



DOLORE



AGGIORNAMENTI CLINICI

Organo ufficiale della Associazione Italiana per lo Studio del Dolore





SETTEMBRE
10-12 **SAVE** **2020**
THE
DATE

R O M A

43.

CONGRESSO
NAZIONALE
AISD

**HOTEL ROMA
AURELIA ANTICA**

Via degli Aldobrandeschi, 223

**SEGRETERIA
SCIENTIFICA**



Associazione
Italiana per lo studio
del dolore onlus

Per il programma
scientifico dettagliato
www.aisd.it

**SEGRETERIA
ORGANIZZATIVA
E PROVIDER**

 **PLANNING**

Planning Congressi Srl
Via Guelfa, 9, 40138 Bologna
Tel. +39 051 300100 int. 160
Fax +39 051 309477
r.cantelli@planning.it

Per inviare abstract
e iscriversi
www.planning.it



DOLORE



AGGIORNAMENTI CLINICI

Organo ufficiale dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore

IN QUESTO NUMERO

- 5 #pain #painrelief #opioid
Giustino Varrassi
- 7 Perché si sviluppa dolore cronico?
Un aggiornamento dal gruppo di lavoro DOLORisk
Lorenza Saini
- 9 Infermiere di famiglia, cronicità e dolore
Lorenza Saini
- 14 **DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA**
Prevenzione, diagnosi e gestione dei disturbi
da prescrizione degli oppioidi.
*Consenso e dissenso tra algologi ed esperti
in tossicodipendenze*
Giustino Varrassi
- 16 Il fenomeno sommerso dell'uso di alte dosi
di benzodiazepine
Fabio Lugoboni
- 18 Come gestire al meglio la terapia
anticoagulante/antiaggregante durante
le procedure antalgiche interventistiche
Filomena Puntillo
- CORSI CONVEGNI CONGRESSI**
- 19 **FOCUS DAY NAZIONALE #11**
Dolore, osteoporosi e qualità della vita: la necessità
di una sinergia inter emultidisciplinare per un
paradigma di sanità pubblica
Maurizio Evangelista
- 22 Il dolore neuropatico: dalla fisiopatologia
al trattamento
Stefano Tamburin e Marcello Romano



Associazione Italiana per lo Studio del Dolore AISD

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

Consiglio Direttivo AISD 2018-2020

Presidente
Stefano Coaccioli

Past President
Enrico Polati

Presidente eletto 2020-2022
Maria Caterina Pace

Vice-Presidente
Gabriele Finco

Segretario
Maurizio Evangelista

Tesoriere
Vittorio Schweiger

Consiglieri
Nicola Luxardo
Giuseppe Nocentini
Antonella Paladini
Filomena Puntillo
Stefano Tamburin

Direttore responsabile
Giustino Varrassi

Coordinamento editoriale
Lorenza Saini

Grafica e impaginazione
a cura di 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.

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 2019/2020

Online il 18 marzo 2020





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

#pain #painrelief #opioid

What an 1890s opioid epidemic can teach us about ending addiction today

Ho letto con grande interesse l'articolo pubblicato dal Dr. Aider J. Warraich (What an 1890s opioid epidemic can teach us about ending addiction today)*. Ha completamente ragione nelle sue conclusioni correlate all'etica dei medici e a una maggiore attenzione alle attività di FDA. Tuttavia, alcune precisazioni sono indispensabili.

Per cominciare, il titolo del suo articolo è confondente. Le ragioni dell'esplosione della "crisi degli oppioidi" di oltre un secolo fa negli USA sono molto più complesse di quanto lui faccia intendere. Solo per citarne alcune, l'enorme immigrazione del 19° secolo dalla Cina verso gli USA era stata accompagnata dall'importazione e la diffusione delle fumerie di oppio, già molto diffuse in Cina. Inoltre, la Bayer sempre in quel secolo, aveva introdotto nel mercato la sua "eroina" non come analgesico ma come sciroppo contro la tosse, specialmente per i bambini. Quindi, la prima frase dell'articolo ("Nel 1890, il dolore cronico era rampante in America") è storicamente non giusta. A quel tempo le persone soffrivano e morivano con il dolore, senza alcun supporto medico. La medicina era più interessata alla soprav-

vivenza che al trattamento del dolore. La cultura medica focalizzata al trattamento del dolore è arrivata 80 anni dopo. Non dovremmo mai dimenticare che questo ha rappresentato un importante passo avanti per la Medicina ma soprattutto per i pazienti. Una maggiore attenzione al dolore dei malati ha migliorato la loro qualità di vita e, in sostanza, ha incrementato l'aspettativa di vita.

L'enorme (illegale) diffusione del fentanyl e di molte altre droghe da Cina, India, Colombia, ecc. verso gli USA e il resto del mondo è illegale per definizione. Come tale andrebbe considerata e trattata. Questo non ha nulla a che vedere con la prescrizione degli oppioidi per scopi terapeutici. Sembra più legata a comportamenti sociali e a "necessità" delle nuove generazioni. Nella mia opinione, ogni lettore può osservare i comportamenti patologici di molti adolescenti che bevono litri di alcol, e distruggono la loro vita. Questo nella maggior parte dei casi è legale, è fatto sotto i nostri occhi e può ucciderli. Vogliamo per questo abolire i produttori di birra, vino e alcolici? Forse potrebbe essere molto più



43° CONGRESSO NAZIONALE AISD

ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LO STUDIO DEL DOLORE

CALL FOR ABSTRACT

SCADENZA INVIO 30 MAGGIO 2020



produttivo trovare la via per prevenire che gli adolescenti uccidano il loro cervello abusando di alcol e altre sostanze.

L'articolo non menziona le differenze che esistono fra USA e altri paesi dove le regole per la loro prescrizione e il loro uso sono molto più chiare e stringenti. Che si voglia o no, in Europa le regole sono molto più chiare, almeno finora. A parte altre motivazioni di marketing a business, questa sembra una ragione molto importante nel prevenire la crisi descritta nell'articolo.

Quindi, apprezzo davvero l'articolo del Dr. Warraich e condivido le sue raccoman-

dazioni che suggerirei di implementare anche nelle nostre realtà, traendo vantaggi dagli errori degli altri. Allo stesso tempo, ribadisco il diritto dei malati sofferenti che abbisognano di cure e non devono essere obbligati a vivere con il dolore solo perché la società non è in grado di trovare una soluzione a comportamenti illegali, sia dei medici, che delle istituzioni regolatorie, ma ancor più della società in generale.

Giustino Varrassi

* <https://www.statnews.com>

Posticipato al 26-29 AGOSTO 2020



10th World Congress of the World Institute of Pain (WIP)
•••Rome, May 20-23, 2020

wip.agoria.co.uk

■ SAVE THE DATES

Dear Prospective World Congress Attendee,
Planning is underway for the World Institute of Pain (WIP) 10th World Congress to be held in Rome, Italy. Save the dates of May 20th-23rd 2020 and plan to join us for the preminent summit on pain medicine!
Please follow the link to sign up for updates on our World Congress planning efforts and to voice your opinion about topics of interest to you: www.wip2020.org. Our Scientific Program Committee wants to hear from you!
By signing up to receive updates, you will receive first notification about program content, abstract submission, early registration and more!



