

Dolore Aggiornamenti Clinici

Organo ufficiale della Associazione Italiana per lo Studio del Dolore





Associazione Italiana Studio del Dolore
 Sede legale: Via Tacito, 7 - 00193 Roma
 info@aisd.it - www.aisd.it

Consiglio Direttivo AISD 2020-2022

Presidente Maria Caterina Pace

Presidente eletto 2022-2024 Gabriele Finco

Vicepresidente Maurizio Evangelista

Past President Stefano Coaccioli

Segretario Maria Beatrice Passavanti

Tesoriere Vittorio Schweiger

Consiglieri

Diego M.M. Fornasari, Nicola Luxardo, Antonella Paladini,
 Filomena Puntillo, Stefano Tamburin

Consiglio dei Past President

Caterina Aurilio, Giancarlo Carli, Alberto Pasetto,
 Enrico Polati, Giustino Varrassi

Referente attività clinico-assistenziali

Riccardo Rinaldi

Direttore responsabile Giustino Varrassi

Coordinamento editoriale Lorenza Saini

Grafica e impaginazione Osvaldo Saverino

TRIMESTRALE

Prima Reg. Trib. dell'Aquila n. 335/97

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

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 2021

Online: dicembre 2021

Dolore Aggiornamenti Clinici

Organo ufficiale della Associazione Italiana per lo Studio del Dolore

▶▶ IN QUESTO NUMERO

- 05** LA COMUNICAZIONE NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE CON DOLORE CRONICO
Intervista a Vittorio Schweiger
- 11** STRUMENTI IN RETE UTILI PER MIGLIORARE LA COMUNICAZIONE DELLA SCIENZA
Lorenza Saini
- 19** BETAMETASONE PATCH NEL DOLORE PERSISTENTE DA TENDINOPATIA
Salvatore Sardo
- 22** CENTRI TERAPIA DEL DOLORE
- Il Centro di terapia del dolore di primo livello a Catanzaro
- SSD terapia antalgica ASO S.Croce e Carle di Cuneo
- UOSD di terapia del dolore dell'ASST Lecco
- 26** PREVENIRE LA CRONICIZZAZIONE DEL MAL DI SCHIENA CON FARMACI CHE CURANO IL PARKINSON?
- 28** LETTERATURA SCIENTIFICA
- 34** CONGRESSI E CORSI

Ci sono buoni motivi per diventare socio AISD

L'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore

- Partecipare attivamente alle attività dell'associazione per il progresso della terapia del dolore
- Un archivio di registrazioni di tutti i convegni disponibili nel sito www.aisd.it
- Iscrizione ai Congressi con quote agevolate
- Consultazioni online gratuite dell' European Journal of Pain

Per informazioni scrivere a: segreteria@aisd.it

ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LO STUDIO DEL DOLORE
AISD

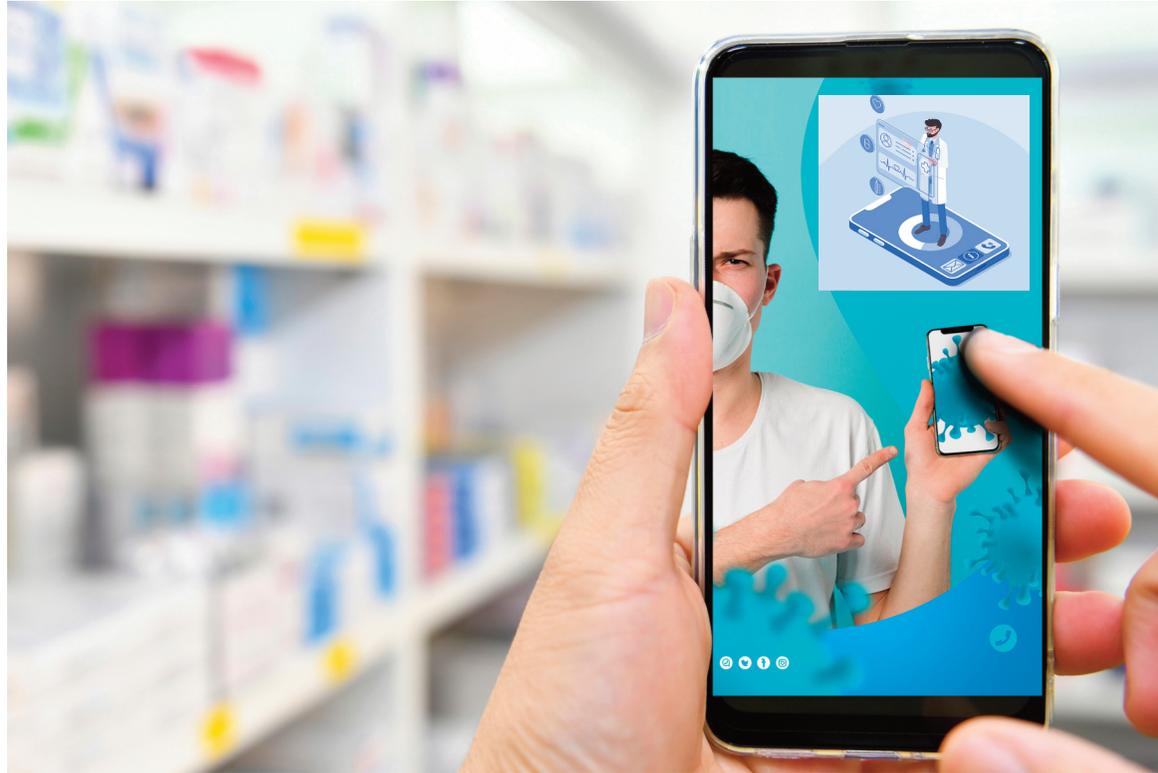
Dal 1976 impegnata nello studio e nella cura del dolore

Rh POS
D+ C+ E- c- e- K+

TOOLBOX



Vittorio Schweiger



La comunicazione nella gestione del paziente con dolore cronico

Il prof. Vittorio Schweiger, Professore associato in Anestesiologia e Rianimazione e Terapia del dolore, Università degli Studi di Verona, riflette su alcuni punti fondamentali del rapporto tra medico e paziente, come la comunicazione della diagnosi, la condivisione del percorso terapeutico, il ruolo della telemedicina e di strumenti di ascolto e consultazione disponibili online, una possibilità presa più in considerazione nel corso della pandemia da Covid-19, durante la quale i servizi di Terapia del Dolore hanno sofferto ridimensionamenti e chiusure per periodi molto prolungati, essendo stati gestiti soprattutto da anestesisti-rianimatori impegnati nelle terapie intensive occupate da pazienti Covid.

Prof. Schweiger, negli ultimi anni, in tutti gli aspetti della vita sociale, la comunicazione ha assunto un ruolo fondamentale. Anche in ambito sanitario abbiamo constatato che gli aspetti comunicativi rivestono un'importanza cruciale, a partire dal rapporto tra istituzioni sanitarie e popolazione fino al singolo rapporto medico-

paziente. Anche la Terapia del Dolore non sfugge a questa considerazione. Come nasce la sua esperienza in quest'ambito?

Direi che la Terapia del Dolore è l'esempio plastico di come le capacità comunicative possano realmente fare la differenza nel rapporto con il malato. Questo concetto mi è stato chiaro fin dai



primi anni di lavoro (stiamo parlando della fine degli anni '90) presso il Centro allora diretto dal nostro Maestro, il Prof. Stefano Ischia, recentemente scomparso. Ho subito notato in lui una particolare capacità di relazionarsi con il paziente e i suoi familiari, una metodica complessa ma voluta di coinvolgimento che implicava anche un "mettersi a nudo" cercando di porsi sullo stesso piano del paziente pur mantenendo una chiara consapevolezza dei ruoli. Notavo in lui anche la capacità di comprendere subito chi si trovava davanti, sicuramente frutto di anni e anni di esperienza sul campo. Questa ricerca dell'empatia era sicuramente naturale e spontanea ed era comunque fondamentale per instaurare un rapporto di fiducia con il malato. Questo grande insegnamento io cerco di metterlo in pratica tutti i giorni nel mio ambulatorio, nell'intento, nei pazienti complianti, di ridurre le distanze e favorire il percorso clinico di valutazione e trattamento. È chiaro infine che anche la mancanza di compliance comunicativa rappresenta essa stessa una modalità di comunicazione del paziente e deve essere tenuta in massima considerazione nello svolgimento della visita e nella programmazione del trattamento.

Quali sono gli aspetti comunicativi che lei ritiene essere più importanti nel corso della visita antalgica?

Come in ogni ambito medico che preveda un rapporto diretto tra medico e paziente, la visita di terapia del dolore vede questi due attori scendere in campo mettendo a disposizione reciproca un mix di linguaggio verbale e non verbale che diventa per entrambi fonte inesauribile di informazioni. L'**algologo** ha a sua disposizione l'ascolto del lin-

guaggio del paziente e delle sue modalità comunicative, può approfondire la relazione con i familiari presenti, il suo linguaggio corporeo, tutto questo per cercare di comprendere l'impatto che il dolore ha nella sua Qualità di Vita. Inoltre, attraverso la visita fisica, fondamentale ma purtroppo sempre meno utilizzata anche per motivazioni organizzative, può chiarire in modo decisivo il quadro clinico, correlando le troppe indagini laboratoristiche e strumentali alle alterazioni evidenziabili nel malato. Il **paziente**, dal canto suo, cerca di inquadrare il professionista che ha davanti con grande attenzione, misurandone la competenza, le capacità relazionali, la passione per il suo lavoro, spesso con una grande focalizzazione ai dettagli anche minimi, quali ad esempio la posizione corporea, la concentrazione che il clinico dedica al suo problema o anche le interruzioni per rispondere al telefono, oltre al tempo dedicato alla visita. È in questo modo che nasce il rapporto tra algologo e malato, e un errore in entrambi i campi può divenire decisivo nel rapporto futuro.

La comunicazione della diagnosi e della prognosi di malattia sono un momento fondamentale nel rapporto medico-paziente. Quali strategie utilizza?

Diagnosi e prognosi di malattia sono la conclusione e allo stesso tempo l'inizio di un viaggio spesso complesso che medico e paziente si apprestano a percorrere insieme. In Terapia del Dolore, in particolare, questo significa da parte dell'algologo esporsi in maniera chiara nei confronti del paziente. In questo caso le sue capacità comunicative devono per forza tenere in considerazione anche degli aspetti psicologici, tenuto conto dell'impatto negativo che pressoché sempre le connotazioni di



«cronicità», «progressività» o «inguaribilità» possono avere sul paziente. È evidente che queste capacità non sono caratteristica di tutti i clinici, a volte si possono imparare (le esperienze, anche quelle negative, insegnano), ma prevedono comunque una predisposizione alla comunicazione che non tutti possiedono. In ogni caso, io sono convinto che la correttezza della comunicazione, che deve trovare un preciso riferimento anche nella documentazione clinica, è fondamentale per mantenere un corretto rapporto medico-paziente, preservando il clinico anche sotto il profilo medico-legale.

