopenia et al) e /o della cosiddetta riserva cognitiva (fenomeno in aumento esponenziale). Altrettanto note sono le ricadute in termini di scadimento della quotidianità e della Qualità della vita che un dolore cronico, non orientato secondo l'appropriatezza e/o non ben gestito, può determinare o contribuire a peggiorare.

Alla luce di quanto sopra esposto, la strutturazione di un protocollo di terapia del dolore in questa particolare categoria di pazienti (e nelle sue ulteriori espressioni quali quelle del grande anziano e dell'anziano fragile) risulta di particolare difficoltà dovendo coniugare,

**Con il patrocinio di:**

**In associazione con:**

**N° 5 crediti ECM**

**Corso AISS FOCUS DAY # 7**  
in associazione con  
Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini

**La gestione del dolore cronico non oncologico dell'anziano: status quo, criticità e prospettive**

**Direttore Scientifico:**  
**Prof. Maurizio Evangelista**

**Roma, 13 ottobre 2018**

in un quadro precario o comunque delicato di per sé, una serie di esigenze non sempre, e non solo, di carattere meramente biologico.

Il Focus Day #7, partendo dalla descrizione essenziale delle tipicità precipue dell'età anziana, si propone, pertanto, di:

- esaminare lo status quo identificando le specificità, le esigenze disattese e le relative priorità
- analizzare le molecole più appropriate per efficacia, sicurezza e tollerabilità (sulla base delle evidenze e delle linee guida internazionali) descrivendo, per ognuna di esse, le posologie, le interazioni, le vie di somministrazione e le modalità più idonee e compatibili con le comorbidi-tà e le relative politerapie.

Indicare il metodo di strutturazione e gestione di un protocollo multimodale, "mechanism oriented", "patient centered", realmente applicabile ed orientato, piuttosto che all'analgesia totale, al realistico obiettivo di un miglioramento globale della Qualità della vita.

Anche in questo Focus Day l'obiettivo sarà quello di evidenziare, ma soprattutto sviluppare e rinforzare, la dottrina della

inter e multidisciplinarietà come strumento per la migliore gestione possibile di un quadro quale quello di odierna trattazione, paradigma di condizione ad alta complessità bio-psico-sociale.

**Maurizio Evangelista**

Direttore scientifico AISD Focus Day

Provider e agenzia organizzativa:

**Zeroseicongressi Roma**

Provider ECM n° 1194

tel. 068416681 - E-mail: [info@zeroseicongressi.it](mailto:info@zeroseicongressi.it)

- Per iscriversi:  
[www.zeroseicongressi.it](http://www.zeroseicongressi.it) (sezione eventi)

Sede del corso:

Roma presso la Casa Bonus Pastor, via Aurelia 208.

- Il corso è accreditato per:  
Medico Chirurgo (Geriatrica, Medicina Fisica e Riabilitazione, Neurologia, Reumatologia, Chirurgia Generale, Ortopedia e Traumatologia, Anestesia e Rianimazione, MMG) Fisioterapista ed Infermiere.

- Corso patrocinato da **AISD** e organizzato in associazione con l'A.O. San Camillo Forlanini di Roma.

[www.facebook.com/MedicinaDolore/](http://www.facebook.com/MedicinaDolore/)



## Message from the European Pain Federation President-Elect Brona Fullen

I am delighted to have been nominated to serve as President-Elect of EFIC as I strongly believe in the Association's Vision and Mission. For those of you who do not know me I am a chartered Physiotherapist from Ireland. I hold an academic position in University College Dublin where my research area of interest lies in the multidisciplinary assessment and rehabilitation of patients with chronic pain. I was the first physiotherapist to serve as President of the Irish Pain Society and have contributed to the EFIC Executive Board both as a member-at-large (2015-17) and as Hon. Secretary (2017-current).

The vision I have for my presidency of EFIC, looking inwards, looking outwards, and looking to the future, builds on the success of all previous Presidents, whilst preparing for the future. Looking inwards at EFIC the addition of new highly qualified staff has significantly enhanced our profile as well as progressing the Federation's strategic plan. I look forward to advancing and developing these initiatives. When I think about looking outwards from EFIC I am considering our membership – the richness and diver-



sity present in those we have currently, and those we ought to be targeting as future members (e.g. General Practitioners). For current grass roots members we need to further engage and empower them so that they feel there is a value in being part of EFIC.