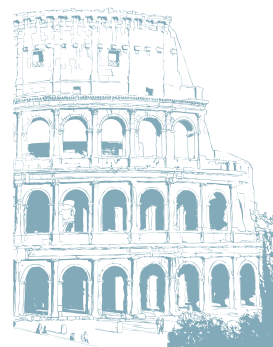
Congress President:
Giustino Varrassi

• Scientific Program Committee (SPC) • Local Organizing Committee (LOC)

Chair: Craig Hartrick
Co-Chair: Anthony Dickenson
Components: Aaron Calodney
Marshall Devor
Fabricio Dias Assis
Serdar Erdine
Michael Gofeld
Amit Gulati
Dominic Hegarty
Bert Joosten
Gabor Racz
James Rathmell
Richard Rauck
Ricardo Ruiz Lopez
Peter Staats
Milan Stojanovic
Athina Vadalouca
Maarten van Kleef
Jan Van Zundert
Giustino Varrassi
Kris Vissers

Chair: Giustino Varrassi
Components: Caterina Aurilio
(EFIC Councilor)
Stefano Coaccioli
(President of AISD – IASP Chapter)
Gianni Colini Baldeschi
Pasquale De Negri
Fabrizio Micheli
Antonella Paladini
Lorenzo Pasquariello

Organizing Secretariat:
WIP Headquarter
<http://wip.agoria.co.uk>



CME Provider and Local Services:
More & More
<http://www.moremore.it>

www.worldinstituteofpain.org

VENUE

The Rome Marriott Park Hotel
Via Colonnello Tommaso Masala, 54
00148 Rome - Italy - Tel. +39 06 658821
www.romemariottpark.com



Perché si sviluppa dolore cronico?

Un aggiornamento dal gruppo di lavoro DOLORisk

Il progetto DOLORisk è uno studio condotto in nove Paesi europei che studia i diversi fattori che influenzano il rischio di sviluppare dolore neuropatico cronico.

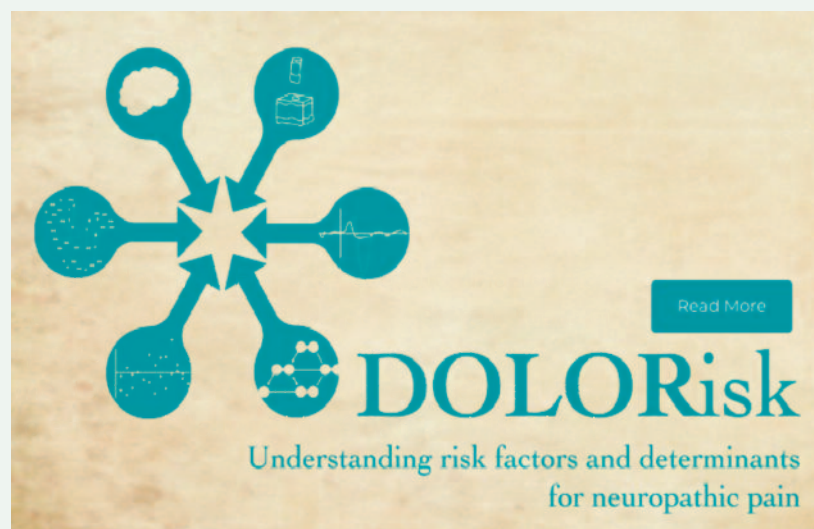
«Se si riuscisse a capire perché alcune persone soffrono di dolore neuropatico e altre no, potremmo rivelare i meccanismi suscettibili ai trattamenti» così spiega il professor David Bennett, neurologo, Università di Oxford, coordinatore dello studio, nell'articolo pubblicato a gennaio su Horizon.magazine.eu «Il dolore neuropatico è un problema diffuso, che probabilmente vedremo aumentare con l'invecchiamento della popolazione. Non solo i nostri nervi diventano più soggetti a danni con l'età, ma possono essere danneggiati dal diabete o dagli effetti collaterali della chemioterapia».

Lo studio ha reclutato oltre 10.000 pazienti con dolore neuropatico, la più grande coorte mai raccolta. La sua dimensione offre ai ricercatori la possibilità statistica di esaminare fattori che vanno da classe sociale e genere a genetica e psicologia.

Lo studio è ancora in corso, ma sono già state trovate alcune associazioni, tra cui variazioni genetiche (che possono cambiare il modo in cui funzionano i nervi sensoriali) e fattori psicologici. Anche se si è ancora agli inizi, secondo il prof. Bennett i dati finora raccolti indicano che se si ha un disturbo dell'umore preesistente è più probabile che si sviluppi dolore neuropatico, alcuni dei fat-

tori di rischio che si stanno cercando sono comuni in varie condizioni di sofferenza e la sua percezione è che saranno incluse alcune variabili psicologiche.

«Il dolore è qualcosa che senti nel cervello», spiega il professor Patrik Ernfors del Karolinska Institutet in Svezia, coordinatore del progetto PainCells. «Vogliamo capire che tipo di cellule sono coinvolte nell'innescare il dolore. Abbiamo già scoperto un nuovo tipo di cellula, che in precedenza si pensava fosse coinvolta solo come cellula di supporto del sistema nervoso. Abbiamo osservato queste cellule dall'aspetto strano, che non erano state descritte in precedenza. Formano una rete a maglie nella pelle e siamo rimasti incuriositi dal modo in cui queste cellule appaiono».



pelle, si attivano le cellule di supporto. Queste cellule attivate hanno quindi inviato un segnale attraverso i nervi - dimostrando che sono collegate direttamente - innescando il dolore. È stato fatto anche il contrario: togliendo la luce a queste cellule, si è ridotta la sensibilità al dolore. La rete di cellule della pelle costituisce un intero organo progettato per la nocicezione, che è la risposta a irritazioni dannose. Un sistema di cellule come questo, nella pelle, è noto da 150 anni per le sensazioni non dolorose, come il tatto e la pressione. Ma durante tutti questi anni, il dolore è stato ritenuto un caso speciale, perché non parte da un organo nervoso sensoriale. Le nostre scoperte ora dimostrano che esiste un organo periferico sensoriale per il dolore e contribuisce attivamente alla sensazione del dolore, spiega il prof. Ernfors.

È qualcosa di concettualmente nuovo e potrebbe spiegare perché molti composti non hanno funzionato negli studi clinici. Se possiamo dimostrare che sono coinvolti nel dolore cronico, si apriranno nuove possibilità per i trattamenti.

Il progetto mira a creare una mappa di tutte le cellule coinvolte nei disturbi del dolore cronico, una cellula alla volta. Usando i topi geneticamente modificati, il team del prof. Ernfors ha sviluppato un sistema per cui i nervi attivi "brillano", emettono una luce e possono essere visti al microscopio.

Ciò significa che possono essere analizzate singolarmente singole celle. Si può capire

esattamente quali geni sono attivi in ogni cellula e identificare tipi di cellule simili.

Il prof. Ernfors sta ora lavorando per confrontare la mappa dei topi con quella creata usando tessuti di scimmie. Ciò contribuirà a capire quanto questi risultati potranno essere strettamente correlati agli esseri umani.

È importante comprendere le basi cellulari del dolore perché se si sa quali cellule sono coinvolte in quale disturbo, allora si conosce anche la composizione molecolare di quella cellula. Si può utilizzare questa conoscenza per una strategia per trattare quel dolore.