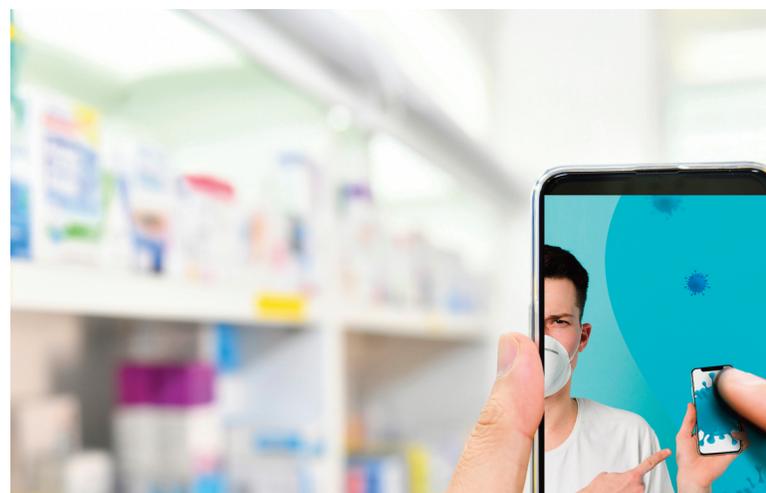
Altro punto fondamentale è la comunicazione e la condivisione del percorso terapeutico.

Assolutamente sì. Credo che ai nostri giorni sia improponibile pensare di avviare un paziente a un percorso terapeutico, qualunque esso sia (soprattutto se lungo e complesso), senza chiarire bene con lui tutti gli aspetti che lo caratterizzano. Pur essendo imprescindibile comunicare i possibili effetti collaterali e complicanze, credo sia assolutamente necessario focalizzarsi anche su quelle che vengono definite «aspettative terapeutiche» da parte del paziente e dei suoi familiari. Anche la stimolazione midollare, SCS, metodica di altissimo livello nel trattamento di alcune forme di dolore cronico, non fa eccezione a questa regola aurea. Da un punto di vista strettamente metodologico, tuttavia, va sottolineato come proprio la valutazione delle aspettative del paziente rimanga per la letteratura un argomento piuttosto controverso. Le aspettative esagerate di analgesia sono sempre state ritenute un predittore negativo del successo dopo queste procedure. Alcuni autori tuttavia con-

sigliano di considerare altri tipi di aspettative (miglioramento della Qualità di Vita, miglioramento della Qualità del Sonno o altri ancora) tenendo conto quindi di altri indicatori. Ad esempio, l'impressione globale di cambiamento (GIC) sembra correlare meglio aspettative e risultati piuttosto che semplici cambiamenti nell'intensità del dolore, indicando quindi che i trattamenti antalgici, tra cui l'SCS, sono in grado di migliorare il funzionamento, lo stato emotivo e la qualità generale della vita anche, a volte, con un non completo sollievo dal dolore.

A questo proposito, in un mondo come il nostro, che presenta un facile accesso tecnologico alle informazioni mediche, ritiene che la comunicazione globale possa aiutare a indirizzare i pazienti verso le opzioni terapeutiche più appropriate o rappresenti solo un rischio di confusione o di false speranze?

Credo che i tempi che viviamo hanno chiaramente dimostrato come le informazioni scientifiche possano essere utili a patto che siano presenti gli strumenti adeguati per comprenderle. Questo è un compito difficile ma fondamentale che è in carico innanzitutto alle istituzioni scientifiche, ma anche alle associazioni di pazienti, ai mezzi di comunicazione, alle case farmaceutiche e ai produttori di





devices. Negli anni passati molto si è fatto per portare all'emersione il problema del dolore cronico attraverso numerose indagini epidemiologiche, campagne di stampa, convegni pubblici e congressi medici, eventi di sensibilizzazione, che hanno anche avuto un encomiabile risvolto legislativo, qual è la Legge 38/2010, fortemente voluta soprattutto dagli Algologi. Purtroppo però, come sappiamo, alcuni aspetti organizzativi sono ancora lontani e spesso al paziente non rimane che cercare da solo una soluzione ai suoi problemi. In questo senso, le risorse disponibili sul WEB possono essere decisive se connotate da semplicità e correttezza di comunicazione, come ho potuto constatare nelle pagine che Boston ha messo a disposizione con la campagna **Now You Hear Me** che possono essere una risorsa utile nei pazienti con dolore cronico. È chiaro che tali informazioni vanno poi confermate e chiarite in ambito più strettamente medico.

Altro argomento interessante riguarda la comunicazione medica e il mantenimento del rapporto medico-paziente ai tempi del Covid-19.

In quest'ambito, qual è oggi e quale sarà nel futuro a suo parere il valore e l'utilità della telemedicina?

La pandemia Covid-19 ci ha colto all'inizio del tutto impreparati e i servizi di Terapia del Dolore hanno «sofferto» ridimensionamenti e chiusure per periodi molto prolungati, essendo gestiti soprattutto da anestesisti-rianimatori. Solo negli ultimi mesi di quest'anno siamo riusciti a recuperare in parte le liste di attesa grazie alla dedizione e alla passione degli operatori, anche se molto ancora rimane da fare. Come ha sottolineato la

Prof. Puntillo in un suo recente contributo scientifico, sicuramente la telemedicina nel corso della pandemia è stata utile in alcuni contesti per mantenere vivo il servizio, per seguire i pazienti nei loro piani terapeutici (in particolare per pazienti in terapia oppiacea), per evidenziare problemi con altri trattamenti e in generale per mantenere continuo il rapporto medico-paziente in un momento di grande disagio per una popolazione particolarmente fragile. Fuori dalla pandemia, cosa che ci auguriamo avvenga presto, la telemedicina può essere una esperienza da mantenere, dedicandovi tuttavia tempi e modalità certe, con tutti i limiti che queste modalità possono avere. È chiaro che il rapporto vero, di persona, rimane comunque il miglior modo di consolidare il rapporto tra algologo e paziente con dolore e va comunque privilegiato in assoluto.

Dunque, prof. Schweiger, data la assoluta importanza della comunicazione in medicina e in particolare in Terapia del Dolore, può a suo parere essere pensata e attuata una formazione alla comunicazione medica?

È molto difficile rispondere a questa domanda. Da molte parti, anche istituzionali, è stato proposto di lavorare anche dal punto di vista formativo sugli aspetti comunicativi, viste le problematiche che emergono dai pazienti, che si sentono spesso incompresi o mal tollerati dai medici, ma anche dai medici stessi, che si sentono spesso bersaglio di critiche ingiuste o incapaci di instaurare un rapporto normale con i malati che curano.

Visto che comunque, a mio parere, le capacità comunicative si possono affinare ma non insegnare da zero, forse sarebbe utile aiutare i clinici a

comprendere i vari linguaggi del dolore, quelli parlati e quelli non parlati, traendo da questi aspetti insegnamenti che possono essere utili per affinare le strategie terapeutiche e migliorare la compliance del paziente.

In conclusione, aiutare i medici a comprendere che il paziente che entra nel nostro ambulatorio non è un «nemico» e che se ha atteggiamenti provocatori, a volte fuori dagli schemi, esagerati o

con richieste apparentemente irrealistiche, essi fanno parte del vissuto del dolore cronico e come tali vanno interpretati e compresi.

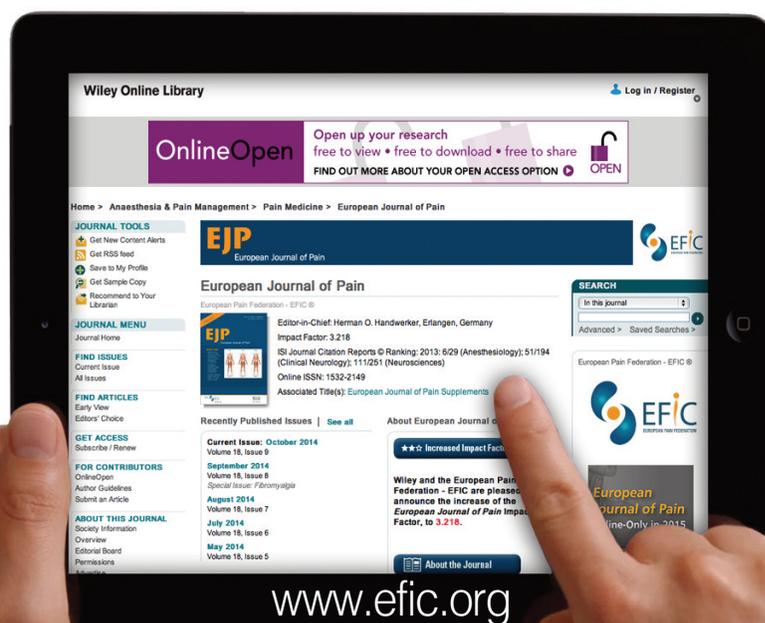
Sta al medico, alla sua preparazione e alla sua sensibilità, provare a guidarlo fuori dal suo mondo di sofferenza. Credo infatti che per un algologo non vi sia più grande soddisfazione di sentire un paziente dire «il dolore si è ridotto e ora sto meglio, grazie Dottore».



L'intervista è stata realizzata nell'ambito del 44° Congresso nazionale dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore, 23-25 settembre 2021. Si ringrazia Boston Scientific per il supporto non condizionante fornito.

Sei Socio dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore?

HAI DIRITTO ALL'ABBONAMENTO ONLINE
ALL'EUROPEAN JOURNAL OF PAIN





www.congressoaisd.it

45°

22-24 SETTEMBRE 2022

NAPOLI

CONGRESSO IBRIDO

IN PRESENZA E ONLINE

CONGRESSO
NAZIONALE

AISD

ASSOCIAZIONE ITALIANA
PER LO STUDIO DEL DOLORE



SEGRETERIA SCIENTIFICA



AISD
Associazione Italiana
per lo studio del dolore
onlus

www.aisd.it

www.congressoaisd.it

PROVIDER ECM
E AGENZIA ORGANIZZATIVA

 PLANNING

Planning Congressi Srl
Tel. 051 300100 - www.planning.it

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

Contatti Sponsor: Cristina Uzzo
c.uzzo@planning.it

**SAVE
THE DATE**



Strumenti in rete utili per migliorare la comunicazione della scienza

QUEST - QUality and Effectiveness in Science and Technology communication

Il progetto Horizon 2020 QUality and Effectiveness in Science and Technology communication è curato da un team multidisciplinare di scienziati e accademici. Tra gli enti collaboratori: Università Ca' Foscari di Venezia, Venice International University, Agency for the Promotion of European Research (APRE), City-University of London, Norwegian University of Science and Technology (NTNU), Tallinn University, Trinity College Dublin e la World Association of Newspapers and News Publishers.

Come si può definire, misurare e realizzare una comunicazione scientifica efficace? Quali sono gli strumenti e le linee guida che aiuterebbero a migliorarne la qualità? queste alcune delle domande cui ha voluto rispondere il progetto, partendo da un'analisi attenta della comunicazione scientifica odierna. Tre le aree tematiche analizzate, argomenti che hanno un impatto significativo sulla vita quotidiana: i cambiamenti climatici, i vaccini e l'intelligenza artificiale.