While I am sure this is being done on a local level already, we need to maximise our efforts in increasing awareness of what we as a Federation do. There is much that sets EFIC apart...at the heart of which is the multidisciplinary membership. Therefore the educational content of national and international meetings needs to reflect this diversity to promote both growth and interest in EFIC.

Ultimately this will strengthen our brand across Europe. Looking to the future – I believe in beginning with the end in mind. We are preparing the next generation of healthcare workers and researchers, and that it is not simply about learning within the four walls of a classroom or congress – it's about contributing to organisational and institutional changes in health services across Europe. They are going to inherit the major healthcare issue

that pain is, and we have an opportunity to shape it through our online education platform, our Pain Schools that I would like to expand to include other disciplines, and through our Congresses. I haven't mentioned the patient yet, but of course they are at the core of all we do. Continuing public and patient involvement through engagement with patient support groups as well as our work in the European Parliament is

essential. These are just some thoughts that will evolve before my term as President begins I have much to offer in helping EFIC remain a vibrant, flexible, outward looking and responsible Federation that remains financially sustainable and well governed. I look forward to meeting and working with you in the coming years.



La Prof.ssa **Caterina Aurilio**,  
*Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli"*

è il nuovo Consigliere della European Pain Federation (EFIC),  
in sostituzione del prof. Stefano Coaccioli,  
che ha assunto l'incarico di Presidente AISD.

Auguri di buon lavoro a Caterina  
dal Direttivo AISD!





## BACHECA SOCI

### Online le relazioni del Congresso AISD 2018

Saranno man mano disponibili online le relazioni del Congresso AISD 2018 (dei relatori che hanno autorizzato la registrazione), corredate dalle diapositive.

Visita il sito [www.aisd.it](http://www.aisd.it) per aggiornamenti



### Corso FAD "Cefalee: diagnosi e terapia"

Il corso è promosso dalla SISC, Società Italiana per lo Studio delle Cefalee, che ha messo a disposizione gratuitamente un certo numero di accessi ai soci AISD in regola con la quota associativa.



### LA TUA FORMAZIONE AL CUBO



Letscom E3 Srl | Provider ECM Nazionale ID 5452  
Via della Bufalotta, 374 - presso TecnoCenter Talenti | Roma  
Phone +39 06.91502790 | Fax +39 06.62209027 | Email [segreteria@letscome3.it](mailto:segreteria@letscome3.it)



dal 1976 impegnata nello studio  
e nella cura del dolore

[www.aisd.it](http://www.aisd.it) ●●●

## *Ci sono 6 buoni motivi per diventare socio AISD*

- 1 Essere sempre informati sulle ultime ricerche nel campo della terapia del dolore*
- 2 Essere sempre informati su tutte le iniziative riguardanti la terapia del dolore, a livello nazionale ed internazionale*
- 3 Partecipare attivamente alle attività dell'associazione per il progresso della terapia del dolore*
- 4 Avere un sito di riferimento dove poter scambiare liberamente informazioni con altri soci*
- 5 Avere l'iscrizione al Congresso con quota agevolata*
- 6 Consultare gratuitamente online "l'European Journal of Pain"*

### **Come iscriversi** ●●●

1. Collegati al sito [www.aisd.it](http://www.aisd.it) e vai alla pagina "diventa socio"
2. Riempi il modulo di iscrizione online
3. La quota annuale è di (50,00 € per medici, psicologi, farmacisti e 25,00 € per infermieri e fisioterapisti) può essere versata sul seguente conto bancario:  
**BANCA DI CREDITO COOPERATIVO DI ROMA - IBAN: IT 44 J 08327 03239 0000 0000 2154**  
Intestato a: Associazione Italiana per lo studio del dolore (AISD) indicando nella causale: quota iscrizione anno... oppure puoi pagare tramite **PayPal** con accesso dal sito [www.aisd.it](http://www.aisd.it)
4. Spedisci la ricevuta di pagamento tramite e-mail a: [segreteria@aisd.it](mailto:segreteria@aisd.it)