I trattamenti esistenti non sono efficaci come vorremmo, sottolinea Bennett. Dobbiamo spesso somministrare un farmaco a sette o a otto pazienti perché si possa vedere un beneficio significativo su di un paziente. Si segue un approccio "empirico": si testano i diversi trattamenti per vedere cosa funziona. Per il paziente cosa significa?

Che fino a quando non si trovano i farmaci giusti, non solo il dolore sarà ancora un problema, ma dovrà confrontarsi con gli effetti collaterali dei farmaci. La speranza è che la ricerca contribuisca a far sì che le opzioni terapeutiche siano più razionali e mirate: dare il farmaco giusto ai pazienti giusti che hanno maggiori probabilità di rispondere nel modo giusto.

Traduzione e sintesi a cura di Lorenza Saini dall'articolo "Why do people develop chronic pain?" Horizon.magazine.eu

I progetti di Horizon 2020 sul dolore

Nell'ambito del programma di Horizon 2020, per la ricerca e l'innovazione dell'UE, alcuni progetti sono dedicati al trattamento per il dolore cronico.

Nanohedonism, un progetto finanziato dal Consiglio europeo della ricerca (CER) che lavora sulle nanotecnologie; NGN-PET, un progetto che lavora sulle migliori opzioni di trattamento per il dolore neuropatico incentrate sulle co-culture neurone-glia; e il progetto TargetCaRe, sulla rigenerazione della cartilagine come possibile trattamento per la lombalgia cronica e l'artrosi.



Infermiere di famiglia, cronicità e dolore



Il Patto per la Salute siglato con le Regioni il 18 dicembre scorso prevede che accanto ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta e agli specialisti ambulatoriali e ai farmacisti ci sia "l'assistenza infermieristica di famiglia/comunità, per garantire la completa presa in carico integrata delle persone". Questo per far fronte all'emergenza cronicità che cresce man mano che l'Italia invecchia, infatti è il secondo Paese più anziano dopo il Giappone dove già oggi l'Ocse certifica un

20% di "over 65". Gli studi demografici riferiti alla popolazione italiana degli ultimi decenni hanno messo in evidenza come siano in diminuzione i cittadini di età inferiore ai 65 anni, mentre siano in aumento quelli che superano tale soglia. A fronte di ciò, si è reso necessario dedicare maggiore attenzione e promuovere un investimento scientifico e clinico focalizzato sui bisogni peculiari di questi pazienti. Va tenuto conto, tra l'altro, che i mutamenti avvenuti a livello demografico

richiedono un adattamento dei servizi che tenga conto della diversa tipologia di utenza alla quale sono indirizzati.

Abbiamo quindi pensato di sentire il parere di chi già opera in una realtà multidisciplinare di assistenza a domicilio che prevede la presenza della figura dell'infermiere.

Ci siamo rivolti alla dottoressa Renata Marinello, geriatra, responsabile del Servizio di Ospedalizzazione a Domicilio dell'SCU Geriatria e MMO Città della Salute e della Scienza di Torino, e a Manuela Rebellato, infermiera, counsellor sistemico, che fa parte del servizio fin dalla sua prima attivazione, per ascoltare il loro parere e la loro esperienza.

«Contestualmente all'invecchiamento della popolazione è cresciuta l'esigenza di predisporre un servizio che tenesse conto delle fragilità specifiche dell'utenza anziana – ci spiega la dottoressa Marinello. In ambito geriatrico è noto che la prolungata degenza ospedaliera, la perdita dei punti di riferimento ambientali e relazionali, può associarsi, specie per i pazienti più fragili, ad un aumentato rischio di perdita dell'autonomia funzionale, scompensi psichici con episodi di delirium, una maggiore esposizione al rischio di complicanze iatrogene legate all'ambiente ospedaliero. Il Servizio di Ospedalizzazione a Domicilio nato nel 1985 presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Città della Salute e della Scienza S. Giovanni Battista di Torino (S.C. Geriatria e Malattie Metaboliche dell'Osso U., Dir. Prof. M. Bo), è rivolto in particolare ai pazienti anziani. È formato da un gruppo multidisciplinare composto da medici e infermieri professionali, vi collaborano inoltre una counsellor, un'assistente sociale e due fisioterapisti della Struttura Complessa di Geriatria. Quotidianamente l'équipe medico-infermieristica svolge le visite domiciliari, pianificate sulla base delle specifiche necessità del paziente.

Preliminarmente all'attivazione del servizio, viene valutata la presenza degli elementi indispensabili al trasferimento del paziente pres-

so la propria casa, in particolare attraverso l'applicazione di alcuni criteri. Le condizioni di ammissione sono: consenso informato da parte del paziente e dei familiari che se ne prenderanno cura; domicilio nell'area geografica di competenza del servizio; adeguatezza del supporto da parte dei familiari o dei caregivers; condizioni cliniche sufficientemente stabili. A livello burocratico, come stabilito dalla DGR piemontese del 16 marzo 2010**, gli assistiti risultano a tutti gli effetti ricoverati presso il reparto di degenza tradizionale, perciò l'ospedale è responsabile legalmente e finanziariamente della loro permanenza presso il servizio. Ciò comporta il diritto alla dotazione di farmaci, di strumenti e materiale sanitario, indispensabili ad un'assistenza adeguata e completa.

Presso l'abitazione del paziente viene inoltre lasciata una Cartella Clinica Geriatrica, nella quale si tiene traccia del percorso clinico e terapeutico, indispensabile data la turnazione dei medici. In caso di necessità il paziente e i suoi caregiver hanno a disposizione un numero di telefono sempre attivo in orario diurno, mentre per quanto riguarda la gestione delle emergenze notturne è stato stipulato un protocollo d'intesa con il Servizio di Emergenza Regionale 112, che pertanto interviene tenendo conto della condizione di ricovero del paziente.

La richiesta di attivazione del servizio può avvenire sia da parte dei medici dei reparti di degenza dell'Ospedale (dimissioni precoci protette) sia direttamente dal Pronto Soccorso all'interno dell'Ospedale o, in casi particolari, dal Medico di Medicina Generale che assiste la persona (spesso in alternativa all'invio in Pronto Soccorso).»

Quali sono i vantaggi per il paziente e per chi lo assiste?

Secondo Manuela Rebellato i vantaggi per il paziente e chi lo assiste sono molteplici:

Una delle peculiarità dell'Ospedalizzazione a

Domicilio è infatti la necessità di un approccio flessibile, che sappia modificarsi e adattarsi continuamente. L'équipe del servizio di OAD lavora in condizioni svariate, che richiedono un continuo adeguamento, sia a livello di organizzazione pratica sia di modalità di relazione con il paziente e la sua famiglia. Il fatto che il paziente venga curato in casa rende necessaria la costante disponibilità da parte dei famigliari che se ne occupano. Affinché la collaborazione tra l'équipe, il malato e i caregiver risulti proficua e funzionale è indispensabile stabilire una buona alleanza terapeutica, caratterizzata da fiducia e ascolto reciproci, possibile solo se vi è, da parte dei professionisti, una particolare sensibilità in questo senso. In tal maniera si rende possibile la costruzione della cornice di sicurezza indispensabile per chi riceve le cure e chi le presta e per fornire educazione terapeutica.