Nell'ambito dei vaccini per il Covid 19 è ancora sotto gli

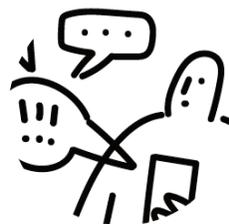
occhi di tutti lo tsunami informativo e il proliferare di informazioni approssimative se non false. Emblematico l'impatto dei social network. QUEST ha lavorato molto sull'analisi dei post sui social, dove gli utenti tendono ad aggregarsi in comunità polarizzate di individui che condividono una visione del mondo simile, spesso ignorando le informazioni dissenzienti dalla loro visione del mondo. Le informazioni coerenti con la propria narrativa,

anche se false o inaffidabili, sono più facilmente accettate e condivise rispetto alle informazioni che contraddicono le proprie convinzioni preesistenti, anche se basate sull'evidenza. Aggiungiamo poi l'azione degli algoritmi (per es. Facebook News Feed) che tiene conto delle preferenze e degli atteggiamenti degli utenti per la promozione dei contenuti e il quadro di quanto possa essere difficile far arrivare comunicazioni corrette, argomentate,

THE SOCIAL MEDIA LANDSCAPE



Disintermediation



Infodemic



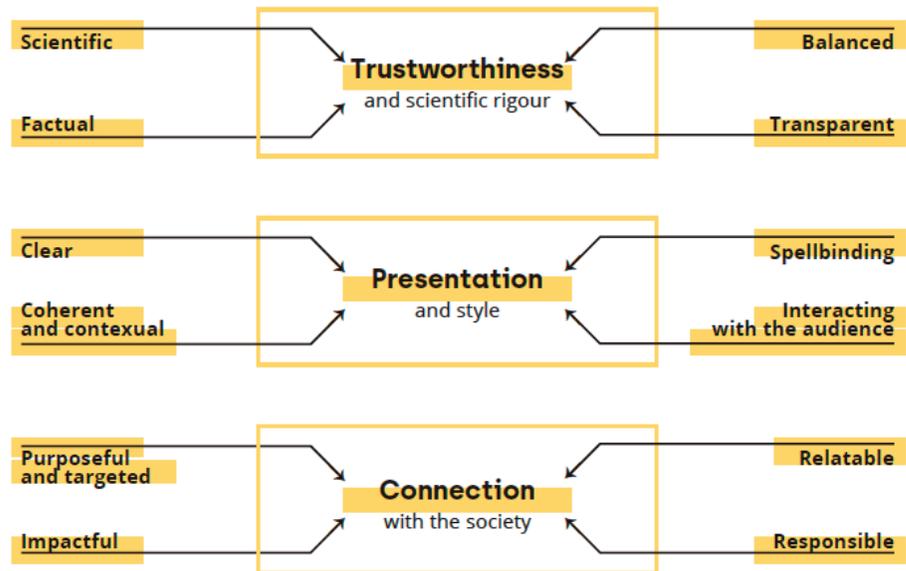
Polarisation

Figura 1

Immagine tratta dal pamphlet *Science communication on social media - good practices*, disponibile nella sezione Toolkit del sito questproject.eu

QUALITY

12 quality indicators for Science Communication



dimostrabili si completa da sé. Quando la polarizzazione è forte, la disinformazione prolifererà facilmente. Una ricerca ben comunicata esprime al meglio tutto il suo potenziale a beneficio della società.

Ma come si valuta la buona divulgazione? come si misura la sua efficacia? dove e come intervenire per migliorare la comunicazione della scienza?

Gli esperti di QUEST, avvalendosi anche della collaborazione e del sostegno di vari stakeholders, come la BBC Science Radio, l'Istituto Nazionale di Fisica nucleare, l'AICUN, Associazione Italiana Comunicatori d'Università, il CERN, European Organization for Nuclear Research e altri ancora, elencati nel sito questproject.eu, hanno elaborato vari strumenti utili per scienziati e giornalisti che devono comunicare concetti e scoperte

scientifiche al pubblico generale, per esempio, delle checklist per assicurare che la comunicazione arrivi chiara e precisa. Nella figura 2 sono riassunti i 12 indicatori di qualità della comunicazione scientifica evidenziati dal gruppo di lavoro del progetto QUEST.

Riteniamo utile per il nostro pubblico di lettori presentare nelle pagine che seguono la versione completa del documento preparato per i ricercatori, "Checklist for scientists: Quality and effective science communication for public audiences".

Altri documenti e podcast sono consultabili gratuitamente online nel sito questproject.eu, sicuramente utili anche ai giornalisti, per aiutarli a interpretare correttamente e comunicare i dati statistici, e spiegare con linguaggio rigoroso ma piano e comprensibile le scoperte scientifiche. (Lorenza Saini)

Figura 2

Immagine tratta dal pamphlet *Quality Indicators for Science Communication: Guide for Science Communicators* disponibile nella sezione Toolkit del sito questproject.eu



CHECKLIST FOR SCIENTISTS:

Quality and effective science communication for public audiences

Jacopo Pasotti,
Ilda Mannino,
Alessandra Fornetti
Venice International University



This project has received funding from the European Union's Horizon 2020 research and innovation programme under grant agreement No. 824634

www.questproject.eu

The following checklist developed within the H2020 QUEST project supports scientists in delivering their message and fine-tuning their communication skills to the public.

It is the result of several focus groups and interviews with both scientists working in different fields and trainers experienced in science communication.

The checklist also draws from the literature review of published studies on scientists' perception and from available guidelines on science communication.

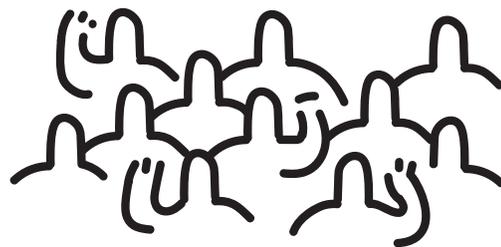
Some of the points in the checklist apply in specific contexts and not in others: scientists are encouraged to go through the list and choose those elements that apply to their circumstances.

1. Are you allocating enough *time* for preparation and improving your communication skills?

Scientists with experience in science communication say it takes between half a day and one to two days to prepare for a public event.

Of course, the preparation depends on the communication format: preparing for an interview could take less time than preparing for a talk at a Science Festival, but in general it is important to allocate a substantial amount of time to get ready for a communication event.

Take your time to get ready for communication events.



2. Do you know who your *audience* is?

Communication has to be tailored to the audience. To this purpose, scientists have to know their audience – their scientific level, age, demographic...

This requires examining the public you plan to talk or write to. Carefully addressing your audience requires a great level of awareness.

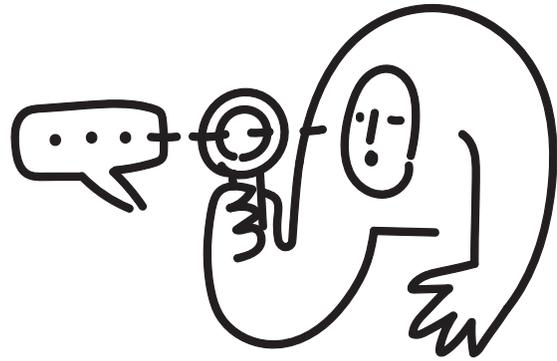
Get to know your audience and tailor your communication to it.

3. Have you identified the key *messages* to deliver and kept the focus on them?

Opportunities to communicate to the general public are not frequent. It might be tempting to present all results available or to deliver a dense lecture.

However, the public might feel overwhelmed by a lot of information and messages.

Why not concentrate on one or a few substantial messages and keep others for other occasions?



Staying focused on a few clear messages is the most effective way to address the public.

Frequently ask yourself: "am I still on topic, or am I digressing?"

Select a maximum of 2-3 key messages that you want the audience to come away with and concentrate on them.

4. Are you framing the message so that it sparks curiosity and is compelling to the public?

Scientists are used to attending lectures and conferences as well as to reading scientific papers. The public may not.

Rather than lecturing, or writing a technical text, scientists preparing to communicate should think of alternative ways to frame messages, in a way that addresses the concerns and curiosity of the public.



Is there an angle that may engage your audience or answer questions they may have?

Are there topics that are familiar to your audience?

Frame your messages to address the public's concerns, interests and curiosity.

5. Are you linking to current facts or events?

Your presentation, interview, or text is happening in a dynamic world and society.

Trying to link your communication to current facts or events, such as the news of the day, will strengthen the message.

The topic chosen should be relevant to this period of time, in these months, in these years.



6. Are you communicating something that you also care about?

Unless you are required to do something specific, communicating about a topic that you care about will help the public to appreciate your communication.

After all, you are a citizen too, so why not connect your communication with something that you consider important to yourself, your family, or your community?

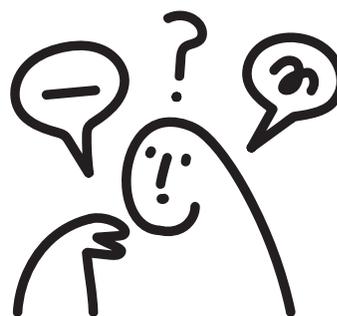
7. Are you telling stories or just delivering a list of facts or numbers?

Scientists base their studies on data, numbers, graphs, hard facts, and percentages.

When communicating, they may tend to deliver a list of numbers or evidence.

The use of stories, images, and metaphors will help the audience to follow your presentation and take in your message.

Use stories and metaphors as a means to engage the audience.



8. Are you using a simple explanation, can it be understood by the public?

One objective when preparing for a communication event is to be as clear as possible, and clarity depends also on the public – their ability to understand and appreciate an explanation.

Don't assume that people will know what scientific terms mean – offer an explanation.

9. Are you using short sentences?

This is a mantra for any sort of communication: less is more!

Strive for brevity: use one word as opposed to three.

10. Have you strategically planned ways to open a dialogue and interact with your audience?

Communication is a dialogue, a two-way experience, and sometimes it follows unexpected paths.

Opening a conversation with your audience rather than giving a lecture

helps both sides to better understand each other.

It's not about broadcasting to a captive audience, it's about interaction and preparing yourself for it.

Think of activities, different from simply answering a question, that let the audience handle tangible objects whenever possible.

We retain more information when actively engaged in a discourse, rather than being passive listeners.

Don't focus exclusively on presenting your arguments: ask questions, invite the audience to tell their points of view and be prepared to address their questions.

11. Are you carefully thinking about how to keep your delivery or writing lively and monitoring the public's reaction?

Science can be very dense, sometimes not easy to follow and interpret.

Interrupting a talk by introducing an activity, showing a video, playing music, telling an anecdote, are all ways to keep your text or your talk more lively that are worth exploring.

Although when writing or talking on the radio it might not be possible, during a speech or a class

scientists should try to always be aware of how the public is reacting to the presentation.

Are they following? Do they appreciate the presentation? Are they puzzled, entertained, curious?

Think about doing something more than just speaking. Think of ways to keep the audience's attention throughout the presentation.

12. Have you set out strategies to deal with scepticism or distrust?

Especially on controversial topics, scientists would benefit from being prepared for scepticism or distrust.

They could face some challenging questions, even confrontation.

A general rule is not to allow confrontation to grow; a kind invitation to keep further comments for a later private discussion could be suggested.

Rather than denying scepticism, try to find a common ground and be open to a constructive dialogue.



Distrust and challenges cannot always be foreseen, but being prepared, where possible, could save you from difficult and embarrassing situations.

A good strategy to cope with scepticism is to look for shared values, a common ground, and build your discussion from there.

13. Have you practiced your communication with non-experts?

It is very useful to rehearse oral communication in front of non-experts (e.g. relatives, friends, whoever is available...) as well as to ask them to read a written communication to be sure that it is understandable and engaging.

Rehearse, rehearse, rehearse... better if with non-experts.

14. Are you in touch with your communication (or press) officers?

When communication goes through the media, look for help.

Nearly all research institutions have a communications office, and they are there to support scientists in dialogue with the media and the public.

Check if your institution has a communications office or experts and ask for their support.

Interact with your press officers: they know how to deal with the media



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

Betametasone patch nel dolore persistente da tendinopatia

Salvatore Sardo

SC Anestesia e Rianimazione Ospedale Giovanni Paolo II, ASSL Olbia



Il dolore persistente da tendinopatia (DPT) ha un'elevata prevalenza, per esempio: tendinopatia della cuffia dei rotatori (2-3.8%), epicondilita laterale (0.7-1.3%) e mediale (0.3-0.6%), tendinite del bicipite brachiale (0.3-0.5%), tenosinovite di de Quervain (0.5%-1.3%) (1). Si stima che nel Regno Unito le assenze correlate a DPT causino una perdita di 27 milioni £/anno, mentre nei Paesi europei la spesa media per ciclo è di 430€ per la terapia infiltrativa con corticosteroidi (CS) (1). La tendinopatia può essere innescata da diversi fattori: trauma, carico oltre soglia, movimenti ripetitivi, alterazioni metaboliche, senescenza tissutale, tossicità da farmaci (2, 3).

Il ruolo dell'infiammazione è dibattuto, in quanto gli studi più datati hanno sottolineato la preponderanza di fenomeni degenerativi (e.g. degenerazione mucoide, metaplasia, sovrvertimento della matrice) nelle fasi tardive della patologia e hanno condotto alla distinzione delle "tendiniti" dalle "tendinosi"(4). Le moderne tecniche di profiling delle cellule infiammatorie ne hanno dimostrato la presenza

anche nello stadio avanzato (4). L'infiammazione nelle tendinopatia induce sia danno (distruzione della matrice extracellulare, apoptosi/necroptosi dei tenociti, fibrosi, angiogenesi, sensibilizzazione dei nocicettori) sia riparazione (sintesi di collagene, fagocitosi dei debris cellulari, proliferazione e reclutamento delle cellule staminali) (5, 6).

Le diverse regioni dello stesso tendine posso esprimere delle "nicchie immunologiche" con differenti profili citochinici, come dimostrato nella tendinopatia del sovraspinato (5). È probabile che negli stadi avanzati il processo sia maladattativo, con la persistenza di infiltrato (cellule linfoidi, macrofagi) e degenerazione tissutale, in senso distruttivo o fibrotico.

I CS sono comunemente somministrati per modulare i meccanismi infiammatori ritenuti responsabili della progressione della tendinopatia. I CS inducono una riduzione del dolore, dell'edema tissutale, dell'angiogenesi, della fibrosi, dell'espressione di citochine. Tale interferenza non selettiva comporta anche effetti negativi:

necrosi o l'apoptosi dei tenociti e delle cellule staminali, riduzione della sintesi di collagene, riduzione delle proprietà meccaniche dei tendini (7).

Le iniezioni di CS, sebbene efficaci a breve termine sul dolore e sulla limitazione funzionale, hanno una limitata evidenza di efficacia a lungo termine e possono causare effetti avversi, più spesso localizzati, come l'atrofia tissutale e la rottura del tendine (7-9). Il betametasone valerato nella formulazione cerotto medicato occlusivo (BMVp) è stato ideato per il trattamento di dermatopatie come la psoriasi, e più recentemente è stato studiato come trattamento delle tendinopatie in alcuni studi pilota (10). La struttura del cerotto consente l'aderenza al sito, la resistenza all'acqua e il rilascio controllato del principio attivo (BMV 2.250 mg).

Per la superficialità di alcune strutture anatomiche target come il compartimento degli estensori a livello del polso, il gruppo dell'Università Cattolica ha condotto un piccolo studio in cui sono stati arruolati 10 pazienti con diagnosi di tenosinovite di de Quervain (11).



I pazienti sono stati sottoposti a un regime di somministrazione quotidiana di BMVp per 8 giorni e a giorni alterni per i successivi 8. Al follow-up finale a 28 giorni il dolore (NRS 8 vs 1.5) e la limitazione funzionale valutata con il Patient-Rated Wrist/Hand Evaluation questionnaire versione italiana (74 vs 8) sono risultati ridotti in una misura clinicamente rilevante (11).

Una ricerca della letteratura disponibile su BMVp e tendinopatie ci offre due lavori sull'argomento. Il lavoro di Salini e Abate è una case series di 15 casi di tendinopatie trattate con BMVp (12). Il lavoro mostra una riduzione del dolore e della limitazione funzionale, ma è limitato dal design non sperimentale, dall'eterogeneità del campione (differenti tendinopatie), dall'elevato drop-out per fallimento terapeutico (5 pazienti).

Lo studio controllato randomiz-

zato multicentrico di Frizziero e colleghi confronta l'applicazione per 24 h di BMVp vs 12 h vs placebo in un gruppo di 62 pazienti affetti da tendinopatia del gomito di durata ≥ 12 settimane e VAS ≥ 50 mm durante un movimento standardizzato correlato alla diagnosi, con segni ecografici di tendinopatia (13). A 28 giorni, BMVp risultava efficace su dolore (VAS BMVp 12h 39.3 ± 27.7 mm vs BMVp 24h 36.9 ± 32.5 vs placebo 20.2 ± 27.3) rispetto a placebo, senza differenze tra i due regimi di trattamento.

Per quanto concerne gli effetti avversi, gli eventi più gravi (eruzione cutanea, trombosi del seno trasverso) sono avvenuti nel braccio placebo e in generale la terapia è stata ben tollerata (13). Si è osservata una maggiore incidenza di effetti avversi locali, come eritema ed edema, e sistemici (cefa-

lea, tachicardia, ipertensione) nel regime BMVp 24h.

In linea teorica, è possibile che BMVp possa essere più tollerato, esporre i tessuti a un rilascio graduale di CS e limitare le spese sanitarie associate a un ciclo di infiltrazioni.

Il BMVp potrebbe rappresentare un'opzione terapeutica nel trattamento delle tendinopatie in alternativa alle infiltrazioni, ma le evidenze disponibili sono estremamente limitate e sono necessari ulteriori studi per poterlo raccomandare.



Sintesi della relazione presentata
al 44° Congresso nazionale
dell'Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore, edizione
online, 23-25 settembre 2021.

Bibliografia

1. C. Hopkins, S.-C. Fu, E. Chua, X. Hu, C. Rolf, V. M. Mattila, L. Qin, P. S.-H. Yung, K.-M. Chan, *Critical review on the socio-economic impact of tendinopathy. Asia Pac J Sports Med Arthrosc Rehabil Technol.* 4, 9–20 (2016).
2. S. Steinmann, C. G. Pfeifer, C. Brochhausen, D. Docheva, *Spectrum of Tendon Pathologies: Triggers, Trails and End-State. Int J Mol Sci.* 21, E844 (2020).
3. T. Kirchgessner, A. Larbi, P. Omoumi, J. Malghem, N. Zamali, J. Manelfe, F. Lecouvet, B. Vande Berg, S. Djebbar, B. Dallaudière, *Drug-induced tendinopathy: from physiology to clinical applications. Joint Bone Spine.* 81, 485–492 (2014).
4. M. J. Mosca, M. S. Rashid, S. J. Snelling, S. Kirtley, A. J. Carr, S. G. Dakin, *Trends in the theory that inflammation plays a causal role in tendinopathy: a systematic review and quantitative analysis of published reviews. BMJ Open Sport Exerc Med.* 4, e000332 (2018).
5. V. Arvind, A. H. Huang, *Reparative and Maladaptive Inflammation in Tendon Healing. Front. Bioeng. Biotechnol.* 0 (2021), doi:10.3389/fbioe.2021.719047.
6. G. Riley, *Tendinopathy—from basic science to treatment. Nat Clin Pract Rheumatol.* 4, 82–89 (2008).
7. M. Abate, V. Salini, C. Schiavone, I. Andia, *Clinical benefits and draw-*

backs of local corticosteroids injections in tendinopathies. Expert Opin Drug Saf. 16, 341–349 (2017).

8. C. A. Richie, W. W. Briner, *Corticosteroid injection for treatment of de Quervain's tenosynovitis: a pooled quantitative literature evaluation. J Am Board Fam Pract.* 16, 102–106 (2003).
9. B. K. Coombes, L. Bisset, B. Vicenzino, *Efficacy and safety of corticosteroid injections and other injections for management of tendinopathy: a systematic review of randomised controlled trials. The Lancet.* 376, 1751–1767 (2010).
10. S. Ly, J. M. Amici, *Role of betamethasone valerate 2.250 mg medicated plaster in the treatment of psoriasis and other dermatological pathologies: a review. Drugs Context.* 7 (2018), doi:10.7573/dic.212539.
11. S. Sardo, G. Finco, P. Diamanti, M. Stefani, D. Muriess, V. Cilli, Violo, Bartolomeo, M. Evangelista, *in 42° Congresso Nazionale AISD (2019).*
12. V. Salini, M. Abate, *Percutaneous steroidal treatment in relapses of chronic tendinopathies: a pilot study. Int J Immunopathol Pharmacol.* 24, 211–216 (2011).
13. A. Frizziero, A. Causero, S. Bernasconi, R. Papalia, M. Longo, V. Sessa, F. Sadile, P. Greco, U. Tarantino, S. Masiero, S. Rovati, V. Frangione, *Efficacy of betamethasone valerate medicated plaster on painful chronic elbow tendinopathy: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. Muscles Ligaments Tendons J.* 6, 131–139 (2016).

Abbiamo riassunto in 3 poster alcune informazioni essenziali sul dolore

- Come si misura il dolore?
- Farmaci contro il dolore
- Tipi di dolore

COME SI MISURA IL DOLORE?

SCALA VALUTAZIONE DOLORE CON FACCINE

Il dolore si misura con scale validate scientificamente. Quelle più utilizzate sono la scala numerica (NRS) che va da 0 a 10, dove 0 equivale al peggior dolore mai provato, la scala analogica visuale (VAS) su cui il paziente segna con una crocetta l'intensità del proprio dolore e la scala delle faccine, in cui si usa indicare l'intensità del dolore con una delle espressioni (da sorridente al piangente).

nessuno molto lieve lieve moderato forte molto forte

SCALE ANALOGICHE-VISIVE (VAS)

Offrono un'immagine visiva di riferimento: si chiede al paziente d'indicare l'intensità del dolore mettendo un segno su una linea lunga 10 cm. L'estremità sinistra della linea rappresenta una condizione di "assenza di dolore" e l'estremità di destra rappresenta una condizione di "peggiore dolore mai provato". La distanza in centimetri dall'estremità di "assenza di dolore" a dove il paziente ha posto il segno identifica il valore dell'intensità del dolore provato dal paziente.

SCALE NUMERICHE (NRS)

Si chiede al paziente di definire il dolore con un numero da 0 ("dolore assente") a 10 ("dolore fortissimo").

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 < nessun dolore > < massimo dolore possibile >

SCALE VERBALI (VRS)

Si chiede al paziente di scegliere fra una serie di aggettivi quello che meglio descrive il suo dolore (assente, lievissimo, moderato, di media intensità, forte, molto forte).

nessuno molto lieve lieve moderato forte molto forte

DOLORE ACUTO
 è un dolore di breve durata (per esempio, in seguito a trauma)

DOLORE RICORRENTE
 è un dolore che va e che viene

DOLORE CRONICO
 è un dolore persistente, per lunghi periodi (esempio tipico: l'artrosi)

www.aisd.it

FARMACI CONTRO IL DOLORE

FARMACI ANTI-INFIAMMATORI

Indicazioni: Si dividono in due grandi categorie: steroidi (corticosteroidi) e non-steroidi. Hanno un'azione molto efficace contro l'infiammazione. In reazione all'attacco, il dolore di tipo periferico e di tipo infiammatorio.

Precauzioni: Sono tutti farmaci molto efficaci, ma vanno usati con cautela e sotto controllo medico. Devono essere sempre prescritti e monitorati da un medico specialista.

Effetti collaterali e interazioni: Tutti gli anti-infiammatori sono in grado di provocare effetti avversi anche gravi e potenzialmente fatali. Si raccomanda comunque di consultare sempre il foglio illustrativo e di seguire le indicazioni del Medico.

Opzioni terapeutiche: Ogni terapia farmacologica deve essere valutata e prescritta solo su indicazione del Medico curante o di un Medico specialista.