Questo tipo di impostazione rappresenta una positiva evoluzione da un approccio di stampo biomedico tradizionale ad un altro fondato su un modello "biopsicosociale" che tiene conto dei molteplici fattori interdipendenti e interagenti nelle situazioni di fragilità.

Pertanto l'équipe medico-infermieristica del servizio presta un impegno particolare anche ad aspetti sociali, relazionali e emotivi, connessi allo stato di malattia e che risultano fattori chiave per una buona azione di cura.

Il dolore nella persona anziana viene spesso sottostimato. Il dolore non trattato determina il peggioramento della qualità di vita dei pazienti e può causare: riduzione delle relazioni sociali, depressione, ansia, ipo/malnutrizione, disturbi del sonno, aumento della disabilità e conseguente maggiore ricorso ai servizi sanitari e sociali. La presenza di declino cognitivo risulta un fattore predittivo di scarso controllo del dolore soprattutto per la difficoltà di valutarne l'entità e per la diffusa convinzione che l'avanzamento dell'età determini una riduzione della sua percezione ed intensità. L'autovalutazione del dolore (self-report) è l'in-

dicatore più attendibile ma la sua applicazione non è possibile nelle persone con declino cognitivo in stadio moderato e avanzato di malattia.

La capacità quindi di attenta osservazione e di ascolto di chi si prende cura di esse e l'utilizzo di strumenti adeguati per la valutazione del dolore risultano fondamentali per gli operatori ed i familiari.

La figura dell'infermiere di famiglia può rappresentare un'ulteriore risposta al bisogno di tutela della fragilità sia degli anziani e disabili, ma anche di altre fasce della popolazione. Nel garantire la continuità assistenziale favorisce la permanenza al domicilio, con tutti i vantaggi che questo produce nella qualità della vita delle persone assistite e del Sistema Sanitario Nazionale.

Lorenza Saini

** A questo proposito la Deliberazione della Giunta Regionale Piemontese del 16 marzo 2010 (n.85-13580) definisce le modalità di applicazione e sviluppo delle attività di continuità assistenziale, specificatamente in riferimento alle forme di assistenza domiciliare, che diano la possibilità ai pazienti che necessitano di cure di tipo ospedaliero di poter essere assistiti presso la loro abitazione. Il testo chiarisce che "tali forme assistenziali sono state caratterizzate o dalla presa in carico del paziente a totale responsabilità dell'ospedale, o dalla presa in carico a cura dei servizi territoriali, quindi con la piena responsabilizzazione dei medici di medicina generale o dei pediatri di libera scelta ma con un'assistenza specialistica resa dalla struttura ospedaliera" (DGR 16 marzo 2010). I servizi di ospedalizzazione a domicilio nascono dunque con l'intento di fornire ai pazienti maggiormente vulnerabili, in particolare oncologici e geriatrici, la possibilità di ricevere cure ospedaliere quotidiane presso la propria abitazione in modo da ridurre i tempi di ricovero, limitando lo stress fisico e psicologico che una degenza prolungata può comportare e permettendo altresì un risparmio di risorse. La delibera specifica inoltre due requisiti fondamentali che consentono l'applicazione di tale forma di assistenza: il paziente, quand'anche stia affrontando una fase acuta della malattia, non deve essere così grave da necessitare un monitoraggio costante, "invasivo e/o intensivo", ed è indispensabile che vi siano condizioni abitative e risorse sociali sufficienti a garantire un'assistenza adeguata e continuativa.*

BANDO PER L'ASSEGNAZIONE DI 20 BORSE DI STUDIO

"UNDER 40"

PER LA PARTECIPAZIONE AL 43° CONGRESSO NAZIONALE AISD

10-12
SETTEMBRE
2020
ROMA



✓ **L'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore**

indice una selezione nazionale per l'attribuzione di 20 borse di studio finalizzate alla partecipazione al 43° Congresso Nazionale AISD 2020 di "under 40".
Le borse di studio sono del valore nominale di 500€ l'una e comprendono la quota di iscrizione al Congresso e due pernottamenti.
Il Congresso si svolgerà a Roma dal 10 al 12 settembre 2020, presso l'Hotel Roma Aurelia Antica.



✓ **Presentazione delle domande**

Le domande, corredate da un CV breve, compilato secondo il formato europeo, dovranno pervenire entro il 5 giugno 2020 all'indirizzo email: info@aisd.it.
Il premio verrà riconosciuto all'autore presentatore dell'abstract.
È possibile presentare un solo abstract per primo autore presentatore.
L'elenco dei premiati sarà reso noto entro il 5 luglio 2020. La selezione sarà curata dal Comitato scientifico del Congresso.

✓ **Requisiti per l'ammissione**

- Laurea in medicina e chirurgia e/o iscrizione a un corso di specializzazione.
- Laurea in farmacia • Laurea in psicologia • Laurea in medicina veterinaria
- Laurea in scienze infermieristiche • Laurea in fisioterapia
- Essere socio AISD in regola con la quota associativa (informazioni nel sito www.aisd.it).
- Presentazione di un abstract sulle tematiche suggerite (si veda il paragrafo Finalità) entro i tempi stabiliti (30 maggio 2020) nella piattaforma dedicata.

✓ **Finalità**

Sensibilizzare e formare i giovani medici interessati alla medicina del dolore offrendo l'opportunità di presentare sotto forma di abstract e/o comunicazione orale i risultati del proprio lavoro di ricerca. I temi su cui poter presentare gli abstract sono tutti quelli inerenti la ricerca clinica e di base sul dolore.

EFIC FELLOWSHIP OPEN CALL! WHAT IS IT AND HOW TO APPLY



The European Pain Federation EFIC Fellowship is an individual grant for medical doctors to support training in the diagnosis, treatment, and management of pain-related conditions. The training takes place for an agreed period of time in an approved center of excellence. [Following this link you can find the list of the Pain Centres selected by the European Pain Federation EFIC.](#) The purpose of the Fellowship is to allow the trainee to introduce the knowledge acquired during the training into their everyday clinical pain practice. It is expected that the applicant is already involved in the field of pain medicine, or has a clear pathway to becoming a specialist in pain medicine. The applicant must have been a member of a European Pain Federation EFIC Chapter for at least one year before applying. Each European Pain Federation EFIC Chapter can have a maximum of two grants approved annually; the maximum length of a Fellowship is 10 weeks.

Below the objectives and the knowledge to develop:

- the principles and elements of multimodal pain diagnosis and management and/or
- the indications and techniques of interventional pain management
- the clinical and basic research aspects of pain and/or
- the methods of undergraduate and/or postgraduate pain education

How to apply:

The deadline for the 2020 Fellowships is 31st March 2020. A maximum of four applicants per Chapter will be considered annually. The applicant is required to complete [the application form](#), provide a CV and an official letter of recommendation from his/her national Chapter. All documents must be sent to the European Pain Federation EFIC, Office: secretary@efic.org through the National Chapter administration.