PREPARATI MIORILASSANTI, ADIUVANTI, VITAMINA D

Indicazioni: Nella terapia del dolore i miorilassanti e gli adiuvanti sono spesso di grande efficacia nella terapia analgesica di combinazione con altri farmaci (paracetamolo, anti-infiammatori ed oppiacei). La vitamina D è oggi considerata un vero e proprio farmaco che non soltanto contribuisce alla salute delle ossa (riducendo il rischio di osteoporosi) ma agisce anche come adiuvante nella terapia anti-infiammatoria ed antitumorale.

Precauzioni: Il Medico curante o lo Specialista dovranno fornire tutte le istruzioni circa le precauzioni che devono essere evitate in alto durante il periodo di cura e di terapia.

Effetti collaterali e interazioni: Se usati opportunamente ed in modo appropriato, questi preparati presentano un rischio di effetti avversi non particolarmente elevato. Si raccomanda comunque di consultare sempre il foglio illustrativo.

Opzioni terapeutiche: Ogni terapia farmacologica deve essere valutata e prescritta solo su indicazione del Medico curante o di un Medico specialista.

PARACETAMOLO

Indicazioni: Il paracetamolo è un farmaco con azione analgesica (riduce la temperatura corporea) ed analgesica (riduce il dolore). È indicato analgesico di 1° linea per i 1000 mg (1 grammo) e può essere usato in dosaggi di 2-3 grammi al giorno (senza anche a dosaggio elevato). Per un migliore effetto analgesico si suggerisce assumere il paracetamolo non ad orario fisso, ma al momento dell'insorgere del dolore.

Precauzioni: Durante una terapia prolungata è da evitare il consumo di alcool e di cibi grassi, il consumo di cibi molto salati e la durata della terapia, nonché le malattie e le terapie associate, per non rischiare effetti indesiderati, anche gravi. Si raccomanda comunque di consultare sempre il foglio illustrativo.

Effetti collaterali e interazioni: Il paracetamolo è ben tollerato e generalmente non provoca effetti avversi a livello gastroenterico e renale. Si raccomanda comunque sempre di consultare il foglio illustrativo.

Opzioni terapeutiche: Ogni terapia farmacologica deve essere valutata e prescritta solo su indicazione del Medico curante o di un Medico specialista.

FARMACI OPIACEI

Indicazioni: Gli oppiacei sono potenti farmaci contro il dolore acuto e cronico. Devono essere usati solo in caso di dolore moderato e grave e a breve durata, nonché in caso di dolore di grande intensità, ma anche nel dolore cronico e di grande intensità.

Precauzioni: Il paziente deve essere sempre sotto il controllo medico curante. La somministrazione deve essere a breve termine e per brevi periodi di tempo, nonché in caso di dolore associato, per non rischiare effetti indesiderati, anche gravi. Si raccomanda comunque di consultare sempre il foglio illustrativo.

Effetti collaterali e interazioni: Sono farmaci molto efficaci ma potenzialmente pericolosi se non si seguono le indicazioni del Medico Curante. La somministrazione a lungo termine (per periodi di tempo) sono da evitare, per non rischiare effetti collaterali più frequenti. Si raccomanda di consultare sempre il foglio illustrativo.

Opzioni terapeutiche: Ogni terapia farmacologica deve essere valutata e prescritta solo su indicazione del Medico curante o di un Medico specialista.

ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LO STUDIO DEL DOLORE

TIPI DI DOLORE

DOLORE ACUTO

Il dolore acuto è un sintomo importante che permette al Medico di porre un sospetto diagnostico e programmare indagini strumentali ed analitiche per una corretta diagnosi ed una specifica terapia (medica e chirurgica).
 Le cause di dolore acuto possono essere multiple:

1. lesione o trauma di un organo o sistema;
2. trauma estremo al corpo o agli organi;
3. dolore neuropatico.

Indagini di base da eseguire (sempre dopo aver consultato il Medico): Il Medico Curante e lo Specialista valuteranno, caso per caso, quali indagini strumentali e quali esami di laboratorio far eseguire al/la Paziente per una corretta diagnosi. La corretta diagnosi permetterà la scelta del migliore intervento medico e chirurgico e della migliore terapia analgesica.

DOLORE NEUROPATICO

Il dolore neuropatico è causato dalla sofferenza di uno o di più nervi periferici (es. calcalgia da compressione medullare oppure in seguito alla chemioterapia - anche progressiva con neuropatia - o il Herpes Zoster), così come da meccanismi complessi di sensibilizzazione centrale con sofferenza cronica del sistema nervoso centrale. Quando sospettare la diagnosi: il dolore neuropatico è descritto come un dolore in fiamme, presente sul territorio di innervazione di uno o di più nervi, con le seguenti caratteristiche: sensazione di bruciore, sensazione di scossa elettrica, sensazione di quali colpite nella pelle, formicolii, intorpidimenti.

Indagini di base da eseguire (sempre dopo aver consultato il Medico): Il Medico Curante e lo Specialista valuteranno, caso per caso, quali indagini strumentali e quali esami di laboratorio far eseguire al/la Paziente per una corretta diagnosi. La corretta diagnosi permetterà la scelta della migliore terapia analgesica.

DOLORE CRONICO

Il dolore cronico è oggi considerato una malattia cronica e si divide in:

1. degenerativo;
2. infiammatorio;
3. neuropatico.

Il dolore degenerativo compare in corso di malattie neurodegenerative (ad es. artrosi), il dolore infiammatorio si manifesta in corso di malattie immunologiche (ad es. artrite e connettiviti), il dolore neuropatico è causato da una sofferenza di uno o di più nervi periferici oppure da una sofferenza del sistema nervoso centrale. Il dolore acuto è caratterizzato dall'insorgere del dolore in un'area del corpo, in un'area del corpo, in un'area del corpo, in un'area del corpo.

Quando sospettare la diagnosi: Si definisce cronico un dolore che persiste oltre 3 mesi consecutivi, indipendentemente da cause di laboratorio, di esami di laboratorio, di esami di laboratorio, di esami di laboratorio.

Indagini di base da eseguire (sempre dopo aver consultato il Medico): Il Medico Curante e lo Specialista valuteranno, caso per caso, quali indagini strumentali e quali esami di laboratorio far eseguire al/la Paziente per una corretta diagnosi. La corretta diagnosi permetterà la scelta della migliore terapia analgesica.

DOLORE ONCOLOGICO

Il dolore oncologico si può manifestare durante il decorso ed in conseguenza di una malattia oncologica. Il dolore oncologico è generalmente classificato da un dolore di grado da un dolore acuto episodico (ad es. il cosiddetto "breakthrough cancer pain, BCCP").

Indagini di base da eseguire (sempre dopo aver consultato il Medico): Il Medico Curante e lo Specialista valuteranno, caso per caso, quali indagini strumentali e quali esami di laboratorio far eseguire al/la Paziente per una corretta diagnosi. La corretta diagnosi permetterà la scelta della migliore terapia analgesica, sia per ridurre il più possibile il dolore di fondo, sia per combattere il BCCP.

ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LO STUDIO DEL DOLORE



I poster in formato pdf sono scaricabili dal sito dell'Associazione Italiana per lo Studio del dolore www.aisd.it cliccando sui rispettivi titoli



Il Centro di terapia del dolore di primo livello a Catanzaro

L'ambulatorio si trova presso l'UOC di Farmacologia clinica e Farmacovigilanza dell'AOU Mater Domini (Direttore Prof. G. De Sarro) ed è stato istituito grazie ad una collaborazione tra il Centro di Ricerca FAS@UMG dell'Università Magna Grecia di Catanzaro (Direttore Prof.ssa Citraro), la SIMG Calabria (Dottoressa Lucia Muraca, componente del Gruppo di studio Nazionale SIMG su Terapia del dolore e Cure palliative e il Dottor Franco Corasiniti, referente dell'area dolore SIMG Calabria), la SIF Calabria (Prof. Luca Gallelli, referente della SIF- sezione clinica regionale e direttore della scuola di specializzazione di farmacologia e tossicologici clinica per medici dell'Università di Catanzaro).

La peculiarità del centro di terapia del dolore è rappresentata dalla

stretta collaborazione tra medico di medicina generale e Università. La visita è effettuata sempre da un medico di medicina generale (Dott.ssa Lucia Muraca, e Dott. Franco Corasiniti,) e da almeno un farmacologo clinico (Prof. Gallelli e Prof.ssa Palleria). L'ambulatorio si avvale anche del supporto specialistico di radiologi, reumatologi, fisioterapisti, ortopedici e neurochirurghi. Dei 155 accessi avvenuti da marzo 2021 a oggi presso il Centro, 65% dei pazienti erano donne, 35% maschi, di età compresa tra i 24 ai 94 anni. Le patologie trattate prevalentemente sono state: fibromialgia (5%), dolore neuropatico (55%), dolore oncologico (5%), dolore nocicettivo (15%), dolore misto (20%), 2 pazienti con algodistrofia.

a cura di **Lucia Muraca**

Giorni e orari di apertura:

*martedì e mercoledì
dalle 14.30 alle 18:00.*

Sede:

*Campus Università di Catanzaro
viale Europa Livello 2 padiglione C*

Prenotazioni:

*La prenotazione viene effettuata
direttamente dal medico di medicina
generale al numero di telefono
0961 3694181 o mediante
email: terapiadoloreunicz@gmail.com*



Università degli Studi "Magna Graecia"
di CATANZARO





SSD terapia antalgica - ASO S. Croce e Carle di Cuneo



Equipe medica

Direttore, Dott. Enrico Obertino

Dott. Angelo Cifariello

Dott.ssa Anna Mazzei

Dott.ssa Emanuela Bruno

Dott.ssa Letizia Leogrande

Dott. Alfonso Mollo

Psicologhe consulenti:

Dott.ssa Gemma Falco

Dott.ssa Piacenza Arianna

Infermieri:

Daniela Montafia

Patrizia Pepino

Gabriella Sciarra

Simona Racca

Coordinatrice Silvia Cavallo

Amministrativa Silvana Olivero

L'équipe medica, escluso il direttore, presta servizio anche presso la S.C. di Anestesia.

Il Centro, diventato SSD terapia antalgica dell'ASO S. Croce e Carle di Cuneo (2021) ha iniziato le sue funzioni nel 1979 e sino al 1988 ha svolto attività ambulatoriale e di consulenza interna per l'Ospedale Civile di Cuneo; nel 1988 è diventato Centro del Dolore e Cure Palliative dell'Ospedale di Cuneo; dal 1995 S.S. del Dipartimento di Emergenza - Anestesia e Rianimazione dell'ASO S. Croce e Carle di Cuneo - Ente di Alto Rilievo Nazionale. In media il

centro gestisce annualmente più di 600 pazienti, con circa 1500 accessi al Day Hospital, 80/90 ricoveri e circa 5000 visite ambulatoriali.

Aggregata al centro del dolore la Fondazione ADAS, Assistenza Domiciliare ai Sofferenti, per le Cure Palliative domiciliari, costituita nel 1990 dal dottor Diego Beltrutti insieme al dottor Valentino Menardo e da altri professionisti. Attualmente la Fondazione prosegue nella sua attività di assistenza avvalendosi della collaborazione di volontari e infermieri, medici, fisioterapisti e psicologi (per maggiori informazioni www.adascuneo.com).



segue da pag 23

Patologie trattate

Tutte quelle capaci di determinare dolore e in particolare:

- artrite reumatoide
- cefalea muscolo-tensiva
- cervicalgia
- cervico brachialgia
- contratture muscolari
- dolore alla spalla
- dolore centrale
- dolore cronico rachide da canale stretto
- dolore ischemico arti inferiori
- dolore lombare in pazienti operati al rachide (failed back surgery syndrome)
- dolore miofasciale
- dolore nel paziente diabetico
- dolore neuropatico
- dolore post-erpetico
- dolori in emiplegia postictale
- dolori muscolo scheletrici
- dolori neoplastici
- dolori pelviperineali
- dorsalgia
- epicondilitis, epitrocleite
- ernia discale
- ernie discali inoperabili

- fascite plantare
- FBSS (sindrome da fallito intervento chirurgico al rachide)
- fibromialgia
- gonartrosi e sindromi artrosiche generalizzate
- lombalgia e lombo-sciatalgia rachialgia
- sindrome da arto fantasma
- sindrome del tunnel carpale
- sindromi dolorose su base vascolare
- toracalgie post sternotomie o post- traumatiche

Trattamenti

- Neuromodulazione del dolore con radiofrequenze dei gangli delle radici
- Stimolatori midollari, gangliari e dei nervi periferici
- Blocchi antalgici peridurali e blocchi mirati al forame in fluoroscopia
- Blocchi delle faccette articolari vertebrali in fluoroscopia
- Viscosupplementazione articolare ecoguidata
- Periduroli e periduroscopia

- Blocchi sacroiliaca in fluoroscopia
- Infiltrazioni intra-articolari, locali delle zone dolorose, nervi periferici, trigger point
- Terapia farmacologica
- Cannabis terapeutica
- Terapia multimodale psicologica (mindfulness)

a cura di
Davide Gerboni

Giorni e orari di apertura:

da lunedì al venerdì,
dalle 8.00 alle 20.00.
per visite e consulenze,
sala operatoria
dalle 8.00 alle 14.00.

Prenotazioni:

Le prime visite (esclusi pazienti fuori regione/ASL) si prenotano tramite Call Center CUP Regionale **800 000 500**, attivo tutti i giorni dalle 8,00 alle 20,00 sabato e domenica inclusi, festività nazionali escluse. Le visite di controllo sono prenotate dal centro su indicazione del medico Algologo



Signa Vitae

Journal of Anesthesia, Intensive
Care, Emergency and Pain Medicine



Pubblicare sulla rivista Signa Vitae

Agevolazioni per i soci dell'Associazione Italiana Studio Dolore

Grazie a un accordo tra l'Associazione Italiana Studio Dolore e l'editore della rivista Signa Vitae, Journal of Anaesthesia, Intensive Care, Emergency and Pain Medicine, i soci AISD potranno pubblicare usufruendo di uno sconto del 20% sui costi di pubblicazione.

La rivista è Open Access e peer-reviewed, indicizzata da SCI, Scopus, Embase ecc. L'Editor in Chief è Giustino Varrassi, Presidente della Fondazione Paolo Procacci, Presidente AISD dal 2003 al 2009, già presidente della European Pain Federation (2009-2012).

Per maggiori informazioni visita il sito della rivista:

<https://www.signavitae.com>

Al momento della sottomissione di articoli basterà indicare lo status di socio in regola con la quota, previa conferma dell'Associazione Italiana Studio Dolore.



UOSD di terapia del dolore dell'ASST Lecco



L'UOSD di terapia del dolore dell'ASST Lecco è diretta dal dottor Paolo Maniglia.

Collaborano il dottor Fabio Pisaturo, che si occupa della parte interventistica, e le dottoresse Elena Pitino e Gianfranca Zona, dedicate principalmente alle attività ambulatoriali. Le patologie trattate riguardano, a scopo esemplificativo e non esaustivo le sindromi dolorose della colonna in toto (cervicale, dorsale, lombosacrale), dolore post erpetico, dolore cronico di esiti di protesi, dolore arto fantasma, dolore neuropatico, fibromialgia, le cefalee tensive e cefalee a grappolo/SUNCT con

trattamento del ganglio sfenopalatino con numerosi casi all'attivo.

Sede:

Presso l'ospedale "Alessandro Manzoni", via dell'Eremo 9/11, Lecco.

Informazioni:

Per accedere alla visita ambulatoriale è necessario essere in possesso di un'impegnativa con l'indicazione "visita anestesiológica per terapia del dolore".

Contatti:

terapiadeldolore@asst-lecco.it

Prevenire la cronicizzazione del mal di schiena con farmaci che curano il Parkinson?



Hanno cercato di rispondere al quesito Diane Reckziegel e colleghi (Northwestern University Feinberg School of Medicine, Chicago) in un articolo pubblicato su *Pain & Therapy*. L'articolo è particolarmente interessante sia perché per il trial non sono stati prescritti i classici farmaci per il dolore, ma farmaci che curano il morbo di Parkinson, sia perché mette in luce le differenze di genere nelle modificazioni plastiche del dolore.

Recenti studi di imaging del cervello umano e di roditori suggeriscono il coinvolgimento dei circuiti dopaminergici cerebrali nella transizione verso il dolore

cronico (tCBP), gli autori hanno quindi voluto verificare se questa transizione può essere bloccata da una nuova combinazione terapeutica di carbidopa/levodopa e naprossene (LDP +NPX) messa a confronto con una terapia di placebo + NPX. Gli autori hanno inoltre indagato se la risposta è dipendente dal sesso e se l'imaging cerebrale può fornire evidenze che lo confermano.

I partecipanti reclutati sono stati 72, stratificati per rischio di tCBP utilizzando biomarcatori di imaging cerebrale. Un gruppo di partecipanti ha ricevuto per tre mesi la terapia LDP + NPX e un altro gruppo placebo + NPX. I

partecipanti a basso rischio di sviluppare cCBP non hanno ricevuto alcun trattamento.

In circa il 75% dei partecipanti i trattamenti farmacologici hanno ridotto del 50% il dolore, ma interessante è stato rilevare che in sottogruppi specifici si è notata una marcata e prolungata riduzione del dolore nelle pazienti donne trattate con LDP + NPX rispetto al gruppo placebo + NPX, riduzione confermata anche dall'imaging.

Lo studio, seppure con un numero limitato di partecipanti, indica quindi che l'utilizzo di trattamenti farmacologici specifici secondo il sesso del paziente può fare la differenza nella prevenzione della lombalgia cronica e fornisce nuovi concetti su come condurre studi clinici, soprattutto nei pazienti con dolore, utilizzando modelli di studio basati su biomarcatori cerebrali. Futuri trial con un maggior numero di partecipanti sono quindi giustificati e auspicabili. Prevenire la transizione al mal di schiena cronico sarebbe infatti la strategia ideale per evitare una sofferenza prolungata.

Reckziegel, D., Tétreault, P., Ghantous, M. et al. Sex-Specific Pharmacotherapy for Back Pain: A Proof-of-Concept Randomized Trial. Pain Ther (2021). doi.org/10.1007/s40122-021-00297-2



L' **Abstract Book**
è pubblicato nel sito
www.aisd.it



Gli abstract sono inoltre stati pubblicati
su Cureus Journal of Medical Science,
nel canale accademico della Fondazione
Paolo Procacci www.cureus.com

ABSTRACT BOOK



Cureus JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE

The Cureus Journal of Medical Science is a fully Open Access journal, which means that all articles are available on the internet to all users immediately upon publication. Cureus publishes all approved articles under a CC-BY license.

1.5
Million

Avg. Monthly Total
Article Reads

55%

Avg. Acceptance
Rate

39
Days

Avg. Time to
Publish

52%

Avg. Published for
Free

*Over the last 12 months

Letteratura scientifica

Recenti pubblicazioni dei soci



Per segnalare articoli scrivere a:
redazione@aisd.it

Per la lista completa consultare
il sito www.aisd.it

An Italian Expert Consensus on the Use of Opioids for the Management of Chronic Non-Oncological Pain in Clinical Practice: Focus on Buprenorphine

Mattia C, Luongo L, Innamorato M, Melis L, Sofia M, Zappi L, Puntillo F.
J Pain Res. 2021;14:3193-3206
DOI/ORG: 10.2147/JPR.S314206

...

Abstract

Purpose: The aim of the present work was to evaluate the knowledge and prescriptive habits of clinicians involved in the management of chronic non cancer pain (CNCP), with a special focus on the use of opioids.

Methods: A Delphi method was used. A Board of specialists elaborated and discussed a series of statements, based on available literature and personal clinical expertise, about particularly controversial topics on pain pathophysiology and treatment. A Panel of experts in the field of pain management, selected by the Board, was invited to vote the proposed statements, indicating the level of agreement on a 5-point Likert scale (1:

strongly disagree; 2: disagree; 3: partially agree; 4: agree; 5: strongly agree). The threshold for consensus was set at minimum 66.6% of the number of respondents with a level of agreement ≥ 4 (Agree or Strongly agree).

Results: The Board included 5 pain therapists, 1 pharmacologist and 1 methodology expert and drew up a total of 36 statements (for a total of 40 requested answers)". A total of 100 clinicians were included in the Expert Panel. Respondents were 89 (89%). Consensus was achieved for 32 out of 40 answers. Most of the lack of consensus was recorded for statements regarding opioids use, and resulted from a low level of agreement (3 on the Likert scale), suggesting a neutral position deriving from a lack of knowledge rather than a strong contrary opinion.

Conclusion: Most of the proposed items reached consensus, suggesting a generally homogeneous approach to CNCP management. However, the lack of consensus recorded for several items regarding opioid use confirms the need to fill important gaps in the knowledge of available agents. A clear explanation of the peculiar pharmacological properties of drugs associated with potential clinical advantages (such as buprenorphine) will help optimize pain treatment in both primary care and hospital settings and improving pain control in CNCP patients.



Covid-19 and absence of music therapy: Impact on mother-child dyad during invasive procedures in pediatric oncology

Giordano F, Rutigliano C, De Leonardis F, Rana R, Neri D, Brienza N, Santoro N.

The Arts in Psychotherapy 2021; 75: 101839

DOI/ORG: 10.1016/j.aip.2021.101839

•••

Abstract

During COVID-19 pandemic, Italian pediatric oncology departments were obliged to adopt restrictive measures to minimize the risk of in-hospital infections in frail patients and staff members. Access to the wards was significantly reduced and music therapy (MT) activities were suspended. The aim of this study was to compare the level of anxiety and sedation in pediatric patients undergoing invasive procedure before (T1), during(T2) and after(T3) the pandemic, with and without the presence of MT. From January to September 2020, all children aged 2–15 with oncological and hematological diseases undergoing to invasive procedure were enrolled. During T1 and T3 children received preoperative preparation with MT by a certified music-therapist. In T2 they received music or video by clinical staff. Preoperative anxiety scores were measured with the m-YPAS scale. Interviews with mothers were performed. The average consumption of drugs used was analyzed. Significant differences in preoperative anxiety levels between scores in T1, T2 (p.value = 0,0000014) and in T2, T3 (p.value = 0,0000031) were observed. No difference between T1-T3 (p.value = 0,96). Higher dosage of midazolam in T2 (1,14 mg 0,189) compared to T1 (0,71 mg 0,399) and T2 (1,14 mg 0,189) were observed. Mothers also recorded higher scores on anxiety and stress without music therapy.



Chronic fatigue syndrome: an emerging sequela in COVID-19 survivors?

Mantovani E, Mariotto S, Gabbiani D, Dorelli G, Bozzetti S, Federico A, Zanzoni S, Girelli D, Crisafulli E, Ferrari S, Tamburin S.

J Neurovirol. 2021 Aug;27(4):631-637.

DOI: 10.1007/s13365-021-01002-x.