For discovering more information and to learn more about the application's process, [you can find more information through our EFIC fellowship page](#)



ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LO STUDIO DEL DOLORE

**PREMI MIGLIORI
ABSTRACT**
43° Congresso Nazionale AISD

ROMA
10-12 SETTEMBRE 2020

43°
CONGRESSO
NAZIONALE
AISD

SCADENZA INVIO
ABSTRACT
30 maggio 2020

Prevenzione, diagnosi e gestione dei disturbi da prescrizione degli oppioidi

Consenso e dissenso tra algologi ed esperti in tossicodipendenze

I disturbi da oppioidi prescritti per scopi terapeutici hanno attratto l'attenzione di molti ricercatori, soprattutto nella prima parte di questo decennio. La recente pubblicazione su *J Addict Med* dell'articolo *Consensus and Controversies Between Pain and Addiction Experts on the Prevention, Diagnosis, and Management of Prescription Opioid Use Disorder* è esemplificativo di quanto si sta discutendo da tempo.

L'articolo rispecchia il lavoro iniziato nel 2015 da un Advisory Board (AB) organizzato ad hoc, che aveva lo scopo di stilare un documento di consenso e/o di controversie sulla diagnosi e il trattamento dei disturbi da oppioidi prescritti. Quell'AB era inizialmente composto da 14 terapisti del dolore e specialisti in tossicodipendenze, con differenti esperienze professionali e background culturali, provenienti da vari continenti. Ad essi, in una seconda riunione, si unirono ulteriori 22 esperti europei, con le stesse specialità mediche.

L'obiettivo principale di quell'AB era di comprendere se le problematiche delle tossicodipendenze da oppioidi prescritti per scopi terapeutici (Prescription Opioid Use Disorder – POUD) che si stavano vivendo negli USA, in Canada e in Australia fossero presenti anche in Europa. Chiarito quell'aspetto, il documento avrebbe dovuto evidenziare il consenso esi-

stente negli aspetti diagnostici del POUD e del suo trattamento, basandosi sulle esperienze dei componenti provenienti dai tre Paesi principalmente colpiti dal fenomeno. Nelle successive riunioni ed elaborazioni del documento furono anche messe in evidenza le controversie e chiarite le dichiarazioni su cui non si era raggiunto un consenso.

I punti chiave del documento

Alla fine di un lungo lavoro, con il supporto di un'agenzia che aveva organizzato tutti gli aspetti della ricerca scientifica, si stilò un documento i cui punti salienti erano:

- nonostante i diversi scopi delle due specialità mediche coinvolte, c'era in generale un alto consenso sulle definizioni della tematica e sulla necessità di guardare il problema con attenzione estrema.
- emerse il problema cruciale di una maggiore comunicazione fra le due specialità, per prevenire che alcuni pazienti a cui venivano prescritti oppioidi per il dolore potessero virare verso una chiara tossicodipendenza per mancata competenza specifica dei Terapisti del Dolore negli aspetti diagnostici e terapeutici.
- ci fu unanime consenso sulla necessità/indispensabilità di una maggiore formazione specifica e reciproca, così come di maggiore col-

laborazione per la diagnosi e la terapia in malati a rischio di tossicodipendenza.

Il consenso non fu raggiunto su punti interessanti quali:

- La necessità di una formazione studiata ad hoc per ogni singolo specialista,
- Il miglior uso da fare delle metodiche non farmacologiche, per il trattamento dei pazienti già in trattamento con oppioidi e con potenziali rischi di tossicodipendenza,
- La linea di demarcazione fra la necessità di trattamento con oppioidi per una buona analgesia e la comparsa di POUD; questo a dimostrazione della difficoltà diagnostica di una condizione clinica molto complessa.

Qualche riflessione, qualche domanda

Va sottolineato che il lavoro è stato pubblicato a distanza di 4 anni dall'avvio del gruppo di lavoro, e sicuramente mette in luce tutti i dettagli dell'ampio lavoro scientifico svolto, ma alcune riflessioni si impongono.

La cosiddetta "crisi degli oppioidi", che ha investito come uno tsunami soprattutto gli USA, è stato un fenomeno a rapidissima evoluzione. Essa è stata influenzata da vari fattori che meritano una trattazione ben diversa da quella proposta dai risultati della ricerca in questione. Non voglio sminuire la necessità di una attenta e prudente collaborazione fra "Algologi" e "Addittivologi" nel trattamento di pazienti con dolore cronico in cui si decida di iniziare la terapia cronica con oppioidi. Vorrei solo richiamare l'attenzione su fattori importantissimi, esterni all'approccio clinico, che hanno giocato, soprattutto negli USA, un ruolo cruciale nello scatenare il fenomeno che ora pare aver generato un drammatico effetto rebound. Infatti, sembra che al momento attuale negli USA un paziente con dolore, anche dolore da cancro, incontri molte difficoltà a ottenere che gli vengano prescritti oppioidi che, come tutti sanno, rappresentano l'uni-

ca classe di farmaci davvero "analgesici" a disposizione del clinico (e del malato con dolore). Dico "sembra" perché non sempre è facile capire, per noi Europei, cosa accada al di là dell'Atlantico. Per noi, ad esempio, sarebbe impossibile pensare che la famiglia di un malato a cui sono stati prescritti oppioidi e che, in modo mal dimostrato, è divenuto tossicodipendente per questo motivo, possa essere ricompensata con circa \$80.000.000 (ottanta milioni). Così come è incomprensibile che delle aziende farmaceutiche possano arrivare ad offrire quasi 100 miliardi di USD per uscire da tempeste legali che sono spesso campate sulle campagne stampa.

In sintesi, ho l'impressione che i fattori economici abbiano preso il sopravvento da tempo su quelli clinico-assistenziali e che, come spesso accade, a farne le spese siano i poveri malati e le loro famiglie, costrette ad assistere persone sofferenti, senza la possibilità di curarli con i farmaci necessari.

Quindi, ho la sensazione che il proposito di quella importante ricerca, che ha dato vita alla pubblicazione da cui si è partiti, oggi sia un po' obsoleto. Di fatto, in un clima come quello che si è appena accennato, parlare di collaborazione fra "Addittivologi" e "Algologi" potrebbe risultare come cercare di sentire il respiro di un bambino nel rumore di una tempesta in pieno oceano. Lo si sente solo se si è ben protetti, vicini e molto concentrati.

Giustino Varrassi

J Addict Med. 2019 Nov 15. doi: 10.1097/ADM.0000000000000577. [Epub ahead of print] Consensus and Controversies Between Pain and Addiction Experts on the Prevention, Diagnosis, and Management of Prescription Opioid Use Disorder. Kraus M, Lintzeris N, Bhaskar A, Alho H, Alon E, Bouhassira D, Haro G, D'Agnone O, Dematteis M, Kern KU, Maremmanni I, Perrot S, Sittl R, Pellicano K.

Il fenomeno sommerso dell'uso di alte dosi di benzodiazepine

Le benzodiazepine (BZD) sono da più di 50 anni dei veri "best seller". La chiave del loro duraturo successo è spiegabile non solo per la maneggevolezza e diffusione prescrittiva, ma anche per la loro potenzialità di dipendenza e tolleranza, motivo per cui il loro uso è stato raccomandato per un tempo molto limitato. Tali raccomandazioni sono state largamente disattese dai medici pratici, dagli enti di controllo governativi e, non va dimenticato, dai pazienti stessi. Non è facile ignorare i rapidi benefici che tali farmaci apportano con effetti collaterali così limitati. Una delle chiavi per comprendere l'enorme diffusione delle BZD sta nella loro sostanziale mancanza di tossicità acuta, veramente con pochi eguali. Allo stesso tempo, l'uso cronico comporta una serie di effetti collaterali rilevanti tra cui deterioramento cognitivo, incidenti stradali, cadute e dipendenza.