•••

Abstract

SARS-CoV-2 survivors may report persistent symptoms that resemble myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome (ME/CFS). We explored (a) ME/CFS-like symptom prevalence and (b) whether axonal, inflammatory, and/or lung changes may contribute to ME/CFS-like symptoms in SARS-CoV-2 survivors through clinical, neuropsychiatric, neuropsychological, lung function assessment, and serum neurofilament light chain, an axonal damage biomarker. ME/CFS-like features were found in 27% of our sample. ME/CFS-like group showed worse sleep quality, fatigue, pain, depressive symptoms, subjective cognitive complaints, Borg baseline dyspnea of the 6-min walking test vs. those without ME/CFS-like symptoms. These preliminary findings raise concern on a possible future ME/CFS-like pandemic in SARS-CoV-2 survivors.



Complex Regional Pain Syndrome Type I Following Non-Orthopedic Surgery: Case Report and Narrative Review

Moretti A, Gimigliano F, Paoletta M, Bertone M, Liguori S, Toro G, Iolascon G. *Diagnostics (Basel).* 2021 Sep 1;11(9):1596

DOI: 10.3390/diagnostics11091596.

•••

Abstract

Complex regional pain syndrome type I (CRPS I)—or algodystrophy—is a rare disease that usually occurs

after a traumatic event. It is characterized by typical clinical findings such as severe and disabling pain disproportionate to the injury, functional limitations, as well as sensory and vasomotor alterations. However, some people do not report any injury associated with algodystrophy onset in personal history. We describe the management of an unusual case of CRPS I which occurred during the long-term follow-up of percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA) and performed a narrative review of algodystrophy in non-orthopedic surgery. A clinical case of a 44-year-old man with a spontaneous onset of CRPS I of the right ankle is presented. He did not refer to history of any memorable significant trigger event. Approximately 5 months before the onset of clinical manifestations, he received a PTCA via the right femoral approach. We suppose an association between CRPS and this procedure and propose a possible pathophysiologic mechanism. The patient was treated with intramuscular neridronate, which resulted in significant pain relief and improved his quality of life. A comprehensive clinical and instrumental evaluation in patients with CRPS is challenging but mandatory for a correct diagnosis. An extensive analysis of patient history is important for identifying any potential trigger event, including non-orthopedic procedures. Bone scan could have a pivotal role for improving diagnostic sensitivity and specificity in CRPS I. Neridronate was a safe and effective therapeutic approach for this patient, confirming the results of the high-quality evidence available.



Acetyl-L-Carnitine in chronic pain: a narrative review

Sarzi-Puttini P, Giorgi V, Di Lascio S, Fornasari D.

Pharmacol Res. 2021 Sep 6:105874.

DOI: 110.1016/j.phrs.2021.105874.

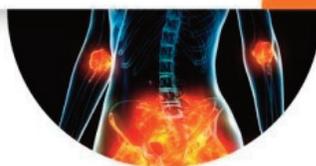
...

Abstract

Acetyl-L-carnitine (ALC) is an endogenous molecule that not only plays a role in energy metabolism, but also has antioxidant properties, protects from oxidative stress, modulates brain neurotransmitters such as acetylcholine, serotonin and dopamine, and acts on neurotrophic factors such as nerve growth factor (NGF) and metabotropic glutamate (mGlu) receptors by means of epigenetic mechanisms. Importantly, it induces mGlu2 expression at nerve terminals, thus giving rise to analgesia and preventing spinal sensitization. It has also been found to have even long-term neurotrophic and analgesic activity in experimental models of chronic inflammatory and neuropathic pain. The aim of this narrative review is to summarise the current evidence regarding the use of ALC in patients with chronic pain, and cognitive and mood disorders, and investigate the rationale underlying its use in patients with fibromyalgia syndrome, which is characterised by nociplastic changes that increase the sensitivity of the nervous system to pain.

SEE YOU IN DUBLIN 2022 PAIN IN EUROPE XII

TARGETING PAIN AND ITS COMORBIDITIES
IN THE DIGITAL AGE



12th CONGRESS OF THE
EUROPEAN PAIN FEDERATION EFIC®
27-30 APRIL 2022 | DUBLIN, IRELAND



WWW.EFIC.ORG #EFIC2022

Moderate Exercise Improves Cognitive Function in Healthy Elderly People: Results of a Randomized Controlled Trial

Carta G, Cossu G, Pintus E, Pintus E, Zaccheddu R, Callia O, Conti G, Pintus M, Gonzalez CIA, Massidda MV, Mura G, Sardu C, Contu P, Minerba L, Demontis R, Pau M, Finco G, et al.
Clinical Practice and epidemiology in mental health, September 2021;17:75-80
 DOI: 10.2174/1745017902117010075

•••

Abstract

Background: Physical activity in the elderly is recommended by international guidelines to protect against cognitive decline and functional impairment.

Objective: This Randomized Controlled Trial (RCT) was set up to verify whether medium-intensity physical activity in elderly people living in the community is effective in improving cognitive performance.

Design: RCT with parallel and balanced large groups.

Setting: Academic university hospital and Olympic gyms.

Subjects: People aged 65 years old and older of both genders living at home holding a medical certificate for suitability in non-competitive physical activity.

Methods: Participants were randomized to a 12-week, 3 sessions per week moderate physical activity program or to a control condition focused on cultural and recreational activities in groups of the same size and timing as the active intervention group. The active phase integrated a mixture of aerobic and anaerobic exercises, including drills of "life movements", strength and balance. The primary outcome was: any change in Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R) and its subscales.

Results: At the end of the trial, 52 people completed the active intervention, and 53 people completed the control condition. People in the active intervention improved on the ACE-R (ANOVA: $F(1;102)=4.32$, $p=0.040$), and also showed better performances on the memory ($F(1;102)=5.40$ $p=0.022$) and visual-space skills subscales of the ACE-R ($F(1;102)=4.09$ $p=0.046$).

Conclusion: A moderate-intensity exercise administered for a relatively short period of 12 weeks is capable of improving cognitive performance in a sample of elderly people who live independently in their homes.

Suicide by Opioid: Exploring the Intentionality of the Act

Pergolizzi J, Breve F, Magnusson P, Nalamasu R, LeQuang JA, Varrassi G.
Cureus 13(9): e18084.
 DOI: 10.7759/cureus.18084
 (September 18, 2021)

•••

Abstract

Opioid toxicity can result in life-threatening respiratory depression. Opioid-overdose mortality in the United States is high and increasing, but it is difficult to determine what proportion of those deaths might actually be suicides. The exact number of Americans who died of an opioid overdose but whose deaths might be classified as suicide remains unknown. It is important to differentiate between those who take opioids with the deliberate and unequivocal objective of committing suicide, that is, those with active intent, from those with passive intent. The passive-intent group understands the risks of opioid consumption and takes dangerous amounts, but with a more ambiguous attitude toward suicide. Thus, among decedents of opioid overdose, a large population dies by accident, whereas a small population dies intending to commit suicide; but between them exists a sub-population with equivocal intentions, waxing and waning between their desire to live and the carelessness about death. There may be a passive as well as active intent to commit suicide, but less is known about the passive motivation. It is important for public health efforts aimed at reducing both suicides and opioid-use disorder to better understand the range of motivations behind opioid-related suicides and how to combat them.



Beyond chronic migraine: a systematic review and expert opinion on the off-label use of botulinum neurotoxin type-A in other primary headache disorders

Argyriou AA, Mitsikostas DD, Mantovani E, Vikelis M, Tamburin S.

Expert Rev Neurother.

DOI: 10.1080/14737175.2021.1958677

2021 Aug 18:1-22.

•••

Abstract

Introduction: Botulinum neurotoxin type-A (BoNTA) is licensed for the treatment of chronic migraine (CM), but it has been tested off-label as a therapeutic choice in other primary headaches (PHs). We aimed to provide a systematic review and expert opinion on BoNTA use in PHs, beyond CM.

Areas covered: After providing an overview on PHs and mechanism of BoNTA action, we report the results of a systematic review, according to the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) recommendations, of BoNTA therapeutic trials in PHs beyond CM. Studies and results were reviewed and discussed, and levels of evidence were graded. We also collected data on relevant ongoing trials.

Expert opinion: Although there are contradictory findings on PHs other than CM, BoNTA may represent a therapeutic option for patients who do not respond to conventional prophylactic treatments. Based on limited available evidence, BoNTA may be considered in refractory tension-type headache, trigeminal autonomic cephalalgias, primary stabbing headache, nummular headache, hypnic headache, and new daily persistent headache, after the primary nature of cephalalgia has been documented and other drugs have failed. Experienced physicians in BoNTA treatment are required to guide the therapeutic protocol for each patient to optimize good and safe outcomes.



A Comprehensive Update of the Treatment and Management of Bertolotti's Syndrome

Crane J, Cragon R, O'Neill J, Berger AA, Kassem H, Sherman W, Paladini A, Varrassi G, Odisho AS, Miriyala S, Kaye AD.

Orthopedic Reviews. 2021;13(2):68-89.

DOI: 10.52965/001c.24980

•••

Abstract

Bertolotti's Syndrome is defined as chronic back pain caused by transitional lumbosacral vertebra. The transitional vertebra may present with numerous clinical manifestations leading to a myriad of associated pain types. The most common is pain in the sacroiliac joint, groin, and hip region and may or may not be associated with radiculopathy. Diagnosis is made through a combination of clinical presentations and imaging studies and falls into one of four types. The incidence of transitional vertebra has a reported incidence between 4 and 36%; however, Bertolotti's Syndrome is only diagnosed when the cause of pain is attributed to this transitional anatomy. Therefore, the actual incidence is difficult to determine.

Initial management with conservative treatment includes medical management and physical therapy. Injection therapy has been established as an effective second line. Epidural steroid injection at the level of the transitional articulation is effective, with either local anesthetics alone or in combination with steroids. Surgery carries higher risks and is reserved for patients failing previous lines of treatment. Options include surgical removal of the transitional segment, decompression of stenosed foramina, and spinal fusion. Recent evidence suggests that radiofrequency ablation (RFA) around the transitional segment may also provide relief.

This manuscript is a comprehensive review of the literature related to Bertolotti's Syndrome. It describes the background, including epidemiology, pathophysiology, and etiology of the Syndrome, and presents the best evidence available regarding management options.

Bertolotti's Syndrome is considered an uncommon cause of chronic back pain, though the actual incidence is unclear. Most evidence supporting these therapies is of lower-level evidence with small cohorts, and more extensive studies are required to provide strong evidence supporting best practices.

Intramuscular neridronate for the treatment of complex regional pain syndrome type 1

Varena M, Braga V, Gatti D, Iolascon G, Frediani B, Zucchi F, Crotti C, Nannipieri F, Rossini M.

Ther Adv Musculoskelet Dis. 2021 Jun 11;13:1759720X211014020.

DOI: 10.1177/1759720X211014020. eCollection 2021.

...

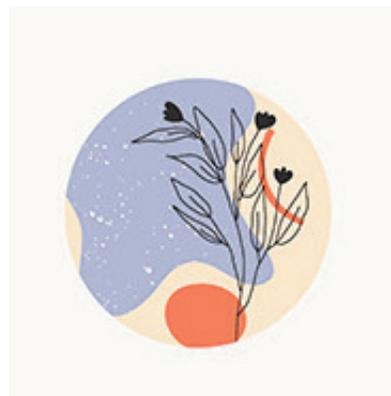
Abstract

Background: Complex regional pain syndrome type-1 (CRPS-1) is a severely disabling painful disease challenging to treat. This multicenter, randomized, double-blind placebo-controlled trial examined the efficacy of intramuscular (i.m.) neridronate in CRPS-1 patients.