Uno degli ostacoli che ha impedito una corretta focalizzazione del problema della dipendenza dalle BZD è stata la tacita accettazione, da parte di medici e pazienti, dell'uso a lungo termine (ULT) delle BZD, fenomeno che coinvolge tra il 2 ed il 7.5 % della popolazione dei paesi ad alto sviluppo economico. Questo diffuso modo di pensare non ha preso in considerazione quanti stabilmente usano alte dosi (UAD) di BZD, relegandoli sbrigativamente al marginale mondo dei disturbi psichiatrici maggiori e dei tossicodipendenti. Questa visione è profondamente parziale. La tolleranza, nel caso delle BZD, ha alcune caratteristiche

peculiari rispetto altri farmaci d'abuso. La tossicità molto bassa delle BZD (diversa dagli oppiacei o dall'alcool) e la capacità di indurre tolleranza, possono portare ad un sovradosaggio a volte davvero sorprendente. Per motivi non ancora chiariti (genetici? Legati a determinati tipi di BZD?) esiste una quota significativa di UAD monodipendenti da BZD che sviluppa tolleranza ma che non hanno disturbi psichiatrici maggiori.

La ricerca epidemiologica ha sostanzialmente trascurato gli UAD. Al momento attuale sono inoltre pochi gli studi che abbiano valutato la qualità di vita negli assuntori a lungo termine di BZD ed ancor meno negli UAD della popolazione generale, nonostante le dimensioni significative del problema. Dai pochi dati esistenti, un uso superiore alle dosi massime consentite riguarda l'1,6 % della popolazione svizzera, paese dove è molto più difficile ottenere una BZD senza ricetta, rispetto all'Italia. Questo fenomeno potrebbe quindi coinvolgere, con intensità e gravità diverse, alcune centinaia di migliaia di italiani.

La mancata focalizzazione della dipendenza da BZD ha portato ad indicare lo scalaggio graduale delle BZD come terapia unica per la sospensione.

Generalmente uno scalaggio lento, correttamente applicato, funziona negli ULT, molto meno nel caso degli UAD. Se il decalage è lungo e piuttosto impegnativo per i dipendenti da dosi terapeutiche, diviene quasi una "mis-

sion impossibile " negli UAD.

La cosa è rilevante perché l'astinenza da alte dosi di BZD è un fenomeno molto mal tollerato e rischioso per la salute del paziente, con disturbi a livello della sfera ansiosa e del sensorio. In alcuni casi può comportare eventi maggiori come crisi epilettiche, potenzialmente (direttamente o indirettamente) letali.

Per gli UAD un ricovero ospedaliero dovrebbe imporsi. L'impostazione tradizionale prevede in questi casi generalmente uno scaglieo con BZD a lunga emivita ma è gravata da alti costi per la lunghezza dei ricoveri e da un'alta percentuale di abbandoni e di ricadute. E' questo l'ambito dove l'uso del flumazenil in infusione lenta (FLU) ha trovato il suo ideale collocamento.

Il FLU, somministrato per via parenterale rapida, è usato in tutto il mondo per trattare l'overdose da BZD. Viene considerato quindi un antagonista delle BZD. Dati sperimentali hanno però provato che se il FLU viene somministrato lentamente ed in modo prolungato a pazienti tolleranti alle BZD, contestualmente alla sospensione delle BZD normalmente assunte, la sua azione è di agonismo parziale sui recettori delle BZD e questi soggetti generalmente riportano solo leggeri sintomi e segni astinenziali. Quando utilizzato in disintossicazione da BZD in pazienti tolleranti, il FLU ha mostrato le seguenti azioni farmacologiche:

- attenuazione dei sintomi e segni di astinenza
- normalizzazione e up-regulation dei recettori delle BDZ
- riduzione del craving
- limitati tassi di ricaduta

Dalle prime esperienze negli anni '80 su piccole serie di pazienti ad oggi sono stati pochi i lavori presentati in letteratura ed ancor meno i centri che hanno praticato la disintossicazione con FLU. La disintossicazione con infusione lenta di FLU stenta a divenire "good practice", forse per carenza di letteratura o per disinteresse del mondo accademico. Dopo tutto, la dipendenza da BZD è la più tipica forma di dipendenza iatrogena. Inoltre l'industria farmaceutica non ha interesse ad approfondire questi problemi legati alle BZD: tutte queste vecchie molecole sono ancora ottimi best-seller.

Fabio Lugoboni

Lugoboni F & Quaglio G. Exploring the dark side of the moon: the treatment of benzodiazepine tolerance.

Br J Clin Pharmacol. 2014 Feb;77(2):239-41. doi: 10.1111/bcp.12148

High-dose lormetazepam dependence: strange case of Dr. Jekyll and Mr. Hyde

Faccini M, Tamburin S, Casari R, Morbioli L Lugoboni F Intern Emerg Med. 2019 Nov;14(8):1271-1278. doi:

10.1007/s11739-019-02101-8

AI SD ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LO STUDIO DEL DOLORE



ROMA

10-12 SETTEMBRE 2020

HOTEL ROMA AURELIA ANTICA
Via degli Aldobrandeschi, 223

Come gestire al meglio la terapia anticoagulante/antiaggregante durante le procedure antalgiche interventistiche

L'uso di farmaci antitrombotici e anticoagulanti per controllare il rischio di complicanze cardiovascolari è in continuo aumento e una percentuale significativa di pazienti con malattia cerebrovascolare, cardiovascolare o con vasculopatia periferica in trattamento antitrombotico, ha comunemente bisogno di interventi e/o di tecniche di antalgiche interventistiche. Ciò impone al terapeuta del dolore una attenta gestione clinica dei pazienti da trattare che spesso viene condotta senza il supporto di una chiara evidenza della letteratura scientifica. Dai dati di una survey pubblicata qualche anno fa su Pain Physician (1), emerge che la maggior parte dei terapeuti del dolore richiede una sospensione dei farmaci antiaggreganti e anticoagulanti prima di una procedura interventistica, seppur con tempistiche diverse, al fine di ridurre il rischio di emorragie e di un ematoma epidurale. D'altra parte, in pazienti con rischio cardiovascolare moderato-alto, la sospensione della cardioaspirina è associata a un rischio triplicato di complicanze cardiache maggiori (2), tanto che ormai multiple evidenze supportano l'idea di proseguire la terapia antiaggregante/anticoagulante in pazienti da sottoporre a procedure interventistiche antalgiche. La American

Society of Interventional Pain Physicians (ASIPP) ha pertanto cercato di mettere chiarezza a riguardo, emanando delle linee guida responsabili, sicure ed efficaci per i pazienti in terapia anticoagulante/antiaggregante da sottoporre a procedure interventistiche antalgiche. Le linee guida offrono una ampia revisione della letteratura per stratificare il rischio emorragico/trombotico ed una sintesi delle evidenze per la gestione dei farmaci antiaggreganti/anticoagulanti in pazienti da sottoporre a tecniche antalgiche interventistiche. Sono scaricabili gratuitamente al seguente link:

<https://www.painphysicianjournal.com/current/pdf?article=NjEwMw%3D%3D&journal=118>

Filomena Puntillo

1) Manchikanti L, Benyamin RM, Swice-good JR, Falco FJE, Datta S, Pampati V, Fellows B, Hirsch JA. Assessment of practice patterns of perioperative management of antiplatelet and anticoagulant therapy in interventional pain management. *Pain Physician* 2012;15:E955-E968.