Methods: A total of 78 patients diagnosed with CRPS-1 (aged 59.5 ± 10.3 , 66.7% female) were randomly assigned to 25 mg (i.m.) neridronate (N = 41) given once daily for 16 consecutive days or placebo control (N = 37). Efficacy was assessed after 30 days using a visual analogue scale (VAS) pain score and the number of patients achieving $\geq 50\%$ reduction in VAS score. Change in clinical signs and symptoms, quality of life (QoL) using Short Form Health Survey (SF-36) and the McGill Pain Questionnaire were also assessed.

Results: After 30 days, VAS score decreased significantly to a greater extent in neridronate-treated patients versus placebo (31.9 ± 23.3 mm versus 52.3 ± 27.8 mm, $p = 0.0003$). Furthermore, the proportion of patients achieving a VAS reduction of $\geq 50\%$ was greater in the neridronate group (65.9% versus 29.7%, $p = 0.0017$). Clinical signs and symptoms were improved significantly in the neridronate group versus placebo for edema (72.5% versus 79.9%, $p = 0.03$), pain during motion (70% versus 83.3%, $p = 0.0009$), allodynia (20% versus 63.3%, $p = 0.0004$), and hyperalgesia (20% versus 56.7%, $p = 0.0023$). Whereas no difference was observed for QoL measures using the SF-36 questionnaire, three of the four pain variables using the McGill Pain Questionnaire improved significantly in the neridronate group. No serious drug-related adverse events were reported during the study.

Conclusion: In patients with acute CRPS-1, i.m. injections of 25 mg neridronate were associated with clinically relevant benefit compared with placebo controls.





23-25 SETTEMBRE 2021

44° CONGRESSO NAZIONALE AISD
ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LO STUDIO DEL DOLORE



3 *giorni di diretta online*



870 *partecipanti iscritti al Congresso*



57 *relatori e moderatori coinvolti in*



13 *sessioni scientifiche*



3 *letture magistrali*



1 *tavola rotonda, una sessione di comunicazioni e poster*



1 *corso di ecografia in terapia del dolore*



25 *crediti formativi ECM erogati dall'evento*

il Congresso è stato infatti accreditato ECM come FAD.

Tutti i partecipanti iscritti possono rivedere le relazioni fino al 31 marzo 2022, nel sito www.congressoaisd.it.

Dal sito AISD www.aisd.it è possibile scaricare l'abstract book.

Sul canale Youtube di AISD invece è possibile guardare la lettura su Covid 19 e dolore e le presentazioni dei 7 abstract premiati.

 [Link ai video degli Abstract premiati AISD in ordine alfabetico](#)

Diana Abbenante

Francesco Coppolino, Rosanna Miccio, Antimo Leva, Marica Aprea, Marco Fiore, Vincenzo Pota, Maria Beatrice Passavanti, Pasquale Sansone, Maria Caterina Pace
Gestione del dolore perioperatorio di un trapianto cortico-spongioso autologo di radio e ulna: case report

[Per il link diretto al video clicca QUI](#)

Filippo Giordano

Chiara Rutigliano, Francesco De Leonardis, Roberta Rana, Daniela Neri, Nicola Santoro, Nicola Brienza, Filomena Puntillo
Covid-19 and music therapy: the impact of the pandemic on anxiety, pain and sedation in pediatric oncology patients undergoing invasive procedures. A descriptive observational study

[Per il link diretto al video clicca QUI](#)

Sara Liguori

Marco Paoletta, Milena Aulicino, Antimo Moretti, Giovanni Iolascon
Characterization of pain in myotonic dystrophy type 1

[Per il link diretto al video clicca QUI](#)

Davide Muriess

Paolo Diamanti, Bartolomeo Violo, Antonio Clemente, Maurizio Evangelista
Blocco del ganglio sfenopalatino transnasale con assistenza di videorinoscopio portatile

[Per il link diretto al video clicca QUI](#)

Ilenia Piras

Sara Polla, Giorgio Pia, Giada Melis, Gabriele Finco, Maura Galletta
Studio preliminare sulla presa in carico del dolore da trauma minore nel triage del pronto soccorso

[Per il link diretto al video clicca QUI](#)

Marco Storari

Agostino Garau, Valentino Garau, Domenico Viscuso
Efficacy of local Clonazepam in the treatment of Burning Mouth Syndrome. Review of current evidences with a case report

[Per il link diretto al video clicca QUI](#)

Marco Vespasiano

Federica Della Vecchia, Stefania Tullj, Luca Gentili, Antonella Paladini, Pierfrancesco Fusco, Franco Marinangeli, Alba Piroli
Efficacy of ultrasound-guided Erector Spinae Plane Block for postoperative analgesia in bilateral mastectomy: a case report

[Per il link diretto al video clicca QUI](#)

Abstract premiati



CORSO LIVE SURGERY IN TERAPIA ANTALGICA

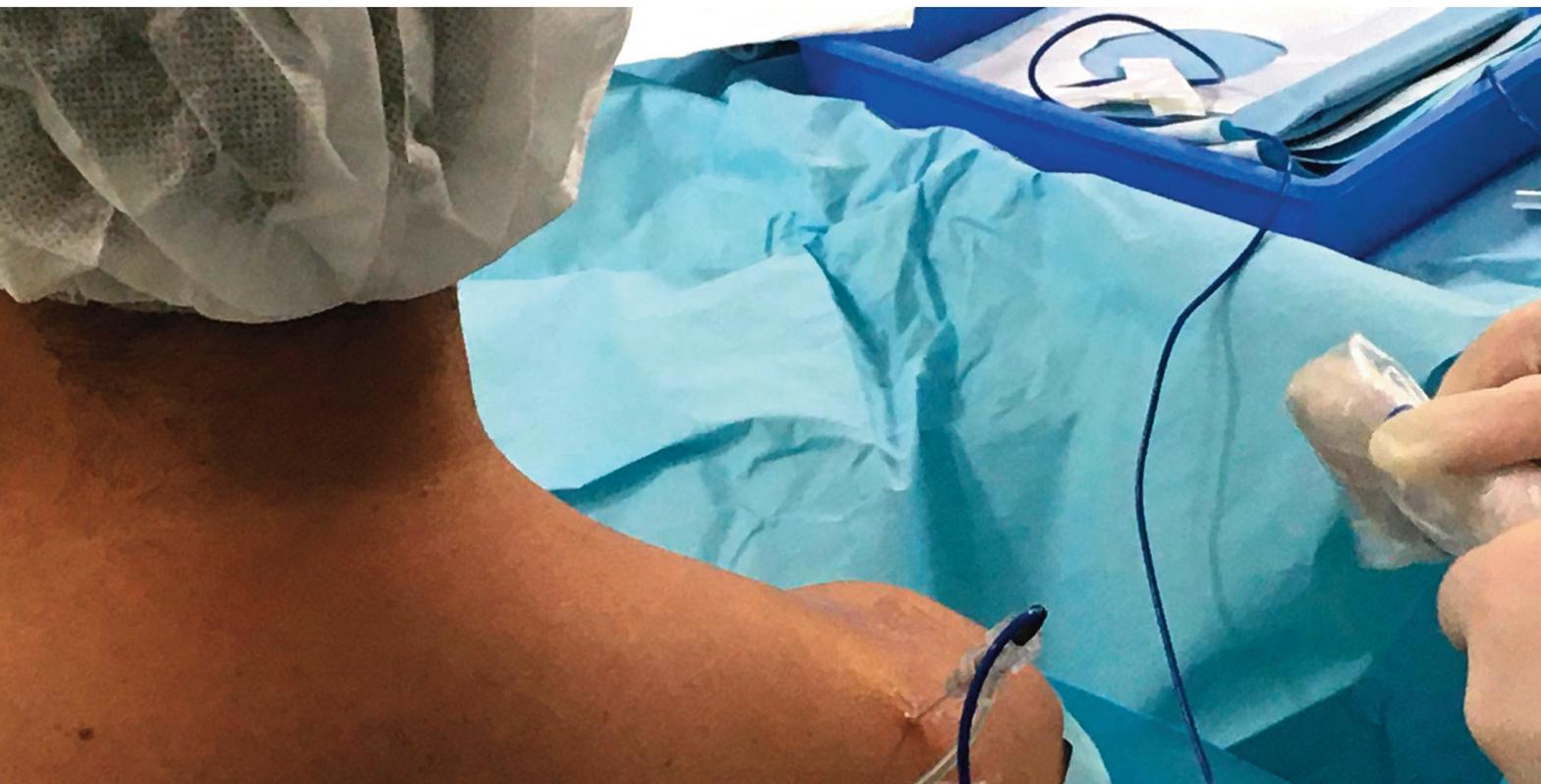
Si è svolto a Verona dal 20 al 21 settembre 2021, presso il Policlinico Universitario G.B. Rossi, il Corso live surgery di terapia antalgica. È stato illustrato il know how di screening e metodica delle principali procedure disponibili nella gestione del dolore cronico. L'attività è stata programmata in due giornate in cui, dopo una breve introduzione degli argomenti e dei percorsi, sono state organizzate due sessioni di interventistica, con rotazione dei partecipanti per permettere di prendere visione di tutte le tecniche presentate.

Relatori:

- Enrico Polati
- Vittorio Schweiger
- Massimo Parolini
- Alvisè Martini
- Patrizia Vendramin
- Pierluigi Manchiaro

Segreteria scientifica:

- Eleonora Bonora





Roma Pain Days

Il Congresso Roma Pain Days si è svolto a Roma dal 15 al 16 ottobre. L'evento è stato promosso dalla Fondazione Paolo Procacci come congresso ibrido, cioè in presenza limitata a 100 posti e trasmissione in diretta streaming, che ha visto più di 1200 professionisti collegati da tutto il mondo.

È tuttora possibile rivedere le sessioni scientifiche nel sito romapaindays.eu.

Chi non si fosse iscritto per tempo può scrivere a c.magri@planning.it per avere le credenziali di accesso.

www.romapaindays.eu
www.fondazioneprocacci.org



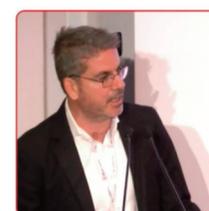
ELENI MOKA



SERGE PERROT



ANTONIO MONTERO MATAMALA



STEFANO MELONCELLI



CURRENT MEDICAL RESEARCH AND OPINION
<https://doi.org/10.1007/s00007-020-01812-3>
 Article 17 of EU Directive 2019/79
 All rights reserved. Reproduction in whole or in part is prohibited.

REVIEW
A review of dexketoprofen
 Magdi Hanna¹ and Jee Y. Mo²
¹Analgesics and Pain Research (APR) Hospital College of Medicine and the

ABSTRACT
Objective: Dexketoprofen is a non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAID) with analgesic and antipyretic effects. It is a selective COX-2 inhibitor and is used for the treatment of acute pain. **Results:** Single-dose dexketoprofen significantly reduced pain intensity, and the onset of action was faster than that of ibuprofen. **Conclusion:** Single-dose dexketoprofen is an effective analgesic for the treatment of acute pain.

Effective in acute pain - Similar side effects to NSAIDs



FABRIZIO MICHELI

Interventional Pain Management

The NUCC defined IPM as the discipline of medicine devoted to the diagnosis and treatment of pain and related disorders by the application of **interventional techniques** in managing subacute, chronic, persistent, and **refractory pain**, independently or in conjunction with other modalities of treatments

The National Uniform Claims Committee (NUCC) (2002)



MAGDI HANNA



MULTIMODAL MANAGEMENT OF LOW-BACK PAIN

Rationale DANTE STUDY

Prof. Magdi Hanna
 Director at APRU, United Kingdom



www.aisd.it

Dolore Aggiornamenti Clinici

Organo ufficiale della Associazione Italiana per lo Studio del Dolore