2) Biondi-Zoccai GG, Lotrionte M, Agostoni P, Abbate A, Fusaro M, Burzotta F, Testa L, Sheiban I, Sangiorgi G. A systematic review and meta-analysis on the hazards of discontinuing or not adhering to aspirin among 50,279 patients at risk for coronary artery disease. *Eur Heart J* 2006; 27:2667-2674.

www.iaspworldcongress.org

**IASP 2020 WORLD
CONGRESS ON PAIN**

Amsterdam • 4–8 August 2020

FOCUS DAY NAZIONALE # 11

LE QUESTIONI APERTE:

QUALI SPECIALISTI, QUALI TERAPIE, QUALE TIMING

DOLORE, OSTEOPOROSI E QUALITÀ DELLA VITA:

LA NECESSITÀ DI UNA SINERGIA INTER E MULTIDISCIPLINARE PER UN PARADIGMA DI SANITÀ PUBBLICA

ROMA, 18 GENNAIO 2020



Direttore scientifico
Prof. Maurizio Evangelista

Sede: **LUISS**
viale Romania 32 - Roma

Con il patrocinio di:



*Dolore, osteoporosi e qualità della vita:
la necessità di una sinergia inter e
multidisciplinare per un paradigma
di sanità pubblica.*

*Le questioni aperte: quali specialisti,
quali terapie, quale timing.*

Roma, 18 gennaio 2020

L'osteoporosi (OP) è un paradigma di sindrome dolorosa cronica; come tale, e in accordo con quanto sancito dall'OMS, necessita di un approccio interdisciplinare capace di garantire la migliore Qualità della Vita unitamente al recupero della disabilità derivata dal dolore che, ove non tempestivamente trattato, perde i connotati di sintomo ed assume quelli di malattia "di per sé" (OMS ICD 11 Ed, 2019).

Ad oggi, prevale ancora una visione "altra", orientata ad un trattamento dell'epifenomeno (frattura vertebrale o di femore) piuttosto che alla prevenzione, ad una "antica" gestione nella migliore delle ipotesi multidisciplinare, al sottodimensionamento di questo quadro che, una volta conclamatosi, rappresenta una delle principali cause di elevato impatto bio-psico-sociale cui vanno associati elevati costi che ricadono sulla Società nel suo insieme.

Partendo da questi presupposti, che vanno collegati alle proiezioni epidemiologiche dell'OMS sull'in-

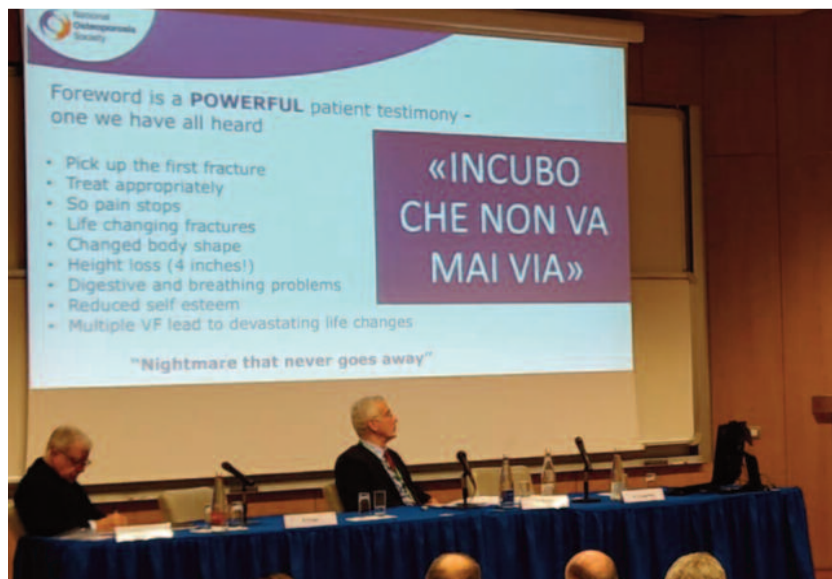
vecchiamento della popolazione a livello mondiale e nazionale, il Focus Day si è proposto di fornire una disamina "transdisciplinare" e "contaminata" dell'OP.

È stato strutturato un programma al cui svolgimento sono stati chiamati esponenti di rilevanza nazionale e sovranazionale delle varie discipline del mondo medico (Medici del Dolore, Ginecologi, Endocrinologi, Reumatologi, Farmacologi, Ricercatori di Base e Medici di Medicina Generale) e, per la prima volta in assoluto, figure di alta rappresentatività del mondo dell'Economia, della Filosofia e dell'Etica Pubblica.

Il fine primario, che accomuna mondi così apparentemente "distanti", è quello di fornire uno strumento di reciproca conoscenza del dolore cronico che, per le sue peculiari caratteristiche, necessita di una visione "integrata", antropocentrica e sincrona tra le differenti espressioni delle Scienze Mediche e Sociali ed Economiche.

Il dolore cronico esonda dalla sfera individuale per interessare la Società in tutte le sue articolazioni: per questo è necessario il contributo sinergico di tutte le dimensioni nelle quali si realizza la meravigliosa realtà della Persona.

Maurizio Evangelista
Direttore scientifico





CORSO: Il dolore neuropatico: dalla fisiopatologia al trattamento

Verona, 19-20 settembre 2019

Palermo, 23 novembre 2019



CORSO DOLORE *Neuropatico*

PALERMO 23 novembre 2019

VILLA RISO - Viale dell'Olimpo, 30/a - Palermo

RESPONSABILI SCIENTIFICI: *Stefano Tamburin - Marcello Romano*

Il dolore neuropatico affligge circa il 6-8% della popolazione. Condizioni comuni di dolore neuropatico sono rappresentate da neuropatie compressive, come la sindrome del tunnel carpale, traumatiche e post-chirurgiche, radicolopatie secondarie a spondilodiscoartrosi, nevralgia post-erpetica, nevralgia del trigemino, polineuropatie dolorose, come la neuropatia diabetica o da chemioterapia, patologie del midollo spinale, sclerosi multipla ed ictus. Sebbene la prevalenza del dolore neuropatico sia sovrapponibile a quella di condizioni comuni come diabete mellito ed asma bronchiale, esso rimane di difficile diagnosi e trattamento. Nonostante siano disponibili svariati farmaci e linee guida per il trattamento del dolore neuropatico, si stima che solo un 30% dei pazienti affetti da questa condizione raggiunga un sufficiente con-

trollo del dolore. Il dolore neuropatico ha un impatto rilevante su qualità della vita, sonno, umore e può essere causa di importante disabilità. Questi aspetti, pur essendo altrettanto importanti del dolore stesso, sono poco o nulla indagati negli studi clinici terapeutici sul dolore neuropatico.

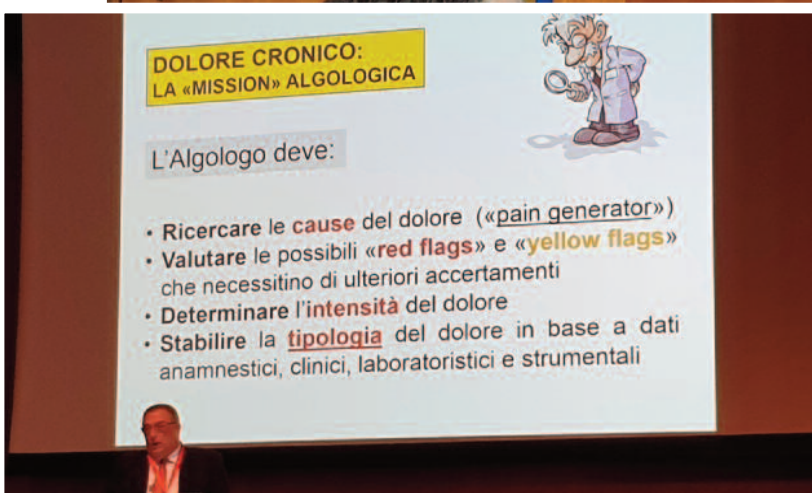
Gli oppioidi sono farmaci attualmente utilizzati nel dolore neuropatico.

Talora i pazienti assumono anche benzodiazepine per i concomitanti disturbi del sonno o della sfera ansiosa.

Alcuni pazienti possono sviluppare abuso o dipendenza da oppioidi. Seppur in Italia la prescrizione di oppioidi sia ancora nettamente minore che in altri paesi europei e del Nord America, l'epidemia di pazienti dipendenti da oppioidi rappresenta negli USA una vera e propria

emergenza sanitaria. La comorbidità psichiatrica può aumentare il rischio di abuso di oppioidi e l'abuso contemporaneo di oppioidi e benzodiazepine peggiora la gravità della dipendenza. Il convegno tratterà tutti questi aspetti. Grazie alla presenza di esperti in neurologia, terapia del dolore, psichiatria, psicologia clinica e medicina delle dipendenze i due convegni hanno spaziato dalla fisiopatologia del dolore neuropatico, alla diagnosi, terapia, fino al trattamento della comorbidità psichiatrica e alle problematiche connesse all'abuso di oppioidi e benzodiazepine, nell'ottica di esplorare entrambe le 'facce della luna' del dolore neuropatico, quella visibile della diagnosi e terapia, ma anche quella nascosta della comorbidità e del rischio di dipendenza.

Stefano Tamburin e Marcello Romano





PREMI MIGLIORI ABSTRACT 43° Congresso Nazionale AISD

ROMA

10-12 SETTEMBRE 2020



SCADENZA INVIO
ABSTRACT
30 maggio 2020

✓ L'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore

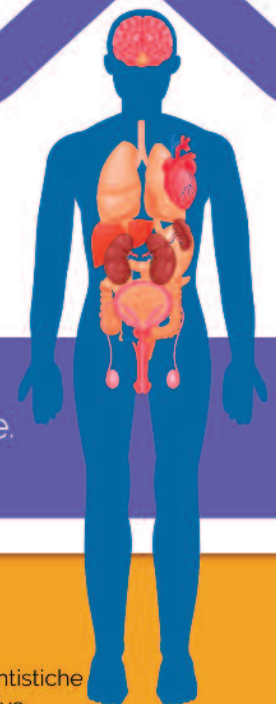
Anche per l'edizione 2020 del suo Congresso nazionale l'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore premierà i **5 migliori abstract** presentati.

Il Comitato scientifico del Congresso sceglierà tra tutti gli abstract presentati. Il premio consiste nell'iscrizione e nell'alloggio gratuiti per partecipare al **44° Congresso nazionale AISD 2021**.

- L'iscrizione al Congresso è l'unico requisito di partecipazione richiesto.
- I premiati saranno avvisati in tempo per poter ritirare l'attestato di premiazione.
- Il mancato ritiro annulla il premio.

Tematiche suggerite

- Dolore cronico non oncologico
- Dolore neuropatico
- Dolore pelvico
- Dolore e osteoporosi
- Dolore oncologico
- Dolore osteoarticolare
- Dolore e innovazioni tecnologiche
- Dolore bimodale
- Dolore misto
- Dolore disfunzionale
- Dolore psicogenico
- Dolore in Ginecologia
- Dolore in Geriatria
- Dolore in chirurgia ortopedica
- Dolore in Pediatria
- Dolore in Urologia
- Dolore post-operatorio
- Dolore post-chirurgico
- Dolore procedurale e Wound Therapy
- Anestesia e analgesia in chirurgia ortopedica
- Aspetti medico-legali nel trattamento del dolore
- Cefalee ed algie cranio-facciali
- Comunicazione in Medicina del Dolore
- Cure palliative
- Dolore negli animali
- Farmaci bioequivalenti
- Farmaci biotecnologici
- Farmaci biosimilari
- Fibromialgia e dolore disfunzionale
- Fisioterapia e dolore
- Fisiopatologia del dolore
- Genetica del dolore
- Imaging in Medicina del Dolore
- Medicina complementare
- Medicina rigenerativa
- Nursing in Medicina del Dolore
- Radiofrequenza
- Tecniche interventistiche
- Tecniche infiltrative intra-articolari
- Tecniche complementari nel trattamento del dolore
- Prevenzione della cronicizzazione del dolore
- www in Medicina del Dolore



Per maggiori
informazioni
www.aisd.it

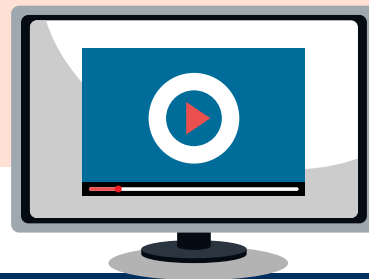
CONFERENZA: "Sono connessa con la Fibro ...Mialgia e navigo a Vista"

Viterbo, 9 novembre 2019

"Sono connessa con la Fibro ...Mialgia e navigo a Vista"

Conferenza dell'Associazione Libellula Libera
in collaborazione con il Comune di Viterbo,

Nella Sala Regia di Palazzo dei Priori si è tenuto il convegno dal tema "Sono connessa con la Fibro... Mialgia e navigo a Vista". La lettura magistrale da parte del prof. Stefano Coaccioli, Professore associato Università di Perugia e presidente dell'Associazione Italiana Studio Dolore, ha suscitato grandissimo interesse e ha commosso il pubblico, perché, attraverso le sue parole, i presenti hanno saputo cogliere oltre alla grande competenza e professionalità, una profonda umanità e un'attenzione particolare per le persone malate.



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

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



www.efic.org



Sei socio AISD registrato nel sito?

Puoi riascoltare le relazioni del 42° Congresso AISD 2019.

Visita la pagina Annuario Congressi del sito AISD



www.aisd.it



42°
CONGRESSO
NAZIONALE
AISD

www.aisd.it

Sul prossimo numero
pubblicheremo
la traduzione in italiano
del materiale informativo
elaborato dal comitato
scientifico IASP




dal 1976 impegnata nello studio
e nella cura del dolore

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 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  con accesso dal sito www.aisd.it
4. Spedisci la ricevuta di pagamento tramite e-mail a: segreteria@aisd.it